

Este trabalho têm a finalidade de dispor de Tecnologias Educacionais para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária. Analisar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o tema, instrumentalizar a equipe multiprofissional da APS para a elaboração de Infográficos sobre Prevenção Quaternária.

Orientadora: Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Chapecó, 2021

ANO
2021

KARINA SCHOPF | TÉCNLOGIAS EDUCACIONAIS DO TIPO INFOGRÁFICOS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
**TECNOLOGIAS
EDUCACIONAIS DO TIPO
INFOGRÁFICOS PARA A
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE.**

KARINA SCHOPF

CHAPECÓ, 2021

KARINA SCHOPF

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DO TIPO INFOGRÁFICOS PARA A
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, do Centro de Educação Superior do Oeste – CEO, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Carine Vendruscolo

Chapecó – SC

2021

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do CEO/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Schopf, Karina

Tecnologias Educacionais do tipo Infográficos para a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. / Karina Schopf. -- 2021.
168 p.

Orientador: Carine Vendruscolo

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação , Chapecó, 2021.

1. Prevenção Quaternária. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Enfermeiro. 4. Iatrogenia. 5. Tecnologia Educacional. I. Vendruscolo, Carine. II. Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação . III. Título.

TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DO TIPO INFOGRÁFICOS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre, da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Banca Examinadora

Orientador:

Profa. Dra. Carine Vendruscolo
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro Externo:

Profa. Dra. Daniela Savi Geremia
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Membro Interno:

Profa. Dra. Clarissa Bohrer da Silva
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membro Interno:

Profa. Dra. Leila Zanatta
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus acima de tudo, por me proporcionar força, saúde e perseverança para chegar até o final desta conquista.

Sou grata à minha família pelo apoio que sempre me deram durante toda a minha vida. Gratidão pelos meus pais, sua presença e amor incondicional em todos os momentos e desafios da minha vida. Esta conquista é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valeram a pena.

Agradeço a meu esposo Ricardo e ao meu filho Leonardo por compreenderem as várias horas em que estive ausente por causa do desenvolvimento deste trabalho.

Deixo um agradecimento especial à minha orientadora Carine Vendruscolo pelo incentivo e pela dedicação do seu tempo ao meu projeto de pesquisa.

Também quero agradecer à Universidade do Estado de Santa Catarina e a todos os professores(as) do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) pelo aprendizado, conhecimento compartilhado e pela elevada qualidade do ensino que me foi oferecido, desde a graduação até o curso de mestrado, me sinto orgulhosa e privilegiada pela oportunidade de formação que tive até aqui.

E agradeço a todos os meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante estes anos.

Aos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa, que proporcionaram voz, conteúdo e visibilidade aos produtos desenvolvidos.

RESUMO

Introdução: a Prevenção Quaternária busca identificar indivíduos em risco de tratamento excessivo e desnecessário com o objetivo de protegê-los dos excessos. Trata-se de uma atitude ética, que promove a utilização criteriosa dos recursos e qualifica a atividade profissional, garantindo a segurança do paciente. **Objetivo:** desenvolver Tecnologias Educacionais do tipo Infográficos para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária. **Método:** estudo qualitativo com base na Pesquisa Apreciativa, que aplicou as fases do “ciclo 4-D”, na língua inglesa: *discovery, dream, design* e *destiny*, realizada em um município do Extremo Oeste de Santa Catarina com uma equipe de Saúde da Família, uma de Saúde Bucal e uma do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Participaram da pesquisa nove profissionais. A produção e o registro das informações ocorreram a partir das etapas da Pesquisa Apreciativa, organizadas em cinco encontros. O tratamento das informações ocorreu por meio da análise temática de conteúdo. A análise dos três últimos encontros e da planilha de intervenção com ações de Prevenção Quaternária construída pelos participantes resultou na construção dos Infográficos. Além disso, os encontros pedagógicos foram certificados, pois configuraram uma ação de educação permanente com os profissionais. A validação dos Infográficos ocorreu por 13 juízes especialistas, cinco em Prevenção Quaternária, seis em Atenção Primária à Saúde, um em Tecnologia Educacional e outro em *design*. E a validação com o público-alvo: 11 profissionais e 13 usuários do serviço de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética mediante parecer nº 3.375.951. **Resultados:** os produtos técnicos desenvolvidos consistem em três Infográficos: um animado e um tipo “folder” intitulados: “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”; e outro animado, “Prevenção Quaternária para População”. O Índice de Validação de Conteúdo pelos juízes-especialistas foi de 0,85%, 0,89% e 0,90%, respectivamente; e Índice de Concordância Semântica, de 100% pelo público-alvo nos três infográficos. A análise das informações geradas nos diálogos dos participantes resultou em dois artigos científicos: “Prevenção Quaternária: da Medicina Social à Atenção Integral”; “Planejando ações que contribuem para prática da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”. Elaborou-se um capítulo de livro: “Infográfico: Tecnologia Educativa para a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”. A ação educativa foi certificada por Programa de Extensão vinculado à pesquisa, denominada: “Formação sobre Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”. **Conclusão:** a pesquisa oportunizou a construção de Infográficos que serão utilizados pelas equipes e contribuirão para o desenvolvimento de práticas voltadas à Prevenção Quaternária na Atenção Primária. A formalização da sua utilização no município está em andamento e deverá ser finalizada com a aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde. Ressalta-se a importância da equipe multiprofissional reconhecer e praticar a Prevenção Quaternária, inclusive, o enfermeiro(a) que utiliza da sua capacidade gerencial e prescritora para propor ações e alternativas ao intervencionismo excessivo. O impacto das tecnologias e da ação educativa realizada com os profissionais será medido ao avaliar os relatórios de atendimentos gerados pelos sistemas de saúde, como: tipo de atendimento, motivo da consulta e exames solicitados. **Palavras-Chave:** Prevenção Quaternária; Atenção Primária à Saúde; Enfermeiro; Iatrogenia; Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

Introduction: the Quaternary Prevention searches to identify individual in risk of excessive and unnecessary treatment with the goal of protect them in excess. It is an ethic attitude, which promotes the discerning using of the resources and qualifies the professional activity, ensuring the patient safety. **Objective:** to develop Educational Technologies on the infographic form to qualify the professionals who act on the Quaternary Prevention caring. **Method:** qualitative study with basis on Appreciative Investigation, which applied the stages of the “4-D cycle”: *discovery, dream, design e destiny*, performed in a city of the extreme west of Santa Catarina with a Family Health team, the Oral Health one and the Enlarged Core of Family Health. Nine professionals participated of the research. The production and the record of the information occurred from the appreciative Investigation stages, organized in five meetings. The information treatment occurred by means of thematic analysis of content. The discussions and analysis of the last three meetings and the intervention worksheet with Quaternary Prevention actions built by the participants resulted in the collective construction of the Infographics. In addition, the pedagogical meetings were certified, as they constituted an action of permanent education with professionals. The anlysis and discussion of three last meeting and of the intervention spreadsheet with Quaternary Prevention actions built by the participants was base for the products elaboration. The infographic validation occurred for 13 specialist judges, five ones in Quaternary Prevention, six in Primary Health Care, one in Educational Technology and other in design. The validation with the target-public: 11 participants and 13 health service users. The research was approved by the Ethic Comitee upon the decision nº 3.375.951. **Results:** the developed technician products consist in three Infographics: one animated and of like a folder entitled: “Actions witch contributes to the developing the Quaternary Prevention on the Primary Health Care”, and other animated, “Quaternary Prevention for the Population”. The index of Content Validation by the judge-specialist were of 0,85%, 0,89% and 0,90, respectively, and the Semantic Agreement Index, of 100% by the target-public for the three infographic. The information analysis generated during the meetings resulted in three scientific articles and a book chapter. The educational action was certified by an Extension Program linked to the research, called: “Training on Quaternary Prevention in Primary Health Care”. **Conclusion:** the research gave opportunity to the building of Infographics that can be used by the teams, and it will contribute to the development of practices turned to the Quaternary Prevention on the Primary Care. The formalization of the using of the same cities is in progress and must be finished with the approval with the Health Council of the City. It stands out the importance of multiprofessional team recognize and practice the Quaternary Prevention including in the nurse that use its managerial and prescribing ability to propose actions and alternatives to the excessive interventionism. The impact of technologies and educational action carried out with professionals will be measured evaluating the attendance reports generated by the health system.

Key-words: Quaternary Prevention, Primary Health Care; Nurse; Iatrogenic Disease; Educational Technology

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Fases da pesquisa apreciativa | 22 |
| Figura 2 - Infográfico 1 (<i>folder</i>) | 44 |
| Figura 3 - Infográfico 2 (animado) | 46 |
| Figura 4 - Infográfico 3 (animado) | 50 |
| Figura 5 - Apresenta o “ciclo 4D” da pesquisa apreciativa..... | 59 |
| Figura 6 - Representação do ciclo 4D da Investigação Apreciativa..... | 94 |
| Figura 7 - Primeira versão do Infográfico 1 (<i>folder</i>). | 104 |
| Figura 8 - Primeira versão do Infográfico 2 (animado)..... | 106 |
| Figura 9 - Primeira versão do Infográfico 3 (animado)..... | 106 |
| Figura 10 - Primeira versão do Versão final do Infográfico 1 (<i>folder</i>). | 111 |
| Figura 11 - Versão final do Infográfico 2 (animado)..... | 113 |
| Figura 12 - Versão final do Infográfico (animado)..... | 113 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Fases da pesquisa apreciativa..... | 32 |
| Quadro 2 - Roteiro para análise do conteúdo..... | 35 |
| Quadro 3 - Roteiro de validação..... | 36 |
| Quadro 4 - Instrumento de Validação com Juízes-especialistas..... | 38 |
| Quadro 5 - Instrumento de Avaliação com Profissionais | 39 |
| Quadro 6 - Instrumento de Avaliação com Usuários..... | 40 |
| Quadro 7 - Matriz de Intervenções voltadas à prática da P4..... | 81 |
| Quadro 8 - Resultado da Validação de Conteúdo por Juízes-especialistas - IVC..... | 107 |
| Quadro 9 - Sugestões dos Juízes-especialista..... | 108 |
| Quadro 10 - Resultado da Validação dos Profissionais - ICS..... | 109 |
| Quadro 11 - Resultado da Validação dos Usuários – ICS..... | 110 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BI-RADS | <i>Breast Image Reporting and Data System</i> |
| CD | Cirurgião Dentista |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CIS AMEOSC | Consórcio Intermunicipal de Saúde – Associação de Municípios do Extremo -Oeste de Santa Catarina |
| CIR | Comissão Intergestores Regional |
| COVID-19 | <i>Coronavirus Disease 2019</i> |
| eAB | Equipe da Atenção Básica |
| ENF | Enfermeiro |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| eSB | Equipe de Saúde Bucal |
| eSF | Equipe Saúde da Família |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GB | Gigabyte |
| IA | <i>Appreciative Inquiry</i> |
| IVC | Índice de Validação de Conteúdo |
| IC | Índice de Concordância |
| ICS | Índice de Concordância Semântica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LABIGEPS | Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde |
| ME | Médico |
| MPEAPS | Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

| | |
|--------|--|
| P4 | Prevenção Quaternária |
| PA | Pesquisa Apreciativa |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares em Saúde |
| PM | Pesquisa Metodológica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSA | Antígeno Prostático Específico |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SBU | Sociedade Brasileira de Urologia |
| SC | Santa Catarina |
| SCNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| SISREG | Sistema Nacional de Regulação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TE | Técnologia Educacional |
| TR | Toque Retal |
| UDESC | Universidade do Estado de Santa Catarina |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| SSPS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DO OBJETO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 20 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 21 |
| 4 METODOLOGIA DO ESTUDO | 22 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 22 |
| 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO..... | 23 |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 25 |
| 4.4 PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES..... | 25 |
| 4.5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS | 34 |
| 4.6 ELABORAÇÃO DOS INFOGRÁFICOS..... | 42 |
| 4.7 VALIDAÇÃO..... | 36 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 41 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES | 42 |
| 5.1 PRODUTO TÉCNICO | 42 |
| 5.1.1 Técnologia Educacional | 42 |
| 5.1.2 Capacitação: Sobre Prevenção Quaternária na Atenção Primária À Saúde – ação de Educação Permanente em Saúde..... | 60 |
| 5.2 PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS | 54 |
| 5.2.1 Artigo Científico 1 | 54 |
| 5.2.2 Artigo Científico 2 | 73 |
| 5.2.3. Capítulo de Livro do 3º E-book da UDESC | 91 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 117 |
| REFERÊNCIAS | 119 |
| APÊNDICES | 123 |
| APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AQUECIMENTO | 123 |
| APÊNDICE B – ATIVIDADE REFLEXIVA: AÇÕES VOLTADAS A P4: | 124 |
| APÊNDICE C - ATIVIDADE REFLEXIVA: ESTUDOS DE CASOS | 133 |
| APÊNDICE D - MATRIZ DE INTERVENÇÃO | 137 |

| | |
|--|------------|
| APENDICE E – CAPÍTULO DE LIVRO REFERENTE A REVISÃO LITERATURA. | 138 |
| ANEXOS | 160 |
| ANEXO A - PARECER NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP | 160 |
| ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 166 |
| ANEXO C - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES | 167 |
| ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO MUNICÍPIO | 168 |

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

Nessa parte inicial do texto gostaria de fazer uma breve apresentação da minha trajetória profissional. Possuo graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2007), especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Universidade Paranaense (2011) e especialização Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (2014).

Atuei como gestora na Secretaria Municipal de Saúde de Paraíso no início da minha carreira nos anos de 2009 e 2010, mas a maior parte do tempo atuei como enfermeira, seja em coordenações ou mesmo em equipes de Estratégia da Saúde da Família, nos municípios de São Miguel do Oeste, Guaraciaba e Paraíso.

No ano de 2019 resolvi retomar minha vida acadêmica através do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC, na linha de Gestão e no Grupo de Estudos sobre Prevenção Quaternária do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS), buscando alternativas para atuar frente a algumas dificuldades vivenciadas no dia a dia do meu trabalho, visando a qualificação e o apoio às equipes e a outros profissionais.

Com a oportunidade da qualificação através do MPEAPS, avistei a possibilidade de aprender e propiciar mudanças, principalmente em meu local de trabalho, contribuindo para a mudança do cenário local e porque não da região.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DO OBJETO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como práticas de saúde e tem como campo de ação o individual e o coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu objetivo é a atenção integral buscando alterar fatores determinantes de saúde e de agravos à saúde da população (BRASIL, 2012).

Para fortalecer a APS, no ano de 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando preservar e reestruturar a Estratégia Saúde da Família (ESF) e ordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo mobilizou instituições e sujeitos em busca da formação profissional mediante os novos desafios propostos na organização do trabalho (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De acordo com a revisão da PNAB, publicada em 2017, as equipes são organizadas a partir de equipes de Saúde da Família (eSF), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), cuja composição se faz por profissionais de outras especialidades da área da saúde, e é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados, a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das eSF que serão apoiadas (BRASIL, 2017).

Os profissionais que atuam nas eSF e Nasf-AB precisam, portanto, dar-se conta das suas três tarefas ou missões da APS, que são: (1) cuidado clínico dos usuários vinculados e coordenação deste; (2) prevenção de doenças e (3) promoção da saúde. Baseado na História Natural das doenças, Jamoullé (2008) define quatro níveis de prevenção: Prevenção Primária: prática voltada à pessoa saudável, assintomática, contexto ideal para ações de educação em saúde, conhecida como prevenção redutiva; Prevenção Secundária: prática que objetiva a descoberta ou detecção de doenças, preferencialmente em estágio inicial, nesta o risco de iatrogenia é maior, prevenção aditiva; Prevenção Terciária: objetiva minimizar as complicações futuras de uma doença já diagnosticada e Prevenção Quaternária: ocorre quando uma pessoa não portador de doença, percebe-se doente, nesta as intervenções podem elevar o potencial iatrogênico e medicalizante. A prevenção focada nas doenças aumenta consideravelmente as ações intervencionistas e medicamentosas, por vezes iatrogênicas, sendo objeto deste estudo (BRASIL, 2017; TESSER; NORMAN, 2019).

Segundo a lógica do modelo proposto por Jamoullle (2008), para os níveis de prevenção, a Prevenção Quaternária (P4), é o tipo menos intuitiva, que se dá no contexto em que um paciente saudável, não portador de doença, percebe-se doente, e o médico que o atende é levado a buscar um problema causal, situação na qual o profissional pode, imprudentemente, criar um diagnóstico falsamente positivo, ou seja, atestar a presença de uma doença que, na verdade, o paciente não apresenta.

A Prevenção Quaternária (P4) se dá pela identificação de indivíduos em risco de tratamento excessivo e tem por objetivo protegê-los do excesso de intervenções (JAMOULLE, 2008). A P4 é a intervenção que almeja prevenir a ocorrência ou os efeitos dessas situações, pautada em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o de precaução (versão prática do *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar). Ela promove cuidados médicos que sejam científicos e medicamente aceitáveis, necessários e justificados, de modo a proporcionar o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível (GÉRVAS; PÉREZ-FERNÁNDEZ, 2005).

Para Cardoso (2015), a procura por intervenções preventivas e curativas em demasia é fruto de uma cultura biomedicista que amplia o patamar diagnóstico das doenças, estreitando, cada vez mais, a relação saúde-doença. A APS é considerada o berço da P4 por ser a porta de entrada do SUS, e a ESF, o alicerce da rede de atenção à saúde. Porém, por vezes a APS é confundida pelos usuários como serviço de urgência e/ou utilizada como *self service*, lugar onde o indivíduo busca o que ele acredita que precisa, desestruturando a estratégia dos serviços da APS, influenciando diretamente o serviço profissional pela pressão exercida pelos usuários e pelo sistema biomedicista. A APS é um lugar de difícil diferenciação do que é urgência de atendimentos eletivos, nesta o risco de intervenções desnecessária aumenta consideravelmente. Neste contexto, é preciso que os profissionais conheçam a essência do serviço, baseados no comprometimento, na longitudinalidade em busca da corresponsabilização com os usuários.

De acordo com a PNAB (2017), é atribuição de todos os integrantes da equipe de saúde garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos (BRASIL, 2017). Nesse sentido, justifica-se a introdução e o incentivo de ações de P4 no âmbito das equipes de eSF e equipes multiprofissionais.

As ações de P4 ainda são pouco difundidas no Brasil, cuja histórica postura construtivista, com a introdução de ações preventivas, berço da APS, traz à tona a necessidade de os profissionais reverem suas atitudes intervencionistas em busca da prevenção. Essa mudança de paradigma pode estar ancorada em uma estratégia de educação permanente para profissionais do SUS, especialmente nas eSF, por meio do cuidado longitudinal, que possibilita o acompanhamento da situação de saúde do usuário de forma integral baseado no relacionamento (JAMOULLE, 2015).

Para Jamoullle (2008), Médico de Família e Comunidade Belga, o conceito de P4 almeja sintetizar, de forma operacional e na linguagem médica, vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica.

Para Gérvias e Pérez-Fernández (2005), a incorporação da P4, ao contrário de outros níveis de prevenção, está relacionada à atuação profissional, exigindo conhecimento técnico-epidemiológico pouco conhecido ou considerado pelos profissionais, comprometimento e envolvimento com a história do paciente e com o processo de cura, que pode não estar relacionado com intervenções e medicações, postura esperada pelos profissionais da ESF, em especial, dos médicos. A pressão exercida nos profissionais por parte dos usuários para ações medicalizantes e intervencionistas expressam a necessidade de ações voltadas a P4, sendo a APS um local de muitas possibilidades de atuação e de difícil diferenciação no que é realmente necessário intervir, estreitando cada vez mais o patamar entre saúde e doença (TESSER, 2019).

Para Coll-Benejam (2018), os excessos de medidas preventivas e diagnósticas, solicitados pelos próprios indivíduos que procuram o atendimento influenciado pelo marketing das indústrias farmacêuticas e biomédicas, e que, por vezes, é incentivada pela atuação profissional, justifica a elevação dos níveis de prevenção proposta por Jamoullle. Esses excessos tornam essencial diferenciar ações preventivas, que abrangem a toda população, das ações de P4, que estão voltadas as ações dos profissionais (BAE, 2015).

É preciso reconhecer o potencial de dano das ações preventivas, principalmente em usuários assintomáticos, como um fator de risco para a saúde. Como a prevenção, tradicionalmente, vem sendo focada na doença e o conceito de doença vem se modificando com notável expansão de ações medicalizantes tanto em adultos como em crianças, crescem as intervenções e estreita-se o limiar entre saúde e doença, fator que coloca em risco a saúde da população e torna a prevenção cada vez mais indistinta (STARFIELD; HYDE; GÉRVAS, 2008).

Na atualidade, o aumento de ações preventivas através dos rastreamentos incentivados pela popularização de campanhas, como outubro rosa e novembro azul, incentivam intervenções e medicações por vezes precoces e desnecessárias e que tendem à desresponsabilizar os indivíduos pelo cuidado com sua saúde, tornando pessoas saudáveis em “doentes” e medicalizando fatores de risco como obesidade, hipertensão e níveis plasmáticos de colesterol alterados. Dessa forma, é imprescindível que os profissionais avaliem os impactos dessas ações preventivas, fortalecidas pela sensação de segurança que elas causam (MODESTO, 2019).

Considerando a grande demanda das eSF por atendimento de cunho preventivo, caracterizado pelo anseio da população por exames, medicações e intervenções clínicas, e que trazem poucos benefícios à população, além de acarretar uso considerável de recursos financeiros. A P4 é uma temática que precisa ser pauta das agendas médicas e dos demais profissionais que atuam na APS pois ela implica evitar ações desnecessárias e o risco das intervenções médicas, promovendo a utilização mais criteriosa dos recursos e a melhoria da qualidade da atividade profissional, e consequentemente, da segurança do paciente (NORMAN; TESSER, 2009).

Em contrapartida, a indústria da “saúde” ilude a população com falsas promessas de cura e vida saudável sem restrições ou sacrifícios, convencendo profissionais de saúde que riscos podem e devem ser medicalizados sem acarretar danos à saúde do paciente. Como exemplo, podemos citar a disseminação da simvastatina como atividade preventiva, identificando, claramente, o poder do marketing e da indústria farmacêutica (ILLICH, 1981).

Dentre as ações dos profissionais para a P4, está o compromisso em conhecer os riscos dos rastreamentos e possibilitar esse conhecimento ao paciente, evitando danos desnecessários, mesmo quando não intencionalmente. Essa prática, ainda, pode diminuir a procura por intervenções em eventos considerados normais, como: os partos de baixo risco, resfriados, lutos, alterações emocionais, entre outras situações que poderiam, inicialmente, ser manejadas pelo próprio indivíduo ou em apoio a este, e que passaram a necessitar de intervenção, especialmente medicamentosa (KUEHLEIN et al., 2010).

É preciso mitigar a insegurança e as influências culturais culminadas pela atividade biomédica até hoje, apostando na capacidade avaliativa dos profissionais de saúde e na interação com o paciente. Também, rever as condutas das organizações e das políticas de saúde, expondo a todos os envolvidos as consequências dos tratamentos e da medicalização desnecessárias (COLL-BENEJAM, 2018).

Para uma prática eficaz da P4, considera-se como elemento chave a relação entre paciente e profissional, ações que demandam tempo e envolvimento, pois “não fazer” demanda muito mais conhecimento e é bem mais difícil que atender ao desejo dos envolvidos (JAMOULLE, 2015).

Assim, faz-se necessário a introdução do tema, não só com alcance na categoria médica, mas também no trabalho do enfermeiro, tendo em vista que é o profissional que atua nas dimensões de assistência e gerência da ESF e cujas ações precisam estar consoantes ao conceito de P4. O enfermeiro com sua formação gerencial e assistencial tem condições de atuar em diversas frentes e seu papel no desenvolvimento de ações voltadas a P4 é fundamental, haja vista o papel de coordenador das eSF, prática clínica como profissional prescritor baseados nos protocolos de enfermagem e principalmente como profissional de frente no acolhimento do usuário. Da mesma forma, considera-se a importância da inclusão dos demais profissionais da eSF e Nasf-AB, os quais são fundamentais nas ações de prevenção primária, secundária e terciária, bem como atuantes nas ações de educação em saúde que devem estar alinhadas às ações de P4.

Neste contexto, o desenvolvimento de Tecnologias Educacionais (TE), com o objetivo de auxiliar em práticas educativas e no trabalho participativo, ampliando as abordagens e os sujeitos. A enfermagem vem contribuindo cada dia mais na construção desses instrumentos, disseminando informações e favorecendo o cuidado. A TE Apresenta-se como uma ferramenta qualificada, organizada e sistematizada com base em literatura científica e na experiência profissional ou do usuário, ampliando o conhecimento ao público a qual se destina (TEIXEIRA et al., 2016). As TEs podem ser impressas ou digitais, em forma de folders, infográficos, cartazes, manuais, cartilhas, entre outros. Destaca-se a necessidade do processo de validação para qualificá-las (TEIXEIRA, 2020).

Frente a crescente demanda em “urgências clínicas”, identificadas nos serviços das equipes de saúde, faz-se necessário repensar as ações desenvolvidas pelos profissionais da APS, revendo o modelo assistencial biológico, identificado e prevalente nas atividades da ESF até o momento. A P4 é um tema que tem sido explorado timidamente no Brasil, com destaque na área médica. Se faz necessário problematizar esse tema em âmbito multi e interprofissional, pensando no trabalho das eSF na APS. Nessa direção, convém destacar as atribuições e ações que são descritas na PNAB e outros documentos que orientam o SUS no âmbito das eSF e Nasf-AB, como, por exemplo, o acolhimento, remetendo à atenção, que, antes, era da consulta médica para o atendimento da equipe multiprofissional; a participação efetiva das equipes de referência e apoio matricial especializado, que organiza o trabalho com

responsabilidade e poucos encaminhamentos; a discussão de casos, projetos terapêuticos singulares e gestão da clínica, todos corroborando com ações integradas e que remetem a qualidade do atendimento não por satisfazer a necessidade momentânea do usuário e sim para propiciar um acesso longitudinal, de responsabilidade clínica e social baseados na atuação profissional e no entendimento (CECCIM, 2018).

Com base nessas reflexões iniciais, questiona-se:

Como os profissionais da eSF reconhecem as ações preventivas sob articulação da APS, em especial direcionada à prática da P4?

Partindo-se do pressuposto de que há um conhecimento restrito sobre o conceito de P4, bem como uma tendência a medicalização, e há um cuidado biomédico e excessivamente intervencionista na APS,

Quais tecnologias educacionais para os profissionais podem ser elaboradas a fim de sensibilizar e instrumentalizar o tema P4 nas ações da eSF e, por seguinte, qualificar o cuidado nesse âmbito?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver Tecnologias Educacionais do tipo Infográficos para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária.
- Construir, com base nas demandas dos profissionais, Infográficos sobre a Prevenção Quaternária.
- Validar o conteúdo e a aparência dos Infográficos sobre a Prevenção Quaternária.
- Promover Educação Permanente em Saúde aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Revisão de Literatura ocorreu por meio de uma pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da Revisão Narrativa da literatura, cujos resultados foram publicados no livro “Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde” (APÊNDICE E). O livro foi lançado em 2021 e está disponível para compra no site da editora Moriá: <http://www.moriaeditora.com.br>.

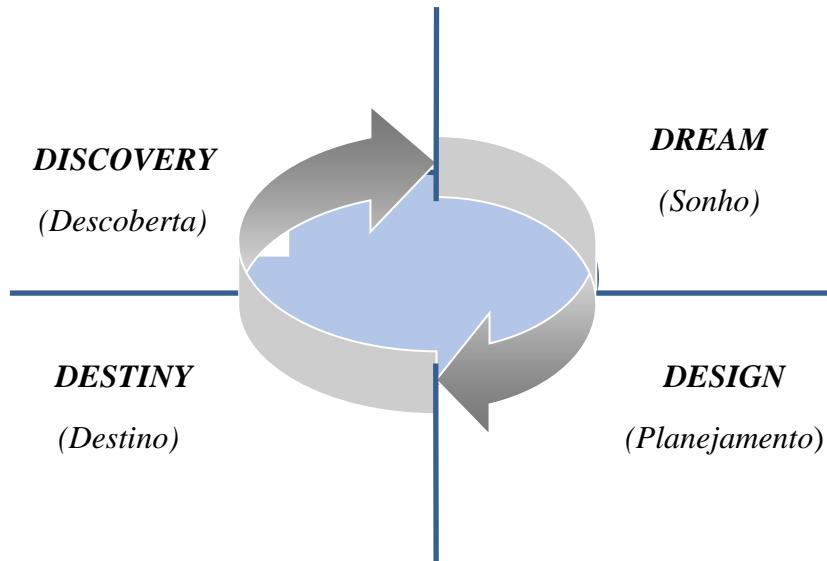
4 METODOLOGIA DO ESTUDO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa utilizando a Pesquisa Apreciativa (PA). O estudo se caracteriza como qualitativo, pois tem como objetivo explorar um fenômeno social, tal como concebido pelos atores sociais que o constituem (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa é flexível e permite se ajustar às particularidades do fenômeno estudado através das diferentes técnicas usadas durante a geração dos dados. Ela visa uma compreensão do todo em um processo no qual os pesquisadores buscam reunir uma complexa rede de dados para posterior análise (ADAMY et al, 2018).

A modalidade de PA - tradução do termo em língua inglesa *Appreciative Inquiry* (IA) – teve sua origem na administração e gestão, sendo, posteriormente, utilizada na pesquisa (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006). A PA é composta por quatro fases: descoberta, sonho, planejamento e destino (*Discovery, dream, design* e *destiny*, que designam o “ciclo 4D”). Não há um número de encontros definido e tempo para cada fase da pesquisa (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Figura 1: representação da metodologia da PA, com o “ciclo 4D”.



Fonte: adaptado pelas autoras de Arnemann; Gastaldo; Kruse (2018).

Definida como uma abordagem capaz de instigar o melhor da equipe participante da pesquisa, a PA tem a capacidade de incentivar e facilitar o diálogo, compartilhar desejos,

escolhas e gerar atitudes positivas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006). Utiliza experiência e práticas dos envolvidos para buscar novas ideias através do compartilhamento de saberes em consonância com os objetivos do grupo (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

A PA foi desenvolvida na tese de David Cooperrider, apresentada em 1986, no Departamento de Comportamento Organizacional da *Case Western Reserve University*, em Cleveland, EUA. Utilizada para instigar o que há de mais positivo em uma instituição, essa teoria se baseia em pesquisas de investigação-ação, em mudanças na organização e na busca pela inovação através da participação, respeito e conhecimento dos sujeitos envolvidos (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

No que se refere à sua aplicação e utilização, a PA ainda é pouco utilizada na saúde, inclusive pela enfermagem, mesmo com sua relevância para questões organizacionais. A PA, acima de tudo, visa potencializar o melhor de cada prática e de cada indivíduo pertencente a determinada instituição, fazendo uso de problemas como oportunidade para melhorar as práticas (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

O tema a ser apreciado pelas participantes do estudo será a prática da Prevenção Quaternária pela equipe multiprofissional da APS.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Bandeirante, localizado no Oeste de Santa Catarina, que conta com uma equipe de Saúde da Família (eSF), uma equipe de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe de Núcleo Ampliado da Saúde da Família (Nasf-AB). O município de Bandeirante foi criado e aprovado pelo então Governador do Estado, Sr. Pulo Afonso Evangelista Vieira, em 19 de março de 1995. Possuiu uma área de 147,993 km², pertence à Macrorregião do Oeste de SC, e está situado a 662 km de distância da capital Florianópolis. Faz divisa com os municípios de São Miguel do Oeste, Belmonte, Descanso, Paraíso, e fronteira com a República Argentina (BANDEIRANTE, 2019).

A economia do município baseia-se na agropecuária, com predominância do minifúndio rural, destacando-se o cultivo de milho, trigo, soja, feijão e fumo. Na indústria, destaca-se a indústria moveleira possuindo, também, indústria de laticínios, artefatos de cimento, madeireira, funilaria e ração.

Segundo indicativos socioeconômicos, a renda *per capita* é considerada baixa. O setor do comércio, em março de 2020, contava com 13 empresas comerciais e nove indústrias.

Conforme os últimos dados do *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE), Censo Demográfico de 2010, a população total do município era de 2.906 habitantes, com estimativa para 2.678 em 2019. Essa redução pode ser devido aos fatores socioeconômicos como: poucas oportunidades de emprego; baixa renda; população, basicamente, na área rural; falta de incentivo para a continuidade das atividades pelos filhos faz com que as pessoas procurem por outras regiões para viver.

Em 2017, o salário médio mensal era de dois salários-mínimos. A proporção de pessoas com emprego formal em relação à população total era de 14,4% (396 pessoas). A Taxa de escolarização de seis a 14 anos de idade (IBGE 2010) era de 99,3%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) anos finais do ensino fundamental (Rede pública) é de 6,7. Possui duas escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio (IBGE, 2010).

Apresenta 17,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 16,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, com a presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE 2010). PIB per capita: R\$ 22.728,62. Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015): 92,7%; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010): 0,672. A taxa de mortalidade infantil média foi de 0% em 2016, 0% em 2017 e 50% em 2018 para cada 1.000 nascidos vivos (DATA SUS, 2020). Como o município possuí apenas 2.678 habitantes e o cálculo de mortalidade infantil é baseado em cada 1.000 nascidos vivos, a morte de uma criança representa índices elevados em municípios de pequeno porte.

A rede de saúde do município é formada por uma Unidade Básica de Saúde que fica no centro da cidade e uma unidade estendida que fica na Zona Rural que tem atendimento médico e de enfermagem dois períodos na semana. A rede de APS é composta por uma eSF, uma eSB e uma equipe de Nasf-AB. O atendimento das equipes se dá no horário das 07:30 às 11:30 e 13 às 17h, após este horário o atendimento de urgência e emergência é realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no município vizinho, distante por 15,3 km. A taxa de cobertura da ESF é de 100%, 982 famílias, 3490 pessoas cadastrada, segundo a lógica de outros municípios onde a população cadastrada pela ESF é maior que a levantada pelo IBGE, possui 1291 domicílios cadastrados, sendo 767 na área rural e 514 na área urbana 514.

A região de saúde é da 4^a Macro e a referência para média e alta complexidade se faz, principalmente, no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso de São Miguel do Oeste, no Hospital Regional do Oeste de Chapecó, no Hospital São Paulo de Xanxerê e Hospitais de Florianópolis e região, conforme o tipo de especialidade. Os encaminhamentos são realizados

via Sistema de Regulação (SISREG) estadual e municipal; no último, as autorizações são realizadas via prestadores do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Extremo Oeste de SC (CIS-AMEOSC).

Os atendimentos/procedimentos de saúde são registrados e encaminhados ao Ministério da Saúde pelo sistema eletrônico E-SUS, sendo que a média mensal é de 2.229 atendimentos. O município possui uma maior demanda de espera em exames de ressonância magnética, ultrassonografia, ecocardiograma, *holter*, mapa, teste ergométrico e endoscopia, em consultas: ortopedia, oftalmologia, cardiologia, urologia e dermatologia (SC/SUS, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram profissionais de nível superior que fazem parte da eSF, eSB e Nasf-AB do município visando abranger profissionais prescritores, com atuação multiprofissional, pois eles exercem papel determinante nas ações que são desenvolvidas, sendo eles: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, duas psicólogas, duas fisioterapeutas, uma nutricionista, e um farmacêutico, totalizando nove profissionais.

A secretaria de saúde possuía 41 funcionários, os critérios de inclusão foram: ser profissional de nível superior e atuar há dois anos ou mais na Unidade. Foram excluídos os profissionais que estiverem afastados de sua função por qualquer motivo.

O convite para participar da pesquisa ocorreu pessoalmente pela pesquisadora, doravante denominada “moderadora”. Primeiramente, foi solicitada a autorização da gestão para desenvolver a pesquisa através de declaração assinada pelo gestor da Unidade de Saúde; posteriormente, marcada data e horário para apresentar o projeto de pesquisa para a equipe e realizar uma sensibilização inicial sobre o tema a ser apreciado, a P4. Nesse encontro, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos profissionais que aceitaram participar do estudo, para, após, agendar datas e horários para os encontros com as equipes (ANEXO B).

4.4 PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

A produção e registro das informações ocorreram a partir das etapas da PA mediante quatro fases – Fase da Descoberta; Fase do Sonho; Fase do Planejamento e Fase do Destino, as quais, de acordo com Arnemann, Galtado e Kruse (2018), podem ocorrer em,

aproximadamente, cinco encontros, podendo variar de acordo com a necessidade dos participantes.

Os encontros foram pré-agendados, com data e horários definidos pela gestão e pelos participantes, respeitando o melhor momento, de acordo com os compromissos da equipe. Foram realizados nas dependências da Unidade Básica de Saúde de Bandeirante, na sala de reuniões com capacidade adequada para acomodação dos nove profissionais participantes e da moderadora. O espaço, também, possibilitou a realização de metodologias ativas e atividades lúdicas, previstas durante os encontros. Bem como respeitou a regras sanitárias de higiene e distanciamento impostas pela situação da pandemia Covid-19, como: uso de máscaras, uso de álcool gel, material individual, sala arejada e distanciamento entre os participantes.

Os encontros tiveram duração de, aproximadamente, uma hora e quarenta minutos cada. A “roda de conversa” foi utilizada como metodologia para a produção das informações, favorecendo a interação, com o objetivo de trabalhar em conjunto e instigar a construção da mudança. A roda de conversa simboliza um método de ressonância coletiva que visa a criação de espaços de diálogo, nos quais os participantes se expressam, escutam os outros e a si mesmos, estimulando, assim, a construção da sua autonomia e a problematização de temas, tornando possível a reflexão para a ação. No Brasil, observa-se a utilização crescente de rodas de conversa em trabalhos acadêmicos e processos educativos construtivistas (ADAMY et al., 2018).

As rodas de conversa foram conduzidas pela moderadora, enfermeira com pós-graduação em Saúde da Família e experiência em coordenação e gestão de serviços de saúde. Os encontros foram gravados, com devido consentimento dos participantes, além de serem registradas em Diário de Campo (MINAYO, 2012), notas descritivas, observadas pela pesquisadora para favorecer a transcrição e análise dos dados.

A seguir, será apresentado detalhadamente cada encontro:

1º Encontro – Fase da “Descoberta”

A fase da “Descoberta”, como o nome sugere, busca descobrir o melhor nos participantes a partir das suas experiências, resgatando os pontos positivos, valores do grupo e os propósitos em comum por meio do compartilhamento das melhores experiências vividas com o objetivo de apreender e inovar (COOPERRIDER; WHITNEY; STRAVOS, 2008).

Esta etapa teve como objetivos apresentar a metodologia da pesquisa e introduzir o tema P4, sendo realizada em dois encontros:

Foi apresentada a pesquisa através de *power point*, seus objetivos, seus benefícios, e explicado aos participantes todos os encaminhamentos éticos necessários à sua realização. Posteriormente, foram apresentadas as potencialidades do método PA, buscando envolver os participantes de modo a empoderá-los como agentes de mudança e elucidar quanto à coleta de dados.

Para esse encontro, foram apresentadas em slides duas questões disparadoras da roda de conversa relacionadas ao tema apreciado: 1. Que ações a equipe realiza na prevenção de doenças e de agravos resultantes do excesso de intervenções? 2. Você consegue identificar, no seu cotidiano como profissional de saúde, ações que poderiam causar danos aos usuários? Cite exemplos. A partir dessas questões, foi realizada uma roda de conversa, tendo, como tema de fundo, a P4.

A roda de conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, reconhecida como uma metodologia ativa que possibilita aprofundar o diálogo com a participação democrática, a partir das vivências que cada pessoa possui sobre o assunto, permite que os participantes expressem suas impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto. As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido, horizontalização das relações de poder, colocando os sujeitos na posição de atores críticos e reflexivos diante da realidade (SAMPAIO et al., 2014).

Para finalizar o encontro e preparar o próximo, foi entregue como “atividade reflexiva”, um capítulo de livro (APÊNDICE E) pautado em uma revisão narrativa sobre a P4, que traz a opinião de diversos autores e documentos com possíveis ações voltadas a P4 (APÊNDICE B) que possibilitou a introdução do tema. Esta atividade foi realizada em casa pelos participantes da pesquisa e foi contabilizada como duas/horas aula.

Entende-se que a atividade reflexiva auxilia os participantes e consiste em atividades realizadas para favorecer a reflexão acerca do objeto do estudo, bem como para preparar o encontro seguinte. Ela permite manter uma continuidade da atividade, favorecendo o vínculo e a participação e o comprometimento com a pesquisa (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE 2018).

2º Encontro – Fase da “Descoberta” (cont.)

O segundo encontro da Fase da “Descoberta” teve como objetivos envolver os participantes no processo de mudança e identificar possíveis ações de P4, que são realizadas ou que poderiam ser realizadas pela equipe. Inicialmente foi realizado o momento de

aquecimento com a dinâmica “Fábula da Coletividade” que traz a importância do envolvimento e interesse por todos os membros da equipe nos problemas, situações, objetivos e mesmo conquistas da equipe (APÊNDICE A).

A fase de aquecimento objetiva integrar o grupo, propiciando um vínculo de confiança entre seus membros e em relação à coordenação. Podem ser atividades de relaxamento, corporais, de concentração que estimulem o espírito lúdico e já podem introduzir o tema a ser trabalhado (CROMACK et al., 2003).

Em seguida, foi retomada a atividade reflexiva do encontro anterior para problematização e discussão, utilizando slides com questões disparadoras da roda de conversa: 1. Que condutas (competência) profissional você reconhece como necessária para realização de ações em P4? 2. Quais ações de P4 são desenvolvidas e quais poderiam ser, no seu cotidiano, individualmente ou em equipe?

Ao final, os participantes receberam outra atividade reflexiva (APÊNDICE C) para realizar em casa, que consiste em estudos de caso que possibilitam ações de P4 pela equipe e que contabilizou como duas horas/aula. Nesta, os profissionais se posicionaram respondendo que condutas teriam frente os casos. As condutas foram anotadas pelo participante abaixo do estudo de caso e apresentadas no encontro seguinte. No final desse encontro foi realizado um registro fotográfico da equipe.

3º Encontro – Fase do “Sonho”

Na fase do “Sonho”, os participantes trabalharam juntos nas descrições sobre como poderia ser o futuro. Através da fala, que significa uma forma de ação, quando participativa e construída, pensando no coletivo, eles elaboraram proposições para o melhor cenário futuro a respeito do tema em apreciação, buscando melhorar as ações em equipe, ainda que esse sonho pareça difícil ou impossível de ser alcançado (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Nesta fase, é importante resgatar os pontos positivos da equipe, ações do passado reconhecidas como de sucesso, podendo ser coletivas e/ou individuais, estas terão a função de instigar e reconhecer a capacidade criativa dos participantes (COOPERRIDER; WHITNEY; STRAVOS, 2008).

Foi realizado o momento de aquecimento através da dinâmica do “Origami” que tem como objetivo: envolver a equipe no processo de mudança, reforçar as habilidades e o conhecimento de cada membro da equipe, instigar a participação e a colaboração no processo de mudança (APÊNDICE A).

Neste encontro foram retomados os estudos de casos propostos na atividade reflexiva do encontro anterior, estes foram expostos em um varal e apresentados pelos participantes ao grande grupo, permeando possíveis condutas que a equipe poderia utilizar para a fase do sonho, não sendo identificado o autor das respostas com intuito de não causar julgamentos.

Em seguida foram introduzidas questões disparadoras para o encontro, com o objetivo de auxiliar e nortear a fase de sonho: 1. O que é possível mudar no serviço prestado pela equipe que favoreça ações voltadas à P4? 2. Quais ações de P4 poderiam ser implementadas na realidade do serviço?

Os participantes foram divididos em dois grupos, compostos por profissionais de equipes diferentes (eSF, eSB e profissionais do Nasf – AB), com a tarefa de imaginar e descrever cada sonho em uma peça de um quebra-cabeça, o melhor cenário, ou seja, as futuras ações a serem implementadas com vistas a ações de P4 no município. Foi livre a quantidade de sonhos por grupo, cada grupo recebeu três peças do quebra-cabeça.

O quebra-cabeça foi confeccionado a partir da fotografia da equipe realizada no encontro anterior, a foto foi revelada em papel A1 (tamanho 70cm x 100cm), a frente com a imagem foi protegida e para o verso foi recordada e encaixada outra folha de papel A1 que deu origem as peças em forma de quebra-cabeça, onde foram descritos os sonhos pelos participantes.

Após, cada grupo foi desafiado a apresentar seus sonhos, descrevendo-o em uma peça do quebra-cabeça entregue pela moderadora. Ao final, com o encaixe das peças, foi possível visualizar a construção de um sonho que só era alcançado com a participação de todos, de um lado, os sonhos reunidos em cada peça e, ao virar o quebra-cabeça foi revelada a foto da equipe que representa que os sonhos só podem ser alcançados com a união e envolvimento de todos da equipe.

4º Encontro – Fase do “Planejamento”

No quarto encontro, os participantes trabalharam juntos para o planejamento das ações futuras. Numa ação conjunta organizacional e social, nessa etapa, os objetivos mais desafiadores foram delineados pelo grupo, tornando-se motivadores para que as pessoas alcancem resultados positivos no futuro (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Foi realizado o planejamento da possibilidade da concretização dos sonhos almejados pelo grupo, considerando a realidade e a disponibilidade de recursos locais.

Os participantes exploram a questão essencial: "Como seria a aparência de nossa organização, caso fosse delineada de todas as formas possíveis a fim de maximizar suas

qualidades de núcleo positivo e de permitir a realização acelerada de nossos sonhos?”. (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006, p.31).

Organizados em dois grupos, conforme definidos no encontro anterior, e utilizando as ações identificadas na fase dos sonhos, os profissionais identificaram como colocar os sonhos escolhidos em prática. Eles foram instigados a avaliar o que mudariam e o que manteriam na organização do trabalho da equipe para alcançar os sonhos propostos no encontro anterior. Eles identificaram as ações/attitudes que a equipe precisa desenvolver para o desenvolvimento dos sonhos elencados, descreveram no papel e apresentaram para avaliação e contribuição de toda a equipe.

O objetivo é organizar as ações apontadas na fase do sonho conforme a necessidade e a realidade do serviço, planejando como será realizada, bem como quais pessoas serão envolvidas, demonstrando que a equipe tem potencial para tal.

5º Encontro – Fase do “Destino”

No quinto encontro, os participantes realizaram o planejamento das ações futuras. Através de matriz de intervenções (APÊNDICE D) que foi fornecida de forma impressa, para programar as estratégias e definir a atuação de cada membro da equipe. Nessa etapa, designada como fase do “Destino”, os objetivos mais desafiadores foram delineados pelo grupo, tornando-se motivadores para que as pessoas alcancem resultados positivos no futuro (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Com isso, foi realizado o planejamento de como os sonhos do grupo podem ou não ser concretizados diante da realidade local.

Durante a fase do Destino, os colaboradores assumem as ações necessárias para realizarem o sonho. Nesse momento, o fundamental é gerar um movimento de inspiração, fazendo com que o ímpeto por mudanças seja crescente, o que garante sustentação ao processo. Nessa fase, é interessante que o grupo defina estratégias para realizar o sonho escolhido e elabore um planejamento nessa direção, aproveitando os pontos fortes identificados durante os diálogos nas fases anteriores (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

As matrizes produzidas pelos participantes, de acordo com os sonhos e planejamentos dos grupos nos encontros anteriores (APÊNDICE D), foram discutidas e pactuadas pela equipe de acordo com as possibilidades e realidades local. Dessa atividade, foram produzidos os Infográficos¹ que delinearam as ações sobre P4 na eSF no município e que poderá ser

¹ Infográfico: é caracterizado por um compilado de informações que recebem o suporte de imagens. Focaliza o “esquema” e o termo vem do Latim *schema* e do grego “*figura*”: é a representação gráfica ou simbólica de coisas imateriais ou a idealização de uma coisa, utilizando, somente, linhas ou caracteres mais essencialmente

utilizado por outras equipes ou adaptado de acordo com a realidade de outros serviços. Os Infográficos foram elaborados pela autora utilizando os aplicativos gratuitos Gava e Powtoon, trazendo conteúdo escrito e figuras das proposições dos participantes para a prática da P4 na APS. A validação do produto foi feita por juízes e posteriormente a avaliação foi feita pelos profissionais participantes do estudo.

Para finalizar o encontro, foi realizada uma avaliação coletiva, verbal e livre sobre os encontros e sobre o método de PA.

Cumpre destacar que os encontros com os profissionais da equipe configuraram uma ação de educação permanente, com duração de 16 horas/aula, resultando em um Curso de Formação Profissional, intitulado: “Formação sobre a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”. O Curso será certificado pelo Programa de Extensão da UDESC: Fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistenciais nas práticas profissionais na atenção primária à saúde.

O quadro 1 apresenta os encontros organizados segundo as fases da PA, os objetivos de cada encontro e a metodologia que foi desenvolvida para sua efetivação. Considera-se a matriz da Capacitação: “Formação sobre a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”.

significativos. Há a consolidação de uma comunicação simples e, ao mesmo tempo, complexa, em que imagem e texto dizem muito pelo detalhe e sincretismo que estabelecem. Abrem-se campos, anteriormente cercados por uma linguagem, antes, hermética da ciência, para o saber de públicos mais amplos. Possibilita-se uma capacitação para a leitura sobre fatos ou fenômenos do cotidiano, de ciência no cotidiano, em verbo e imagem. Na definição dicionarizada, o infográfico é uma “criação gráfica que utiliza recursos visuais (desenhos, fotografias, tabelas etc.) e pode se dar por meios impressos, denominados estáticos ou de mídia, infográficos animados ou interativos (SOUZA, 2016 e KNOLL; FUZER, 2019)”.

Quadro 1: Fases da PA, objetivos e metodologia: Matriz da Capacitação “Formação sobre a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde”

| Etapas | 1º encontro: Descoberta Duração: 4 horas/aula | 2º encontro: Descoberta Duração: 4 horas/aula | 3º encontro: Sonho Duração: 2 horas/aula | 4ºencontro: Planejamento Duração: 3 horas/aula | 5º encontro: Destino Duração: 3 horas/aula |
|--------------------|---|--|---|---|--|
| Objetivos | Conhecer a compreensão dos profissionais sobre a P4. Investigar (descobrir) os pontos fortes, habilidades pessoais e institucionais para o desenvolvimento de ações de P4. | Conhecer a compreensão dos profissionais sobre a P4 Descrever as ações dos profissionais, relacionadas à P4 | Imaginar o melhor ideário de ações voltadas à P4 que podem ser realizadas no cotidiano da equipe. | Criar possibilidades para ações de P4, com base na realidade da equipe e da instituição. | Pactuar ações de P4 para esta equipe, em matriz de intervenções. |
| Aquecimento | Apresentação da moderadora e dos participantes. Tempo estimado: 10 min. | Dinâmica: “Fábula da Coletividade”. Tempo estimado: 10 min. | Dinâmica: “Origami”. Tempo estimado: 10 min. | Não se aplica. | Não se aplica. |
| Setting | - Abertura do Encontro - Apresentação do método Pesquisa Apreciativa (PA). Tempo estimado: 30 min. | - Continuidade do encontro da Descoberta, através da discussão em roda de conversa | Nesta fase do “Sonho”, os participantes trabalharão juntos nas descrições sobre como poderia ser o futuro. | - Apresentação da dinâmica da fase do Planejamento Tempo estimado: 10 min. | Apresentação da dinâmica da fase do Destino Tempo estimado: 10 min |
| Debate da sessão | Introdução do tema P4 | Identificar possíveis ações de P4. | Resgatar os pontos positivos da equipe, ações reconhecidas como de sucesso para o tema P4 | Planejamento dos sonhos almejados pelo grupo, considerando a realidade e a disponibilidade de recursos. | Os participantes irão realizar o planejamento das ações futuras. |
| Dinâmica da Sessão | Uso de questões norteadoras para a roda de conversa. | Retomar a atividade reflexiva do encontro anterior Uso de questões norteadoras para a roda de conversa. Tempo estimado: 20 min. | Retomar os estudos de casos propostos na atividade reflexiva do encontro anterior, permeando possíveis condutas que a equipe poderá utilizar para a fase do sonho. - Dividir os participantes em dois grupos, convidar a equipe a imaginar e descrever, em peça de um quebra-cabeça entregue pela moderadora, o melhor cenário, ou seja, as futuras ações a serem implementadas com vistas à | Organizados em dois grupos, conforme definidos no encontro anterior, e utilizando as ações identificadas na fase dos sonhos, os profissionais deverão identificar como colocar os sonhos escolhidos em prática. | Utilizarão de matriz de ações para programar as estratégias e definir a atuação de cada membro da equipe (APÊNDICE D). Dessa atividade, será produzido o infográfico que delineará as ações sobre P4 na esF no município e que poderá ser utilizado por outras equipes ou adaptado de acordo com a realidade de outros serviços. |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--|--|
| Guia de temas | <p>1. Que ações a equipe realiza na prevenção de doenças e de agravos resultantes do excesso de intervenções? 2. Você consegue identificar, no seu cotidiano como profissional de saúde, ações que poderiam causar danos aos usuários? Cite exemplos.</p> <p>Tempo estimado: 30 min</p> | <p>1. Que condutas (competências) profissional você reconhece como necessária para realização de ações em P4? 2. Quais ações de P4 são desenvolvidas e quais poderiam ser, no seu cotidiano, individualmente ou em equipe?</p> <p>Tempo estimado: 40 min</p> | <p>P4 no município.</p> <p>1. O que é possível mudar no serviço prestado pela equipe que favoreça ações voltadas à P4? 2. Quais ações de P4 poderiam ser implementadas na realidade do serviço?</p> <p>Tempo estimado: 60 min</p> | <p>1. O que mudariam e o que manteriam na organização do trabalho da equipe para alcançar os sonhos propostos no encontro anterior. 2. Identificar as ações/attitudes que a equipe precisará desenvolver para o desenvolvimento dos sonhos elencados, descrevendo no papel para posterior apresentação, avaliação e contribuição de toda a equipe.</p> <p>Tempo estimado: 60 min</p> | <p>1. Estratégia para Alcançar o Objetivo; 2. Atividades a serem desenvolvidas; 3. Recursos Necessários; 4. Resultados; 5. Responsáveis; Prazos; 6. Mecanismo para avaliação dos resultados.</p> <p>Tempo estimado: 60 min</p> |
| Exposição | Não se aplica. | Não se aplica. | Não se aplica. | Apresentação da Atividade | Apresentação da Atividade |
| Síntese | Retomada e validação das ideias centrais da discussão participativa. | | | | |
| Atividade reflexiva | <p>- Entrega de capítulo de livro (APÊNDICE E- no prelo) pautado em uma revisão narrativa sobre a P4, que traz a opinião de diversos autores e outro documento com possíveis ações voltadas a P4 (APÊNDICE B) está atividade foi ser realizada em casa (2 horas/aula).</p> | <p>- Entrega de estudos de casos que possibilitam ações de P4 pela equipe (APÊNDICE C). As condutas serão anotadas pelo participante abaixo do estudo de caso, devem ser realizadas em casa (2 horas/aula) e apresentados no próximo encontro.</p> | <p>Não se aplica.</p> | <p>Não se aplica.</p> | <p>Não se aplica.</p> |
| Encerramento do encontro | Agradecimento pela participação, entrega e explicação da atividade reflexiva e/ou combinações para a próximo encontro. | | | | |
| | <p>Tempo estimado: 10 min</p> | | | | |
| | Feedback, agradecimentos e encerramento da pesquisa. | | | | |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020. Carga Horária Total da capacitação: 16 horas/aula.

4. 5 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Devido ao referencial teórico-metodológico preconizar um processo dialógico, crítico e participativo entre os participantes da investigação, a análise das informações obtidas nos encontros ocorreu concomitantemente à sua produção. Assim, todos os momentos vivenciados durante a produção das informações foram considerados para atender aos objetivos e para o desenvolvimento do produto.

Após cada encontro, a mediadora realizou a transcrição do material gravado em áudio, juntamente com as informações registradas no diário de campo, dessa forma ocorreram os registros do material produzido. O Diário de Campo foi utilizado como um bloco de apontamentos, no qual anotamos sentimentos, pensamentos, meditações, conversas, construções que dão sentido ao nosso percurso de investigação. Nele, relatamos todo o nosso processo de construção do conhecimento, tudo que está acontecendo ao nosso redor que nos possibilita compreender atos falhos no trabalho da pesquisa e quais os investimentos precisam ser empregados (VELOSO; BONILLA, 2017).

Em qualquer técnica de análise, a interpretação é a principal ação da pesquisa, está presente em todo o seu processo e constitui a parte essencial da análise. Durante a coleta de dados a análise já está ocorrendo, diferente dos estudos quantitativos que só a iniciam após a finalização da pesquisa de campo. É esta pré-análise que permite a utilização do critério de saturação para determinação do tamanho amostral nos estudos qualitativos (MINAYO, 2014).

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante do material retomando os objetivos da pesquisa, buscando sistematizar as informações, com vistas à construção dos produtos. Foi utilizada a análise temática apresentada por Minayo (2014), seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

O tratamento de dados qualitativos pode ser dividido em 3 etapas interligadas entre si: descrição, análise e interpretação. Na descrição trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível. Na análise procura-se ir para além do que é descrito. Traça-se um caminho sistemático que busca, nos depoimentos, das relações entre os fatores. Ela produz a decomposição de um conjunto de dados, procurando as relações entre as partes que o compõem. Uma de suas finalidades é expandir a descrição. A interpretação pode ser uma sequência da

análise e pode também ser desenvolvida após descrição. Sua meta é a busca de sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado. Na pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014), a interpretação é o ponto de partida (porque inicia com as próprias interpretações dos atores) e é o ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações). O quadro 2 apresenta o roteiro para análise de conteúdo.

Quadro 2: Roteiro para análise do conteúdo, segundo Minayo (2014):

| ETAPAS | INTENÇÕES | AÇÕES |
|---|---|---|
| 1 ª Etapa Pré-análise | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Retomada do objeto e objetivos da pesquisa; ❖ Escolha inicial dos documentos; ❖ Construção inicial de indicadores para a análise: definição de unidades de registro – palavras-chave ou frases; e de unidade de contexto – delimitação do contexto (se necessário). | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, captando o conteúdo genericamente, sem maiores preocupações técnicas; ❖ Constituição do corpus: seguir normas de validade: <ol style="list-style-type: none"> 1- Exaustividade – dar conta do roteiro; 2- Representatividade – dar conta do universo pretendido; 3- Homogeneidade – coerência interna de temas, técnicas e interlocutores; 4- Pertinência – adequação ao objeto e objetivos de estudo. |
| 2 ª Etapa Exploração do Material | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores – recortes do texto e categorização; ❖ Preparação e exploração do material – alinhamento; | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Desmembramento do texto em unidades/categorias – inventário (isolamento dos elementos); ❖ Reagrupamento por categorias para análise posterior – classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos); |
| 3 ª Etapa Tratamento dos dados e interpretação | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interpretação dos dados brutos (falantes); ❖ Estabelecimento de quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises; | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interferências com uma abordagem variante/qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas. |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

4.6 ELABORAÇÃO DOS INFOGRÁFICOS

A elaboração dos Infográficos ocorreu mediante a análise das informações produzidas com a metodologia da Pesquisa Apreciativa e coletadas nos encontros, em especial dos três últimos, que exigiram dos participantes a avaliação da realidade local, planejamento e a construção de planilha de intervenção que favorece ações voltadas a P4 e subsidiaram a elaboração da Tecnologia Educacional (TE). Com esses dados e com base na literatura foi possível construir os infográficos, as informações foram compiladas através de texto e imagens com apoio de um profissional *designer* e da

pesquisadora (KNOLL; FUZER, 2019), foi utilizado um aplicativo gratuito e figuras de acesso livre coletadas na internet.

4.7 VALIDAÇÃO

A validação de uma TE ocorre seguindo os pressupostos de uma Pesquisa Metodológica (PM) e tem por objetivo elaborar ou melhorar um instrumento ou uma intervenção (TEIXEIRA, 2020). A validação de conteúdo por peritos busca aperfeiçoar o conteúdo do instrumento, torná-lo mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe a medir (MOREIRA et al., 2014). Busca verificar o valor e rigor da tecnologia, fazendo com que o produto seja legítimo e verdadeiro, tornando-o apto para a práxis da enfermagem (SIQUEIRA et al., 2020).

O processo de validação dos produtos ocorreu mediante seis passos apresentados no quadro a seguir:

Quadro 3: Roteiro para Validação de Tecnologia Educacional – TE.

| | |
|---|--|
| 1º Passo: Produção da TE | Desenvolvimento da TE através da Pesquisa Apreciativa. |
| 2º Passo: Elaboração e encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) | Pesquisa aprovada anteriormente, utilizado parecer do Macroprojeto. |
| 3º Passo: Seleção dos Juízes e aplicação do Instrumento I – via formulário google forms | Seleção de juízes com expertise na área temática: P4 e APS, contendo juízes das áreas de design gráfico e tecnologia educacional, com o total de 13 juízes. |
| 4º Passo: Seleção do Público-alvo e aplicação do Instrumento II e III – via formulário google forms | Foi utilizado um total de 11 integrantes pertencentes as equipes do município sede da pesquisa e do município local de trabalho da moderadora. E um total de 13 usuários dos mesmos locais. |
| 5º Passo: Análise e discussão | Com base nas respostas dos juízes e do público-alvo foram analisadas e acatadas praticamente todas as sugestões. |
| 6º Passo: Produção da versão final da TE | Os itens que não alcançaram Índice de Concordância - IC de no mínimo 70% foram corrigidos e modificados, bem como foram acatadas outras sugestões que qualificaram ainda mais os infográficos, mesmo os que alcançaram o Instrumento de Validação de Conteúdo (IVC) maior que 70%. |

Fonte: Adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

O IVC segundo Teixeira, et al. (2020), seguiu uma concordância mínima de 70% e Índice de Confiança através do IC de 95%: com erro amostral de 25%, tendo-se 13 juízes-especialistas. Inicialmente foi construído um IVC para ser utilizado pelos juízes

na validação da TE. O IVC mede a proporção dos juízes em concordância sobre determinado aspecto do instrumento, recomenda-se um IVC de, no mínimo, 70% (0,70). O índice é calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “1” e “2” pelos especialistas, dividido pelo total de respostas.

Utilizamos a seguinte fórmula para o cálculo do IVC:

$$IVC = \frac{\text{Número de Respostas 1 e 2}}{\text{Número total de Respostas}}$$

Para a amostragem foi adotado a não probabilística intencional, técnica de *snowball* (bola de neve), através de contato via correio eletrônico com os juízes selecionados; após o aceite, foi enviado o TCLE; com a assinatura deste, a tecnologia educacional e o questionário via formulário do google forms. A análise dos dados foi feita através da pontuação da escala Likert e análise das sugestões dos juízes.

Para a análise de dimensão didática ilustrativa foi selecionado juízes-especialistas nas áreas humanas-sociais e tecnológicas e para dimensão técnico-científica ou de conteúdo foi selecionado juízes-especialistas de áreas da saúde afins, sendo eles: cinco em P4, seis em APS, um em TE e outro em *design*, totalizando 13 juízes.

Os critérios estabelecidos para a seleção dos juízes-especialistas, respeitou pelo menos dois dos seguintes critérios abaixo, e o critério de exclusão foi preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados utilizado:

- Experiência clínico-assistencial com o público-alvo há pelo menos 3 anos;
- Publicações em revistas e/ou eventos sobre o tema (P4);
- Participação em grupo de pesquisa da área ou temática (APS ou P4);
- Publicações em revistas e/ou eventos sobre construção e validação de TE;
- Ser especialista (*lato-senso* e/ou *stricto sensu*) no tema P4 ou TE ou *design*;
- Ser membro de Sociedade Científica na área da temática.

No quadro abaixo está o instrumento de validação pelos juízes-especialistas, este foi utilizado para a validação de todas as TE produzidas pela autora:

Quadro 4: Instrumento de Validação I – com Juízes-especialistas

| |
|--|
| Data:/...../..... |
| Nome da TE:..... |
| Caracterização do juiz-especialista |
| Código/Pseudônimo:..... Sexo: F: () M: () Idade: |
| Formação:..... |

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Titulação (maior):..... | | | | |
| Local de Trabalho:..... | | | | |
| Área de atuação:..... | | | | |
| Anos de experiência na área de atuação:..... | | | | |
| Instruções: Por gentileza, leia minuciosamente o manual e em seguida analise o instrumento de avaliação atribuindo uma nota em cada item avaliado, correspondendo o grau de concordância (nota). Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo, considerando: | | | | |
| 1- Totalmente Adequado 2- Adequado 3- Parcialmente Adequado 4- Inadequado | | | | |
| Nas indicações de opções “3” e “4”, por gentileza descrever o motivo ou sugestão pelo qual considerou essa opção no espaço destinado. | | | | |
| OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Contempla tema proposto | | | | |
| 2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem | | | | |
| 3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | | | | |
| 4. Proporciona reflexão sobre o tema | | | | |
| 5. Incentiva mudança de comportamento | | | | |
| ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Linguagem adequada ao público-alvo | | | | |
| 7. Linguagem apropriada ao material educativo | | | | |
| 8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo | | | | |
| 9. As ilustrações utilizadas estão adequadas ao conteúdo do trabalho. | | | | |
| 10. áudio do vídeo está adequado e colabora na compreensão do conteúdo. | | | | |
| 11. Informações corretas | | | | |
| 12. Informações objetivas | | | | |
| 13. Informações esclarecedoras | | | | |
| 14. Informações necessárias | | | | |
| 15. Sequência lógica das ideias | | | | |
| 16. Tema atual | | | | |
| 17. Tamanho do texto adequado | | | | |
| RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Estimula o aprendizado | | | | |
| 19. Contribui para o conhecimento na área | | | | |
| 20. Desperta interesse pelo tema | | | | |
| Nº do item/Motivo/Sugestão se opção “3” ou “4”: | | | | |

Fonte: Adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011; LEITE et al., 2018).

Após a primeira rodada de validação foi revisado o produto de acordo com os apontamentos e sugestões dos juízes, alcançando a taxa de concordância mínima. O processo de validação permite que o pesquisador busque e utilize informações completas e voltadas à realidade do fenômeno estudado e, com isso, redirecione adequadamente os resultados (SANTOS et al., 2016).

Por fim, os produtos (Infográficos 1 e 2) foram validados também pelo público-alvo, os profissionais, de dois locais, no município de Bandeirante, com os participantes da pesquisa, e no município de Paraíso onde a pesquisadora trabalha, que também faz parte dos municípios da Macro pesquisa, com as duas equipes de saúde, seguindo os mesmos critérios de seleção dos profissionais já descritos na metodologia da pesquisa. O infográfico 3 foi avaliado por usuários também dos dois municípios. A validação também ocorreu via formulário google forms devido a pandemia causada pelo *Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*.

No quadro abaixo está o instrumento de validação pelo público-alvo este foi utilizado para validar todas as TE produzidas pela autora.

Quadro 5: Instrumento de Validação II - com Profissionais

| | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|--------------|----------|
| Data:/...../..... | | | | |
| Nome da TE:..... | | | | |
| Caracterização do juiz-especialista | | | | |
| Código/Pseudônimo:..... | Sexo: F: (<input type="checkbox"/>) | M: (<input type="checkbox"/>) | Idade: | |
| Formação:..... | | | | |
| Titulação (maior):..... | | | | |
| Local de Trabalho:..... | | | | |
| Área de atuação:..... | | | | |
| Anos de experiência na área de atuação:..... | | | | |
| Instruções: Por gentileza, leia minuciosamente o manual e em seguida analise o instrumento de avaliação atribuindo uma nota em cada item avaliado, correspondendo o grau de concordância (nota). Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo, considerando: <ul style="list-style-type: none"> 1- Totalmente Adequado 2- Adequado 3- Parcialmente Adequado 4- Inadequado Nas indicações de opções “3” e “4”, por gentileza descrever o motivo ou sugestão pelo qual considerou essa opção no espaço destinado. | | | | |
| OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Contempla tema proposto | | | | |
| 2. Ajuda no cotidiano dos profissionais | | | | |
| 3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | | | | |
| 4. Proporciona reflexão sobre o tema | | | | |
| 5. Orienta, informa e sensibiliza quanto a temática | | | | |
| 6. Incentiva mudança de comportamento | | | | |
| ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo | | | | |
| 8. O conteúdo esclarece conceitos | | | | |
| 9. O material é apropriado ao público-alvo | | | | |
| 10. Os materiais colaboram na compreensão do conteúdo | | | | |
| 11. O vocabulário é acessível | | | | |

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 12. O material foi útil | | | | |
| 13. A temática é necessária | | | | |
| RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Estimula o aprendizado | | | | |
| 15. Contribui para o conhecimento na área | | | | |
| 16. Desperta interesse pelo tema | | | | |
| Nº do item/Motivo/Sugestão se opção “3” ou “4”: | | | | |

Fonte: Adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011; SIQUEIRA, 2020).

Quadro 6: Instrumento de Validação III - com Usuários

| Objetivos: propósitos, metas ou finalidades | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|----------|----------|----------|----------|
| 1. Esclarece dúvidas sobre o assunto | | | | |
| 2. Proporciona reflexão sobre o uso indiscriminado de medicações e exames | | | | |
| 3. Orienta, informa e sensibiliza quanto ao assunto | | | | |
| 4. Incentiva mudança de comportamento | | | | |
| Estrutura/Apresentação: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo | | | | |
| 6. O conteúdo esclarece conceitos | | | | |
| 7. O material é apropriado ao público-alvo | | | | |
| 8. O vocabulário é acessível | | | | |
| 9. O material é útil | | | | |
| Relevância: significância, impacto, motivação e interesse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Contribui para o conhecimento no assunto | | | | |
| 11. Desperta interesse pelo assunto | | | | |
| Nº do item/Motivo/Sugestão se opção “3” ou “4”: | | | | |

Fonte: Adaptado pelas autoras (TEIXEIRA; MOTA, 2011; SIQUEIRA, 2020).

A escolha do público-alvo ocorreu por conveniência através de lista de contato de e-mail e telefone dos profissionais participantes da pesquisa e da moderadora, seguiu um Índice de Concordância Semântica (ICS) mínimo de 80% (0,8) obtido por escala Likert usando o mesmo cálculo do IVC descrito anteriormente na validação com juízes-especialista, participaram da validação 11 profissionais e 13 usuários dos referidos serviços (SIQUEIRA et al., 2020).

Os resultados da validação pelos juízes-especialista e pelo público-alvo serão apresentados nos resultados através da elaboração de capítulo de livro sobre a construção dos Infográficos.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedece aos critérios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo parte do macroprojeto aprovado junto às instâncias da UDESC e CEP local, tendo como título: Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde. O macroprojeto foi aprovado no CEP sob o parecer número: 3.375.951, de 06 de junho de 2019 (ANEXO A). No anexo B, está apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), submetido aos participantes da pesquisa.

O anonimato dos participantes foi preservado mediante sigilo dos nomes, registros profissionais e locais de trabalho, em todos os documentos que foram divulgados pela presente pesquisa. Eles foram designados por codinomes de escolha da autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 PRODUTO TÉCNICO

5.1.1 Técnologia Educacional: infográficos para profissionais, produzidos pela moderadora a partir dos encontros realizados pelos participantes e validado através da aplicação de instrumento, conforme descrito acima. Ressalta-se que no decorrer da pesquisa identificou-se a necessidade de produzir mais do que um Infográfico, sendo um estático e outro animado para os profissionais da APS e um infográfico animado voltado ao tema P4 para a população. Os participantes reconhecem a importância da população conhecer os riscos que o excesso de intervenções sem indicação técnica pode causar a saúde do usuários.

O produto tecnológico pode ser realizado através de experiências cotidianas em pesquisa, sem necessariamente ser um feito tecnológico de grande expansão, envolve um conjunto de conhecimentos científicos com capacidade para mudar ou melhorar a prática pela sua intervenção (TEIXEIRA, 2020).

No âmbito da educação, principalmente da educação permanente em saúde, através da divulgação e da aprendizagem da ciência na mídia, o Infográfico é uma ferramenta de textualização em formato escrito-visual, apurado e adequado (SOUZA, 2016).

Os processos descritivos e explicativos, concretizados por meio de desenho ou imagens, o fazer saber, praticamente aliado a um fazer sentir, traz o infográfico como aquilo que comunica, enquanto, como texto peculiar que é, sincretiza imagem e verbo de forma original e eficaz (SOUZA, 2016).

Porém, além dessa função explicativa, calcada em descrição e narração, a infografia tem assumido um papel marcadamente argumentativo, sustentando uma intenção de fazer agir, sustenta a ideia de uma mudança de pensamento, de comportamento e de ações, mobilizando descrições e explicações, por exemplo, como evidências e provas para que tais mudanças, por meio de ações individuais e coletivas, se efetivem. Este remete a uma junção de informação com gráfico (info+graphic), o que nos sugere, pela própria acepção do termo, de que se trata de uma união de grandes quantidades de informação aliadas com a imagem (SOUZA, 2019).

A produção de um Infográfico tem por objetivo que o leitor se interesse, entenda e avalie o referido tema, neste caso, as ações de P4 na APS, já que, muitas vezes, a imagem como saber pode motivar muito mais o agir e a mudança. Uma infografia se constrói sobre um esquema, com ideias essenciais acerca de um tema, considerando a mediatização da ciência e do aprendizado. O infográfico é um exemplo disso, seja ele virtual ou impresso (SOUZA, 2016). É recomendável a utilização de uma linguagem simples, mas rica em informação, com imagem e texto sincronizados com o objetivo de alcançar públicos mais amplos. Propicia-se uma capacitação para a leitura sobre fatos do cotidiano (SOUZA, 2016).

Os Infográficos serão impressos e disponibilizados online via site oficial da universidade, e-mail das unidades básicas de saúde e redes sociais da moderadora.

A seguir serão apresentados de forma detalhada os Infográficos, produtos da pesquisa, após a validação por especialistas:

Figura 2: Infográfico 1 (folder) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.



A Prevenção Quaternária (P4) é diferente dos outros níveis de prevenção porque é voltada à atuação profissional, visa identificar e proteger indivíduos em risco de intervenções clínicas desnecessárias.

| Acolhimento | Escuta Qualificada |
|--|---|
| <p>Caracteriza-se pela acolhida da demanda trazida pelo usuário, em um pacto de respeito e aceitação que possibilite a diminuição de ações tendenciosas indutoras ao excesso de intervenções clínicas. É, portanto, voltado às necessidades de saúde da população, fortalecendo a longitudinalidade e a resolutividade do serviço.</p> | <p>Escuta Qualificada A escuta qualificada visa não só ouvir o usuário sem interrupção, mas valorizar sua autonomia, experiências, necessidades e angústias. Utilizando da troca de saberes e do ato de escutar para construir um plano de cuidados mais efetivo, de acordo com o contexto individual. Diminuindo intervenções clínicas por meio de exames e medicações e consequentemente propiciando as ações de P4.</p> |
| <p>Atendimento Compartilhado Deve ser realizado entre os profissionais da equipe, para atendimento de casos mais complexos. O atendimento compartilhado implica em discussão de casos clínicos, construção de planos terapêuticos e qualificação das intervenções. Propicia a resolubilidade do atendimento com o mínimo possível de intervenções e danos.</p> | <p>Decisão Compartilhada Ampliar o vínculo profissional-paciente, corresponsabilizar o usuário com o plano de cuidados e assim diminuir intervenções clínicas e medicamentosas.</p> |
| <p>Demora Permitida Diante do vínculo estabelecido nas equipes de Saúde da Família (eSF), entre profissional e paciente, é possível assegurar uma postura protetora que possibilite o acompanhamento do paciente nas suas necessidades de saúde e o atendimento longitudinal. Empregando a demora permitida como possibilidade de não realizar ou mesmo adiar intervenções que podem ser prejudiciais ou desnecessárias durante o plano de cuidado.</p> | <p>Garantia do Acesso Garantir o acesso ao cuidado em momento oportuno, conhecer os modelos de atendimento aplicados, propiciar tempo de atendimento adequado, visando uma postura dinâmica centrada na pessoa e no autocuidado. E assim favorecer ações práticas da P4 ao não intervir ou medicalizar de maneira desnecessária.</p> |
| <p>Ações que Contribuem para o Desenvolvimento da P4 na Atenção Primária à Saúde (APS)</p>    | |
| <p>É função de todos os integrantes da equipe instituir ações para qualidade do cuidado e para segurança do paciente, por meio de medidas que visem reduzir o risco e diminuir os eventos adversos.</p> | |

(Frente) Fonte: produzido pelos autores, 2021.

Continuação

Aposte em:

Educação Permanente em Saúde

Para organização do processo de trabalho das equipes, possibilitando aos profissionais conhecer, avaliar, compartilhar conhecimentos e experiências para prática da P4.

Educação Continuada

Voltada para atualizações clínicas que possibilitem não realizar intervenções desnecessárias.

Educação em Saúde

Para levar ao conhecimento da população a importância da P4 e estimular ações educativas sobre os riscos do excesso de medicações e intervenções como exames e rastreamentos sem indicação técnica ou justificativa.

Educação para Família

Aprenda mais sobre Prevenção Quaternária lendo os artigos:

Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção

Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde

Prevenção Quaternária: a importância de evitar os excessos e não causar danos

Realização:
Mesetranda Karina Schopf (karinaschopf70@gmail.com)

Orientadora: Dr.ª Carine Vendruscolo

PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

(Verso) Fonte: produzido pelos autores, 2021.

Figura 3: Infográfico 2 (animado) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.

Infográfico na íntegra no youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=ws8vNlaerEI>



Laminas 1 e 2



Laminas 3 e 4



Laminas 5 e 7



Laminas 7 e 8



Laminas 9 e 10



Laminas 11 e 12



Laminas 13 e 14



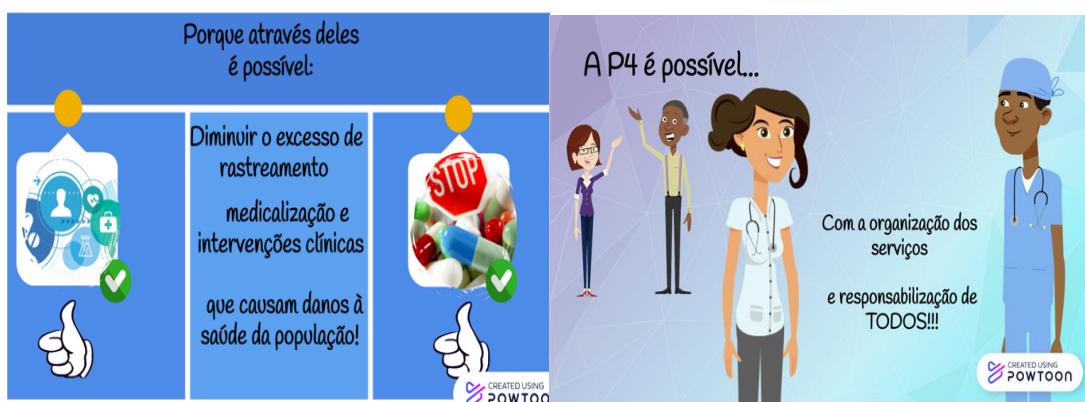
Laminas 15 e 16



Laminas 17 e 18



Laminas 19 e 20



Laminas 21 e 22



Laminas 23 e 24



Laminas 25 e 26



Laminas 27 e 28



Laminas 29 e 30



Lamina 31

Figura 4: Infográfico 3 (animado) - “Prevenção Quaternária (P4) para População”.

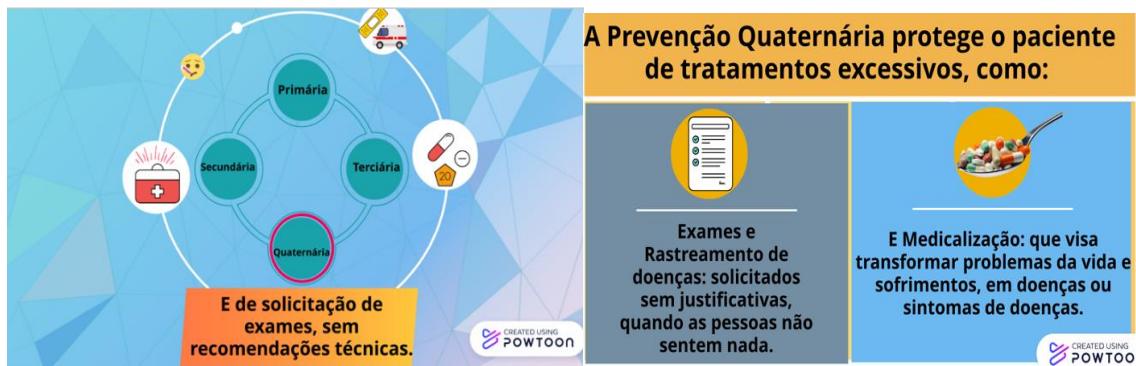
Infográfico na íntegra no youtube: <https://youtu.be/rYbUbgt3zVU>



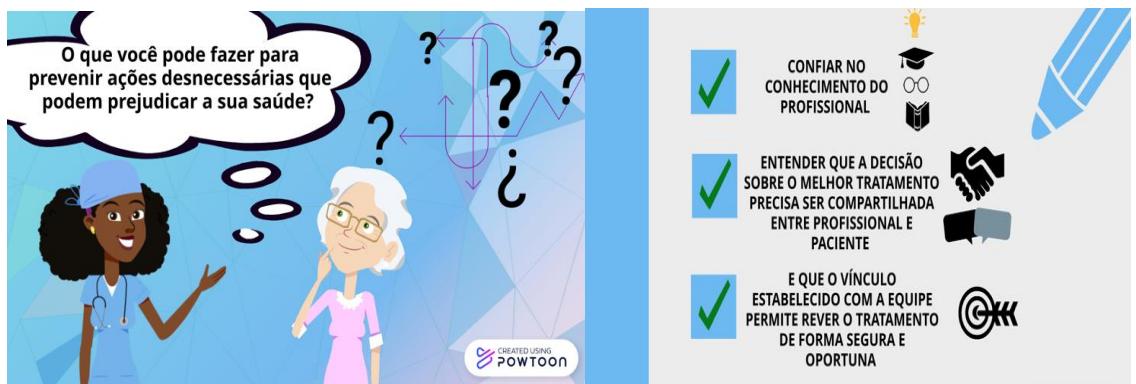
Laminas 1 e 2



Laminas 3 e 4



Laminas 5 e 6



Laminas 7 e 8



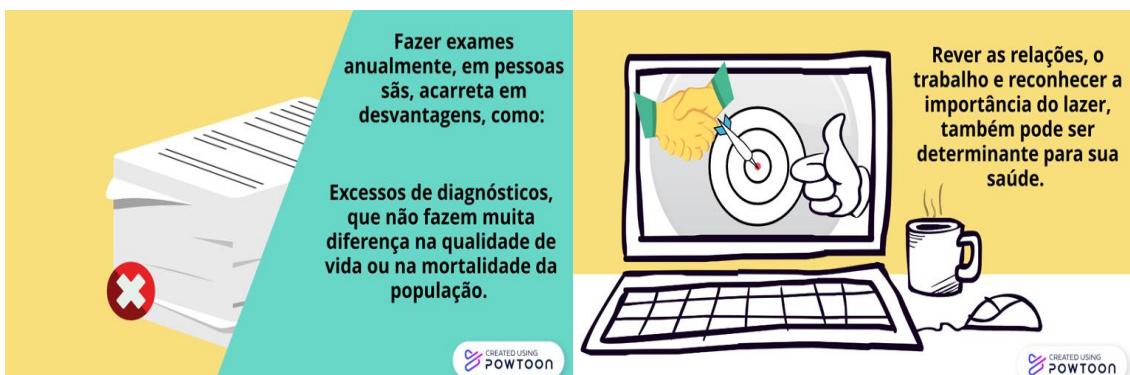
Laminas 9 e 10



Laminas 11 e 12



Laminas 13 e 14



Laminas 15 e 16



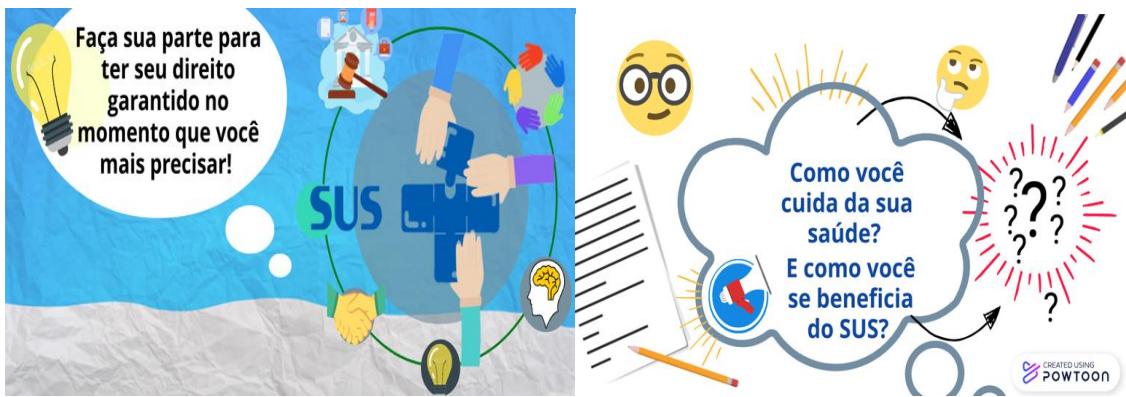
Laminas 17 e 18



Laminas 19 e 20



Laminas 21 e 22



Laminas 23 e 24



Laminas 25

5.1.2 Capacitação “Formação sobre Prevenção Quaternária na atenção Primária à Saúde” – ação de Educação Permanente em Saúde

Segundo o Relatório de Grupo de Trabalho da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Curso de Formação Profissional é um "conjunto de conteúdos estabelecidos de acordo com as competências requeridas pela formação profissional, em conformidade com os objetivos do Programa de Pós-Graduação"

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, p. 38). Pode ser de oferta regular ou intermitente, devendo contar com profissionais vinculados às instituições envolvidas com o processo da pesquisa.

A proposta contida neste estudo tratou de uma formação em exercício (*work in progress*), de oferta integrada as instituições envolvidas (Secretaria Municipal de Saúde e UDESC) com o processo da pesquisa. Considera-se ainda, a proposta como um movimento de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2017).

A Capacitação consiste na própria atividade de produção das informações, descrito no Quadro 1 e formalizado no site da Secretaria Municipal da Saúde e posteriormente, poderá ser publicizado em forma de relato de experiência e em eventos nacionais e internacionais da área. Teve 16 horas/aula, ao todo.

A Capacitação será certificado pelo Programa de Extensão da UDESC: Fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistenciais nas práticas profissionais na atenção primária à saúde.

5.2 PRODUTOS BIBLIOGRÁFICOS

Foram elaborados quatro manuscritos científicos – um a partir da Revisão Narrativa da Literatura que foi um capítulo de livro já publicado e apresentado no anexo A deste trabalho; dois artigos a partir dos resultados da pesquisa, sendo eles manuscritos 2 e 3 que serão encaminhados a periódicos científicos; e o Manuscrito 4, que configura-se como um capítulo de livro, e será publicado no 3º E-book do MPEAPS/UDESC.

A seguir serão apresentados os produtos referentes aos manuscritos científicos, artigo 1 e 2 e capítulo de livro:

5.2.1 Artigo Científico 1

Artigo Científico 1: artigo referente ao objetivo específico 1: Analisar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: DA MEDICALIZAÇÃO SOCIAL À ATENÇÃO INTEGRAL

Quaternary Prevention: from social medicalization to integral care

RESUMO: tem como objetivo conhecer as percepções e perspectivas dos profissionais da saúde para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. Estudo qualitativo, com base na Pesquisa Apreciativa, que aplicou as fases do “ciclo 4-D”, na língua inglesa: *discovery, dream, design e destiny*. Este artigo analisa resultados referentes à fase *discovery* (descoberta), de cujos dois encontros correspondentes, participaram nove profissionais de uma equipe de Saúde da Família. Os dados foram tratados mediante análise temática de conteúdo. A Prevenção Quaternária representa uma potencialidade para a inovação nas formas de atenção, com possibilidade de reduzir a sobremedicalização, sobrediagnósticos e sobretratamentos. Como perspectivas são apresentadas a necessidade de conscientização da sociedade e dos profissionais sobre esses excessos e de (re)posicionamento da indústria, do mercado e da mídia sobre o significado de “estar saudável”. É necessário atentar para a ética na prestação de cuidados, no que se refere ao rastreio, diagnóstico e tratamento. A Prevenção Quaternária apresenta-se como uma possibilidade de evolução, da medicalização social à atenção integral à saúde.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária, Atenção Primária à Saúde, Educação Continuada, Medicina Social, Medicalização.

ABSTRACT: aims to know the perceptions and the prospects of the health professionals to the development of the Quaternary Prevention on the Primary Care to Health. Qualitative study, with bases on the Appreciative Research, which applies the “4D cycle” stages: *Discovery, dream, design e destiny*. This article analyzes the *discovery* stage results, from whole two corresponding meetings participated nine professionals of a Family Health team. The data were treated upon the content thematic analysis. The Quaternary Prevention represents a potentiality to the innovation on the ways of caring, with possibilities to reduce the overmedicalization, overdiagnosis and overtreatment. With prospects, the needs and the society’s and professional’s awareness are showed about these excess and of the industry’s, market’s, and media’s (re)positioning about the meaning of “be healthy”. It is necessary pay attention to the ethic in providing care, in what refers to tracking, diagnosis and treatment. The Quaternary Prevention shows itself as a possibility of evolution, from social medicalization to integral care to health.

Keywords: Quaternary Prevention, Primary Health Care, Education Continuing, Social Medicine, Medicalization.

INTRODUÇÃO

Os determinantes de saúde podem envolver fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais, comportamentais e biológicos (MOLSTER et al., 2018; GÉRVAS; PÉREZ-FERNANDEZ, 2020). Reconhecer a influência desses fatores é

essencial para planejar ações de saúde pública atendendo o princípio de integralidade, com base na promoção da saúde e na prevenção de doenças. No âmbito da prevenção, a dinâmica psicosocial, econômica e cultural é fundamental e implica na efetivação da Prevenção Quaternária (P4) (BORROZZINO; FONSECA, 2019).

A P4 é proposta no contexto dos três níveis clássicos de prevenção (LEAVELL; CLARK, 1976), compreendida como um quarto nível, que reverbera em mudanças na forma de realizar a prática clínica, protegendo o indivíduo do excesso de intervenção em saúde, como a medicalização e os rastreamentos, que culminam em sobrediagnósticos e sobretratamentos e, de certa forma, de outros interesses lucrativos decorrentes da mercantilização da saúde. Nesse sentido, é necessário refletir acerca da influência das ditas “indústrias da saúde” sobre os atores que colaboram na sua produção, sejam eles profissionais, gestores públicos ou comunidade (JAMOULLE et al., 2018).

A medicalização vinculada a dependência de intervenções profissionais reduz a autonomia do indivíduo quando seu estado de saúde está relacionado a situações de sofrimento, adoecimento, perdas e lutos ocasionando o aumento das intervenções e prejuízos sociais (ILLICH, 1981). Cabe aos profissionais de saúde identificar ações e manejar as demandas visando evitar a medicalização social nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) (TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

A P4 envolve a responsabilidade do profissional de saúde em identificar pacientes que estejam em risco de práticas intervencionistas desnecessárias, as quais podem causar mais danos do que benefícios, visando zelar por esses indivíduos (MARTINS et al., 2018). Para tanto, os princípios morais de proteção aos pacientes necessitam prevalecer diante do risco de agravos causados pelos excessos, especialmente quando se trata de pessoas saudáveis. As intervenções clínicas e medicamentosas, muitas vezes, são endossadas pelas falsas promessas de longevidade, sendo negado o direito e a capacidade da pessoa de lidar com os infortúnios voltados à sua saúde (ILLICH, 1975). Diante desses infortúnios, a necessidade de um diagnóstico clínico faz com que os indivíduos busquem continua e desnecessariamente os serviços de saúde, o que gera consumo de tecnologias médicas e, eventualmente, transforma fatores de risco em doença. Para os profissionais de saúde, a necessidade imposta pela sociedade de chegar a um diagnóstico, acarreta sobrediagnósticos e sobretratamentos que, na maioria das vezes, não trazem benefícios ao paciente e, ainda, pode acarretar danos a curto ou longo prazo (COLL-BENEJAM et al., 2018).

Cumpre destacar que pequenas alterações nos limites de diagnósticos influenciam diretamente a saúde, levam a diagnósticos e tratamentos exagerados, muitas vezes em pessoas assintomáticas que são diagnosticadas e tratadas com uso de insumos tecnológicos e profissionais, ancorados por influências culturais, estreitando o limiar do que é saúde e doença (GÉRVAS; PÉREZ-FERNANDEZ, 2020). Soma-se a isso a implementação de protocolos e campanhas sanitárias, por vezes distorcidas, que deslumbram a população com a facilidade de prevenir e tratar doenças, ocasionando a falsa sensação de proteção. A exemplo pode-se citar a campanha outubro rosa e novembro azul, como método de rastreamento indiscriminado prazo (COLL-BENEJAM et al., 2018).

Os excessos de exames e diagnósticos associados à produção de saúde evidenciam paradigmas conflitantes, em que a tomada de decisão dos profissionais pode pecar pela demasia em detrimento da falta. Esse tipo de atitude profissional, permeado pelo medo e incerteza acarretados pela cultura biomedicista, deixa os profissionais de saúde desconfortáveis em relação a P4. Além disso, as pessoas procuram melhorar a qualidade de vida através de intervenções em saúde, por acreditar que essas podem resolver possíveis adversidades, corroborando com uma medicina defensiva e paternalista, que favorece as indústrias da saúde, o consumismo e as intervenções desnecessárias (ATTENA, 2019).

Assim, o diálogo sobre a P4 extrapola a área médica e exige a atuação dos diferentes profissionais de saúde, especialmente os prescritores. A APS é considerada o berço da P4, por ser o campo propício para seu desenvolvimento por meio da escuta qualificada, vínculo e adaptação individualizada dos atendimentos em saúde. Além disso, a P4 vai ao encontro dos princípios preconizados na Estratégia Saúde da Família (ESF) (GROSS et al., 2016) ao incentivar a interprofissionalidade, que auxilia a evitar possíveis iatrogenias, causadas pelo excesso de intervenções clínicas como rastreamentos e sobremedicalização, por meio do trabalho colaborativo das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Nessa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções e perspectivas dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da P4 na APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com base na Pesquisa Apreciativa (PA), a qual visa a transformação da realidade individual e em equipe, vivenciada pelos participantes através dos pontos fortes, de experiências positivas e de ideias novas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2008). Dentre as possibilidades oferecidas pela PA, estão: transformar os problemas em oportunidades; identificar os pontos positivos dos participantes e da instituição; criar possibilidades, diminuir as críticas e possibilitar o crescimento com base na força e nas experiências exitosas (ARMSTRONG; HOLMES; HENNING, 2020).

O “ciclo 4-D” da PA consiste em quatro pilares, cuja denominação foi formulada a partir da língua inglesa: *discovery* (descoberta), no qual o grupo identifica os pontos fortes e as competências essenciais; *dream* (sonho), em que juntos imaginam possibilidades positivas para o futuro; *design* (planejamento), no qual há a projeção de aspirações para cada oportunidade e por fim, *destiny* (destino), em que o grupo elabora o processo e as estruturas para alcançá-los (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

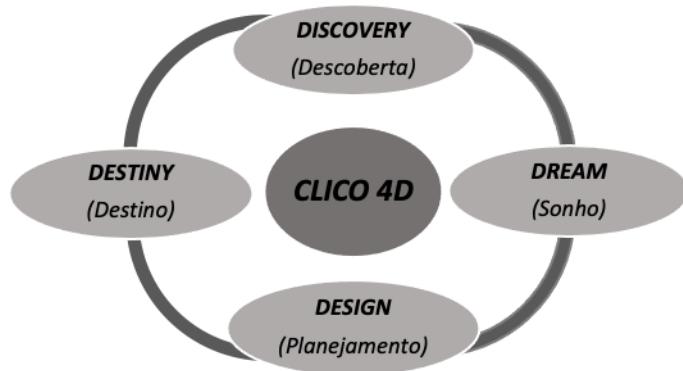
A pesquisa foi realizada com nove profissionais atuantes na APS pertencentes a uma equipe de eSF, uma eSB e uma de Nasf-AB, em um município do Extremo-Oeste de Santa Catarina, com cerca de três mil habitantes. São realizados mensalmente em torno de 2.000 atendimentos pelas equipes.

Foi critério para a inclusão dos participantes da pesquisa: ser profissional de nível superior, atuante em uma das equipes mencionadas, por dois anos ou mais. Excluíram-se os participantes que por algum motivo estavam afastados no período da produção das informações. Participaram nove profissionais, sendo eles: Enfermeiro (01); Médico (01); Dentista (01), Farmacêutico (01), Psicólogo (02), Fisioterapeuta (02), Nutricionista (01).

Ao todo, a pesquisa contou com cinco encontros, contemplando as quatro fases do ciclo 4-D. A fase da descoberta foi organizada em dois encontros, e teve como objetivo conhecer a percepção dos profissionais sobre a P4 e levantar os pontos fortes, habilidades pessoais e institucionais para o desenvolvimento de ações. O terceiro encontro foi a fase do sonho com o objetivo de imaginar o melhor ideário de ações voltadas à P4 que podem ser realizadas no cotidiano da equipe. O quarto encontro, referente ao planejamento objetivou criar possibilidades para ações de P4, com base na realidade da equipe e da instituição. E por fim, o quinto e último encontro do ciclo 4D –

o destino – foi aquele no qual os participantes realizaram a pontuação das ações de P4 escolhidas pela equipe, em uma matriz de intervenções.

Figura 1. Apresenta o “ciclo 4D” da pesquisa apreciativa (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).



Fonte: adaptado pelos autores, 2020.

Todos os encontros foram realizados no mês de julho de 2020, com intervalos aproximados de sete dias e duração média de uma hora e quarenta minutos cada. A participação média de cada encontro foi de seis profissionais. A organização dos encontros foi definida de acordo com o rigor metodológico da PA, os diálogos foram construídos pelo grupo e norteados por questões disparadoras voltadas ao tema apreciado.

Uma sequência lógica foi aplicada aos encontros, garantindo tempo apropriado e a efetiva participação do grupo nos diálogos. No início de cada um, utilizou-se de um momento de “aquecimento”, a fim de interagir e envolver os participantes na pesquisa. Ao final dos três primeiros encontros, cada participante recebeu uma atividade reflexiva para realizar individualmente até o encontro seguinte, para ser retomada e discutida no grupo. A atividade reflexiva consiste em viabilizar a reflexão acerca do objeto do estudo e corrobora na estratégia para preparar o encontro seguinte (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Neste artigo, serão analisados e discutidos os resultados do primeiro e segundo encontros da PA, que corresponderam à fase da descoberta. Os encontros foram gravados em áudio, mediante o consentimento dos participantes. Além disso, houve o registro dos temas principais, que emergiram durante os diálogos, realizado em um diário de campo produzido pela moderadora, com o intuito de facilitar a transcrição e análise dos dados.

Para tratamento das informações foi utilizada a análise temática de conteúdo (MINAYO, 2014) seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Durante a realização dos encontros, diferentes reflexões e ideias surgiram dos diálogos, algumas ao encontro dos autores referenciados nas atividades reflexivas e outras não, as quais influenciam direta ou indiretamente a percepção sobre o conceito e as possíveis práticas da P4 que poderiam ser adotadas pela equipe. Contudo, o ideário que orienta pesquisas participativas pressupõe essa construção coletiva e o propósito é a transformação da realidade (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Após analisadas, as informações foram organizadas em duas categorias principais: Percepções dos profissionais sobre P4 e Perspectivas para o desenvolvimento de ações de P4 na APS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o protocolo número 3.375.951. Para garantir o anonimato das participantes, foram utilizados os seguintes códigos: a letra inicial da categoria profissional seguida de um número sequencial no caso de haver mais de um profissional da mesma categoria.

RESULTADOS

Percepções dos profissionais sobre P4

A partir da realidade e experiência no serviço, quanto a percepção em relação a P4, os profissionais demonstraram apreensão e dificuldade de reconhecer a P4 nas ações práticas. Os participantes do estudo alertam para um ideário dos usuários marcado pela centralidade na doença e na cura, por meio da medicação, além da pressão exercida pelos meios de comunicação e agentes políticos, que influenciam a população e atrapalham a realização de ações de P4:

“[...] a mídia auxilia muito na questão do estar doente [...] o usuário já vem consultar sabendo o que ele vai querer, às vezes sem indicação médica ou orientação [...]”. (FO1).

“[...] judicialização [...] é o que muitas vezes induz aos profissionais quererem abranger todas as possibilidades que existem de se estabelecer um diagnóstico ou pelo menos para descartar um possível”. (D1).

“[...] [os usuários] já vem com a relação de medicação e exames, principalmente os mais complexos, na maioria das vezes nem condizentes com os sintomas que ele está apresentando [...]”. (M1).

“[...] A gente vê que é muito mais trabalhoso tentar desmistificar a necessidade dos exames [...] a própria instituição por meio de alguns agentes, você é cobrado na tentativa de favorecer o gosto do paciente e não exatamente da técnica e da parte científica, ou da conduta correta que deveria [...] então o profissional acaba sendo induzido ou coagido [...]”. (E1).

Dentre as ações e práticas assistencialistas que são identificadas pela equipe e que podem causar mais danos do que benefícios à saúde dos usuários, estão a realização indiscriminada de exames e medicações. Sob a ótica dos profissionais, evidencia-se a manifestação de crenças dos usuários de que o exame, por si só, seja a solução, já que revela a doença. Nesse ínterim, a falta de conscientização dos usuários influencia no controle de algumas patologias, como a dislipidemia, regulada com uso indiscriminado de medicação, em detrimento a dieta e outros hábitos saudáveis. Os profissionais de saúde em seus depoimentos, esclarecem como isso acontece:

“[...] as mamografias com solicitação indiscriminada. Deveria ser realizado exame físico e interpretação individual para ser solicitado, [...] a maioria das mamografias já vem com a solicitação de ultrassonografia”. (E1).

“[...] paciente de 80 anos com artrose, faz Rx, faz fisioterapia, se não melhorar vamos pedir uma ressonância. Então ela já vem com a ideia que não vai melhorar e que precisa de uma ressonância”. (FA1).

“[...] eu até iria mais a fundo, poucos relacionam o exame com a descoberta da doença, muitas vezes eles esperam que com o exame eles vão melhorar”. (E1).

“[...] outro fator vivenciado pela nutricionista é o controle de dislipidemia com medicação, por pacientes que não se conscientizam [uso indiscriminado de medicação]”. (E1).

Fatores externos relacionados a situações socioeconômicas e familiares também são identificados como determinantes para o excesso de intervenções realizadas pela equipe, com destaque para a alta demanda de exames na confirmação de diagnósticos

que geram afastamento do trabalho (atestados médicos). Isso, aliado aos que parecem encontrar alento e até forçarem situações de doença, são questões que geram preocupação na equipe de saúde.

“[...] a busca por atestados no INSS [Instituto Nacional do Seguro Social] também é uma demanda que gera exames”. (FA1).

“[...] podemos fazer um estudo, mas certamente 30 a 40% dos atendimentos giram em torno desses atendimentos [INSS]”. (E1).

“[...] às vezes vejo que a atenção que eles desejam em casa eles não tem, então o fator doença pra eles é algo bom, principalmente os idosos [...]”. (FA1).

Perspectivas para o desenvolvimento de ações de P4

Apesar dos desafios apresentados nas percepções dos profissionais sobre a temática e as relações com os usuários, os profissionais mapearam algumas possibilidades para o desenvolvimento de práticas de P4 no serviço, que passam por um atendimento integral pautado na escuta ativa e anamnese detalhada do usuário, além de uma atuação em equipe, de forma compartilhada:

“[...] uma boa anamnese, conversa para entender o que o paciente está procurando, muitas vezes o profissional já vai fazendo a conduta antes dele terminar de falar o que ele quer, já vai prescrevendo exames e o paciente vai embora. Inicia-se com uma boa anamnese”. (FA1).

“[...] tempo para atendimento, isso é imprescindível, a partir de que você não tem tempo, tudo isso aqui é jogado fora, tempo para uma boa anamnese, olhar prontuário, ver se ele precisa dessa medicação, se é necessário mudar medicação, então tudo isso demanda muito tempo [...]”. (M1).

“[...] a realidade é que minha postura é atender paciente, não tem uma postura de equipe [...] atendimento compartilhado”. (M1).

“[...] o médico às vezes pode encaminhar primeiro pra fisio [Fisioterapeuta] antes de fazer algum exame, eu acho uma tentativa legal”. (FA1).

Os profissionais também relatam mudanças de atitudes dos usuários, os quais já chegam na Unidade Básica de Saúde (UBS) com demandas específicas e, por vezes,

voltadas à resolução momentânea de problemas ou com expectativas e intensões medicalizantes. Assim, reconhecem a necessidade de estudos de análise epidemiológica do território, realização da educação em saúde para envolvimento do usuário na produção da saúde e para sensibilizar no desenvolvimento das práticas de P4.

“[...] ao longo prazo eles não querem resolver, eles querem uma medicação para aliviar a dor momentânea”. (FO1).

“[...] o problema de INSS é muito grande [...] tu vês no olho dele [paciente]uma decepção porque ele está entendendo que corre o risco de não passar e ganhar aquilo que ele quer”. (M1).

“[...] falar com propriedade como realmente está nossa população nas suas necessidades reais, nós não temos esse estudo [levantamento e análise de dados epidemiológico do território]”. (E1).

“[...] o paciente já vem com a cabeça formada do que ele quer, ele acha que vai ser perda de tempo ele participar de uma palestra de uma [ação de] educação em saúde ou alguma coisa”. (P2).

“[...] a população acaba frustrando, percebem que eles têm que fazer, que eles têm que tomar atitude, que não tem um pó mágico”. (P1).

“[...] se o profissional tira o que o paciente quer, passa por ruim”. (D1).

Foram lembradas as práticas integrativas e complementares em saúde como uma alternativa de cuidado, em contraponto à medicalização, considerando a necessidade de uma “resposta” para o problema apresentado pelo paciente. Elas configuram-se como elemento potencial, que contribui para a aplicabilidade da P4.

“[...]eu vejo que, a partir de agora, as coisas têm a melhorar com as práticas integrativas nas Unidades de Saúde. Os pacientes, além da consulta, às vezes vêm só para essas práticas e nem voltam para o médico [...] aqui o pessoal faz auriculoterapia, gente que relatou na farmácia para mim que passou a dor e que ‘vai continuar com a aurícula, não vai precisar mais tomar remédio’, é um caminho que veio para auxiliar a desmedicalização e o excesso de intervenções”. (FO1).

Apesar dos profissionais de saúde reconhecerem concepções medicocentradadas e medicalizantes por parte dos usuários, bem como as atitudes políticas dos gestores, acreditam que os movimentos de mudança devem partir deles próprios.

“[...] Existe o desejo da população e a administração sempre vai tentar fazer o que pode pela administração [questões políticas]. Muitas vezes, se ela [administração] não está ligada à parte técnica dos profissionais, ocorre esse fluxo desordenado, nada resolutivo. Vai dar as 18 fichas todos os dias, vai dar acúmulo de exames. Tem demanda mapeada para tanto tempo, é sempre a mesma parcela da população, essa é a questão”. (E1).

“[...] acho que tem mais a ver mesmo com a questão do profissional do que da população [o profissional ter postura voltada à P4]” (FA2).

Os participantes destacam que a mudança demanda tempo, conhecimento, planejamento e, em certa medida, motivação. O cotidiano é repleto de rotinas e demandas, havendo pouco tempo e incentivo para atualizações técnicas e científicas relacionadas às práticas de atenção à saúde e principalmente a P4.

“[...]a maioria das pessoas pensam que a gente vai fazer um trabalho de hoje para amanhã, é muita descoberta, é muita discussão, [...]a gente vai ter que sair do que ‘eu acho’ para o que ‘nós achamos’, essa situação que é o maior desafio [...]”. (E1).

“[...] precisamos ter um momento para discutir, dia tal vai ter reunião para fazer isso...um cronograma”. (M1).

“[...] a gente não se sente abraçado por todos [equipe e gestão], é tudo muito individual”. (P2).

“[...] essa motivação, muitas vezes a gente vai buscar o conhecimento fora [...] às vezes nós temos que tirar do nosso bolso e ainda, vai ter resistência da administração que você vai estar tendo que se ausentar por um período, e não é perceptível aos olhos de muitos que isso vai trazer benefícios para a população [...]”. (D1).

DISCUSSÕES

Ao considerar a importância do tema para a saúde integral, a P4 precisa ser realizada de forma fracionada ante aos demais níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) (LEAVELL; CLARK, 1976), nos âmbitos estrutural, particular e singular da organização e funcionamento dos serviços de saúde, de modo a evitar danos desnecessários à saúde do usuário. Isso demanda a utilização de um ideário que extrapole o modelo biomédico e que individualize a prevenção (NORMAN; HUNTER; RUSSELL, 2017), mediante posicionamentos profissionais éticos e menos corporativistas.

O apelo à prevenção e à promoção da saúde, geralmente, recorre aos saberes biomédicos que, em sua essência, conduzem práticas de autocuidado especializado, cujo potencial de promoção de autonomia e desmedicalização é limitado, já que os usuários são dependentes do saber alheio e remetidos à adesão ao que é cientificamente recomendado, com base em estatísticas de grupos populacionais, mas que por vezes, transforma pessoas saudáveis em “doentes” (NORMAN; HUNTER; RUSSELL, 2017).

É preciso repensar a organização dos serviços de saúde, rever a postura profissional, mas também as práticas de comunicação com os usuários, de tal forma que a relação médico-paciente se amplie para uma relação profissional-paciente, podendo este ser o médico ou outro. Os achados iniciais desta pesquisa demonstram que os profissionais tendem a responsabilizar outros seguimentos quanto à (ausência de) práticas de P4, como por exemplo a mídia, os próprios usuários e o gestor de saúde. Contudo, ao longo dos diálogos, reconhecem que a grande transformação das práticas de cuidado e inserção das ações de P4 podem ser implementadas e fortalecidas a partir da compreensão e iniciativa da própria equipe de saúde. Isso é importante, pois quando se aproximam diferentes disciplinas e competências profissionais em um mesmo objetivo, como a saúde pública/coletiva e o foco na APS, há pontos de cruzamento entre elas, indicando um campo de saber e de prática que é comum e que demanda habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe, contribuindo para a qualidade na atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Assim, operar de forma interprofissional implica interagir com áreas/profissionais de diversas formações/núcleos de saber e cujas práticas envolvem um "saber comum", o qual

transita entre áreas específicas, de maneira complementar e colaborativa, com vistas à produção de saúde (CECCIM, 2018).

As percepções dos participantes, referentes à contribuição dos usuários como entrave no desenvolvimento de ações voltadas à P4, podem ser entendidas e analisadas em relação à responsabilização dada ao sistema de saúde frente as iniquidades sociais, às influências culturais e econômicas, incluindo a busca pela saúde a qualquer custo e de preferência sem sacrifícios ou envolvimento, que de forma subjetiva acarreta diversos problemas de saúde (PIZZANELLI, 2016). É importante ressaltar que essa inversão de valores, por vezes, prejudica o acesso daqueles que precisam e amplia as intervenções para aspectos comuns da vida, tornando o atendimento reducionista, fragmentado e vicioso dispensando recursos e atenção com pessoas saudáveis em detrimento daquelas que realmente necessitam de atendimento (CARDOSO, 2015).

Ao considerar o papel do *marketing* aplicado a situações de saúde, como a excessiva ênfase em aspectos curativos e também “preventivos”, que emergem da grande procura pelos serviços de saúde, há um risco de transformar eventos vitais em patológicos e, nesse sentido, algumas mudanças podem contribuir, como: entender que saúde não é *marketing*, não é mercadoria e que todos os condicionantes e determinantes sociais, políticos e profissionais devem ser analisados para o melhor atendimento prestado (PIZZANELLI, 2016).

Nessa linha, a pressão exercida pelas indústrias, mercados e *marketing* da saúde, com abordagens biologicista é altamente disseminada nas mídias e na sociedade, alguns desses desafios foram identificados pelos participantes para a efetivação da P4. A doença sempre foi vista como lucrativa, mas agora mais do que nunca os não-doentes são alvo desse mercado, que interfere significativamente na postura e prática assistencialista dos profissionais de saúde (SCHOPF et al., 2021). Notoriamente, ações como a medicalização social, interferem na competência do manejo das adversidades da saúde pelos indivíduos, dificultando sua compreensão de situações voltadas ao adoecimento, sofrimento emocional, morte e outras situações inerentes a vida humana (ILLICH, 1975).

Por conseguinte, é necessário consolidar o conceito e efetivar práticas de P4 na relação que se estabelece entre os profissionais e com a população, utilizar as redes sociais, mídias de comunicação, líderes comunitários, momentos de educação em saúde nas escolas e em outros locais na comunidade, visando o empoderamento dos

indivíduos quanto à saúde (ALMENAS et al., 2018). Nessa direção, as políticas públicas, ao pautarem a P4 como um dos princípios norteadores da qualificação das eSF, como ferramenta da APS, poderão contribuir para minimizar tratamentos farmacológicos, exames complementares e rastreamentos desnecessários, evitando danos aos usuários, com vistas ao cuidado clínico-sanitário.

O reconhecimento por parte de alguns profissionais participantes da pesquisa, sobre a sua responsabilidade profissional na P4, vai ao encontro da premissa ética de primeiro “não fazer” (TESSER, 2017). Concomitante a isso, pode-se pensar em práticas que envolvam e orientem os usuários, fortalecendo vínculos de confiança, de troca e de satisfação, onde ambos possam ser conhcedores dos riscos e dos benefícios do excesso de intervenções, possibilitando uma relação de corresponsabilidade e não de culpa, como é de receio dos profissionais. Nessa conjuntura, práticas que reduzem a medicalização e a iatrogenia do cuidado devem configurar-se como indutoras de novas subjetividades e práticas de saúde.

Além dos fatores já relatados, foi destacado pelos profissionais as demandas, que em excesso diminui o tempo dispensado para cada usuário e, como consequência, aumenta as intervenções clínicas e a medicalização, dificultando a relação médico-paciente, favorecendo os rastreamentos (*screening*), que quando não organizados são potencialmente prejudiciais à saúde do indivíduo. Nessa premissa, é obrigação do profissional garantir atendimento integral, valorizar a escuta qualificada e o conhecimento técnico descomprometido de influências das indústrias da saúde (JAMOULLE; GOMES, 2014).

Entretanto, é consensual que o excesso de demandas dos usuários na APS causa angústia e frustração nos profissionais de saúde, seja pela dificuldade de entender ou auxiliar o indivíduo em suas reais necessidades, seja por questões socioeconômicas, de infraestrutura ou mesmo por condições de saúde, nas quais nada pode ser feito para minimizar a dor e o sofrimento. Em alguns casos se busca oferecer o conforto através da medicalização e intervenções desnecessárias como forma de buscar resolver rapidamente a situação apresentada (TESSER, 2019). Cabe destacar que o dimensionamento inapropriado, muito comum nas eSF favorecem o aumento da demanda e consequentemente da medicalização e intervenções (CARDOSO, 2015).

Considerando a demanda excessiva por atendimentos que, por vezes, prejudicam a realização e consequentemente a qualidade da anamnese, esta que para os

participantes, é fundamental para a concretização da P4, deve ser completa e priorizada não só nas consultas médicas, mas também nas consultas de enfermagem e dos demais profissionais, buscando reduzir intervenções e a medicalização. Neste contexto, faz-se necessário ampliar os momentos de escuta como ferramenta que contribui para a identificação das necessidades do paciente e consequentemente auxilia na anamnese e na interpretação dos problemas, possibilitando a construção do plano de cuidado (NORMAN; TESSER, 2015).

Como perspectiva os participantes apontam o atendimento compartilhado que pode ser alternativa para o excesso de demanda e garantia do acesso, como também para redução das intervenções desnecessárias, usufruindo de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e de outras ferramentas que possibilitem o atendimento compartilhado e interdisciplinar, haja vista que mais profissionais estarão envolvidos e serão convededores da situação de saúde daquele usuário, garantindo o atendimento integral e oportuno que deve estar presente na APS (SANTOS; FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Para os participantes da pesquisa, a atividade clínica precisa ser embasada em aspectos epidemiológicos e que permitam identificar e agir de acordo com a realidade da população atendida. É preciso atenção dos profissionais para não reduzir o cuidado a protocolos e intervenções baseadas em diretrizes que não valorizam a escuta qualificada e as particularidades dos indivíduos ou famílias (CARDOSO, 2015).

A oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como recurso de manejo da medicalização, porta a indefinição de poder significar estímulo ao autocuidado especializado, mas também ao autorreferido. Sua empregabilidade tem um positivo potencial desmedicalizador, que pode tornar uma estratégia de redução de danos (JAMOULLE et al., 2018). Destarte, as PICS podem constituir-se uma alternativa justificável em situações nas quais intervenções biomédicas significam riscos adicionais e poucos benefícios potenciais.

Os participantes apontaram o posicionamento dos gestores, por vezes político, com interesses exclusivos, de agradar a população sem conhecer os aspectos técnicos e científicos que subsidiavam as ações de saúde voltadas à P4; a rotatividade dos gestores e o não conhecimento sobre o tema apreciado, ancorados pela falta de incentivo para ações de EPS e o desconhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), importante para ampliar o conhecimento dos profissionais e a possibilidade de transformação da realidade. Ressalta-se, a falta de diretrizes que

sistematizem e avaliem esses momentos educativos, reconhecendo a sua possibilidade de mudança institucional (SILVA; SCHERER, 2020) importantes não só para a efetivação da P4 como de outras ações de produção de saúde, numa perspectiva integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A P4 representa, na APS, uma potencialidade, no sentido de reverter um modelo hegemônico de compreensão dos usuários e, mesmo, de alguns profissionais, em relação às formas de cuidar e atender os indivíduos e famílias. Ao voltar-se ao cuidado mais integral, se aposta na redução da sobremedicalização, dos sobrediagnósticos e dos sobretratamentos, que causam danos à saúde da população.

Os participantes apresentam alguns desafios para que esta prática se efetive, como a falta de EPS, a revisão das práticas profissionais de saúde e principalmente, de um (re)posicionamento da indústria, do comércio, do *marketing* e da mídia sobre a saúde. Tudo isso pode contribuir também, para a mudança de perspectiva do próprio usuário.

A pesquisa contribui para a revisão dos pontos de vista sobre a ética das profissões da área da saúde e dos prestadores do cuidado, no que se refere a rastreio, diagnóstico ou tratamento, bem como sobre a responsabilidade de todos os atores envolvidos no processo saúde-doença (incluindo o usuário). Destaca-se a importância de o indivíduo se tornar copartícipe deste processo, sem se tornar vítima de um sistema lucrativo e indiscriminado.

Ao identificar possibilidades e desafios presentes no cotidiano da equipe para o desenvolvimento da P4, evidenciaram-se os emergentes problemas que se originam com a medicalização social e com a pouca tradição com outras terapêuticas na APS, o que requer condutas interprofissionais, pautadas na competência cultural, horizontalizada e em habilidades de comunicação, sobretudo com os usuários. Assim, é necessário que os profissionais da saúde, para além dos médicos, incorporem a P4 nas suas práticas. Isso pode iniciar ainda durante a formação profissional, de modo a valorizar e investir na educação interprofissional, aliada aos processos de educação permanente, bem como na avaliação das práticas e modelos de atenção à saúde. Considera-se importante investir nos elementos técnicos, ético-filosóficos e políticos que permeiam a P4, avançando para

as relações dos profissionais e para as possibilidades de ações colaborativas e harmônicas em defesa de um cuidado ético e integral para a população.

O estudo inova ao propor uma metodologia diferenciada, a Pesquisa Apreciativa, que poderá influenciar outras investigações sobre o desenvolvimento de temas relacionados à APS, incluindo a P4, ao possibilitar a identificação de pontos fortes e desafios que norteiam o cotidiano das equipes.

REFERÊNCIAS

ALMENAS, M. *et al.* Prevención cuaternaria: como hacer, como ensinar **Rev bras med fam comunidade**, v. 13, n. 1, p. 69-83, 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1853>>. Acesso em: 12 set. 2020.

ARMSTRONG, A. J.; HOLMES, C. M.; HENNING, D. Um mundo em mudança, novamente. Como a Investigação Apreciativa pode guiar nosso crescimento. **Social Sciences & Humanities Open**, v. 2, n. 1, p. 100038-100038, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291120300279>> Acesso em: 03 dez. 2020.

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160763.pdf>> Acesso em: 05 set. 2020.

ATTENA, F. Muito remédio? Questões científicas e éticas de uma comparação entre dois paradigmas conflitantes. **BMC Public Health**, v. 19, n. 97, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-6442-9.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BORROZZINO, N. F. **Prevenção Quaternária:** Envelhecendo em sociedades medicalizadas. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2019.

CARDOSO, R. V. Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family. **Rev bras med**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015. Disponível em:<<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1117>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

COLL-BENEJAM, T. *et al.* Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. **Atención Primaria**, v. 50, p. 86-95, 2018.

Disponível em: <<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6837148&blobtype=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Manual da Investigação Apreciativa**. Qualitymark. Rio de Janeiro, 523p. 2008.

GÉRVAS J, OLIVER LL, PÉREZ-FERNANDEZ M. Medicina de Família e Comunidade e seu papel na prevenção dos excessos de saúde (preventivo, diagnóstico, terapêutico e reabilitador). **Cien Saude Colet** [online], v. 25, n. 4, p. 1233-1240, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/en_1413-8123-csc-25-04-1233.pdf>. Acesso em: 8 Jan. 2021.

GROSS, D. M. P. *et al.* Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**. Recife : v. 10, n. 4, p. 3608-3619, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/11136-24783-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/11136-24783-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

ILLICH, I. **Nemesis médica: a expropriação da saúde**. Barcelona: Barral Editores, 1975.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4 a Ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

JAMOULLE, M., et al. Implicações éticas, pedagógicas, sócio-políticas e antropológicas da prevenção quaternária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1860/947>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

JAMOULLE, M.; GOMES, L. F. Prevenção quaternária e limites em medicina. Rio de Janeiro: **Rev bras med fam comunidade**, v. 9, n. 31, p. 186-191, 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/867/626>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawhill do Brasil; 1976.

MARTINS, C. *et al.* Quaternary prevention: reviewing the concept. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, p. 106-11, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795741/>>. Acesso em: 07 set. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLSTER, C. M., et al. The Evolution of Public Health Genomics: Exploring Its Past, Present, and Future. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 247, 2018. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00247>>. Acesso em: 7 set. 2020.

NORMAN, A. H.; HUNTER, D. J.; RUSSELL, A. J. Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health. **Saude soc.**, v. 23, n. 3, p. 638-650, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00638.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: the basis for its operationalization in the doctor-patient relationship. **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/1011-Texto%20do%20artigo-7050-2-10-20150617%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/1011-Texto%20do%20artigo-7050-2-10-20150617%20(1).pdf)>. Acesso em: dez. 2020.

PEDUZZI, M; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1525.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

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. 55-85, 2016. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388/814>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SANTOS, R. A. B. G; FIGUEIREDO, L. R. U; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0694.pdf.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. VENDRUSCOLO, C; TESSER, CD; ADAMY, EK. (Org). In: **Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021. 275 p.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832020000100246&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-27, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020537.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2020.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 116, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

TESSER, C. D; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9:e00231519, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n9/1678-4464-csp-36-09-e00231519.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

5.2.2 Artigo Científico 2

Artigo Científico 2: artigo referente ao objetivo específico 4: Promover Educação Permanente em Saúde aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária.

PLANEJANDO AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA PRÁTICA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Planning Actions that contribute to the practice of the Quaternary Prevention on the Primary Care to Health

RESUMO

Este estudo tem como objetivo desenvolver um planejamento de ações que contribuam para a prática da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. Pesquisa Apreciativa realizada em um município do Extremo Oeste de Santa Catarina com a participação de nove profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ocorreram cinco encontros, no mês de julho de 2020, correspondentes as fases: *discovery* (descoberta), *dream* (sonho), *design* (planejamento) e *destiny* (destino), sendo abordadas, neste estudo, os três últimos, correspondentes às três últimas fases. Diários de campo foram usados para o registro das informações nos encontros, além da gravação dos depoimentos em áudio. O tratamento dos dados foi mediante Análise de Conteúdo. Emergiram três categorias: Organização da equipe por meio de reuniões e canais de comunicação interna; Qualificação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde; e Desenvolvimento de ações de educação em saúde. Foram planejadas, no coletivo, ações que contribuem para práticas voltadas à Prevenção Quaternária, como reuniões de equipe, movimentos de Educação Permanente em Saúde, escuta qualificada, gestão de tempo, garantia do acesso, trabalho colaborativo e reconhecimento do território. Promoveu-se o diálogo e reflexões sobre as práticas e intervenções desnecessárias/inapropriadas realizadas nos serviços, bem como seus riscos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Prevenção Quaternária, Medicina Social, Medicalização, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to develop a planning to the Quaternary Prevention that contribute to the practice on the Primary Care to Health. Appreciative Inquiry in a Far West town of Santa Catarina with the participation of nine Family Health Strategy professionals. It was happened five meetings, in July of 2020, corresponding the three stages: *discovery*, *dream*, *design* and *destiny*, with the three lasts been approached in this study, corresponding to the three lasts stages. Field journals were used to report the information on the meetings, besides the record in audio of the depositions. The treatment of the data were according the Content Analysis. In was emerged three categories: Team organization by means of meetings and channels of internal communication; Qualification of the work process on the Primary Care Health; and the

Development the actions of education in health. It was planned collectively actions to contribute of practices facing the Quaternary Prevention, like team meetings, movements of Continued Education in Health, qualifies listening, time management, access ensure, collaborative work and territory recognizing. It was promoted the dialog and reflections on the necessary/unnecessary practices of intervention made on the services, as well as their risks.

Keywords: Primary Health Care, Quaternary Prevention, Social Medicine, Medicalization, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A disposição dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) propõe uma organização e racionalização dos recursos disponíveis por meio de cuidados básicos, com ênfase nas medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Esta configuração pressupõe a necessidade do profissional que atua neste ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) rever suas práticas, por vezes, ancoradas na intervenção clínica e na medicalização excessiva, em busca da prevenção (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021).

Na prática das equipes de Saúde da Família (eSF) é comum o excesso de medidas preventivas e diagnósticas, que impulsionam atitudes, por vezes, intervencionistas e que podem implicar ainda mais demandas aos serviços de saúde. Essas atitudes são influenciadas pelo *marketing* da indústria farmacêutica e biomédica, as quais conduzem à busca excessiva de uma vida longeva, sem doença, sacrifícios e/ou responsabilidades, causando dependência de atendimento profissional (TESSER, 2020). Tais medidas e/ou atitudes interferem diretamente na relação profissional-usuário. Essa relação deve ser pautada pelo conhecimento técnico e científico do profissional, e estruturadas com base nos princípios éticos e humanizados, tornando-se assim, capazes de fortalecer o vínculo e a confiança com o usuário (COLL-BENEJAM, 2018).

Nesse contexto, para controle de possíveis excessos, apontam-se as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltadas aos profissionais que operam na APS, com vistas à resolubilidade, pautada na atenção integral e longitudinal, fundamentada no trabalho em equipe com (re)planejamento e avaliação constantes da atividade profissional, visando não causar danos ao usuário (JAMOULLE, 2015a).

Destaca-se que determinados sofrimentos, causados por situações inerentes à vida, como insônias, lutos e partos, nem sempre preveem algum tipo de intervenção que demande medicalização e/ou realização de exames. Nesses casos, a observação dos princípios da precaução e a avaliação acerca do equilíbrio entre danos-benefícios,

podem reduzir as medidas desnecessárias, que podem se tornar prejudiciais, à saúde do indivíduo assistido (TESSER; NORMAN, 2019; PIZZANELLI et al., 2016).

A Prevenção Quaternária (P4) é o quarto nível de prevenção e é considerada não linear, ao contrário dos demais níveis (primária, secundária e terciária) (LEAVELL; CLARK, 1976), pois pode ser aplicada em todos os momentos da assistência à saúde (JAMOULLE, 2015b). Por esse motivo, é preocupante o fato de não ser pauta das agendas dos profissionais na APS. Assim, cabe destacar a importância da atuação de todos os profissionais, em especial das eSF, de forma a atenuar a cultura direcionada ao atendimento médico exclusivo e com foco na doença, reforçando a competência e atribuição de cada profissional no trabalho em equipe.

As habilidades profissionais que valorizam a relação profissional-usuário-família preconizada nas políticas de saúde, podem ser úteis na prática da P4, pois facilitam a escuta qualificada, a avaliação do usuário e a situação/contexto na sua totalidade (PIZZANELLI et al., 2016), permitindo a tomada de decisão compartilhada, principalmente em casos de maior complexidade, onde os riscos de intervenções desnecessárias são maiores. Dessa forma, é possível avaliar quais as práticas de saúde que podem contribuir para evitar possíveis excessos e consequentes iatrogênias (TESSER, 2017).

O conceito de P4 chama a atenção para o reconhecimento de que, por vezes, as práticas de prevenção e a constante busca pela saúde e longevidade podem trazer mais danos do que benefícios aos usuários e à sociedade. Programas e diretrizes de rastreamento são aplicados de forma indiscriminada, principalmente na população saudável e assintomática, com dispensação imprecisa de recursos financeiros e de pessoal de saúde, deslocando dos que realmente necessitaram. Por sua vez, os profissionais da APS, responsáveis por acolher e atuar diante das demandas dos usuários, precisam conhecer e agir eticamente frente à pressão e às influências da busca incessante por atendimento de cunho intervencionista na saúde (MODESTO, 2019; PIZZANELLI, 2015; CARDOSO, 2015).

Com base nessas reflexões, o estudo teve como objetivo desenvolver um planejamento de ações que contribuam para a prática da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo participativo de abordagem qualitativa, com base na Pesquisa Apreciativa (PA). A *Appreciative Inquiry* (IA) originou-se nas áreas da administração e gestão (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006) e é constituída por quatro fases, designadas como “ciclo 4D”, na língua inglesa: *discovery* (descoberta), *dream* (sonho), *design* (planejamento) e *destiny* (destino) (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018). Tem por objetivo instigar o desempenho e práticas dos participantes da pesquisa, qualificar o diálogo, compartilhar objetivos e potencializar o que há de melhor, gerando atitudes positivas (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

O estudo foi realizado em um município do Extremo-Oeste do estado de Santa Catarina e contou com a participação de nove profissionais de uma eSF, Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Todos os participantes eram de nível superior e atuavam na equipe há mais de dois anos, sendo eles: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, duas psicólogas, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e um farmacêutico. Foram excluídos os profissionais, que por algum motivo, estavam afastados de suas funções no período da coleta de dados.

A pesquisa foi realizada em cinco encontros pedagógicos, que ocorreram no mês de julho de 2020. Participaram nove profissionais, mas em média cada encontro contou com a presença de seis participantes, tendo duração aproximada de duas hora e trinta minutos. Os encontros foram realizados nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O primeiro e o segundo encontro corresponderam à fase da descoberta, o terceiro à fase do sonho, e o quarto e quinto encontros, às fases do planejamento e destino, respectivamente.

Neste artigo, serão analisados e discutidos os resultados dos três últimos encontros, que na PA representaram as etapas do sonho, planejamento e destino. Essas fases possibilitam a construção e transformação da realidade vivida, mediante problemas apontados como oportunidade para melhorar as práticas, construindo metas coletivas a serem implantadas, de acordo com as possibilidades da equipe (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Na fase do “sonho” (*dream*), os participantes construíram, coletivamente, possibilidades para o futuro, buscando melhorar o cenário de ações voltadas à P4 no cotidiano da equipe, ainda que as preposições parecessem difíceis de serem alcançadas; foi o momento de sonhar/imaginar sem impedimentos (SOUZA; MCNAMEE;

SANTOS, 2010). Após uma dinâmica de aquecimento, a qual possibilitou a equipe identificar e visualizar a importância do trabalho colaborativo, foi retomada a atividade reflexiva proposta no encontro anterior e realizada em casa pelos participantes, neste caso, foram oferecidos estudos de caso que possibilitam ações de P4 pela equipe. A atividade reflexiva busca viabilizar a reflexão acerca do objeto do estudo e corrobora na estratégia para preparar o encontro seguinte (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018). Na sequência foram introduzidas duas questões disparadoras, com o objetivo de auxiliar e nortear a fase de sonho: 1. O que é possível mudar no serviço prestado pela equipe que favoreça ações voltadas à P4? 2. Quais ações de P4 poderiam ser implementadas na realidade do serviço? Os participantes foram convidados a imaginar e descrever o melhor cenário, ou seja, as futuras ações a serem implementadas com vistas a ações de P4 no município.

Na fase de “planejamento” (*design*), os participantes realizaram o planejamento das ações para a efetivação dos sonhos no futuro. Utilizando de objetivos desafiadores identificados pelo grupo, foi possível planejar ações e estratégias com vistas a resultados positivos para o futuro. O planejamento considera a realidade e a disponibilidade de recursos (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Nela, os participantes exploram a questão essencial: “Como seria a aparência de nossa organização, caso fosse delineada de todas as formas possíveis a fim de maximizar suas qualidades de núcleo positivo e de permitir a realização acelerada de nossos sonhos?” (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006, p.31). Ao avaliar o que mudariam e o que manteriam na organização do trabalho em equipe para alcançar os sonhos propostos no encontro anterior, os participantes identificaram as ações/attitudes que a equipe precisa desenvolver para alcançar os sonhos elencados. Assim, foi possível organizar as ações conforme a necessidade e a realidade, planejando como seriam realizadas e quais pessoas necessitariam estar envolvidas.

Na fase do “destino” (*destiny*), os participantes utilizaram matrizes de intervenções, para programar as estratégias e definir a atuação de cada membro da equipe. Nessa etapa, os objetivos mais desafiadores foram delineados pelo grupo, tornando-se motivadores para que a equipe alcance resultados positivos no futuro (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Com isso, foi realizado o planejamento de como os sonhos do grupo podem ou não ser concretizados diante da realidade local,

aproveitando os pontos fortes identificados durante os diálogos nas fases anteriores (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

As matrizes foram produzidas de acordo com os sonhos e planejamentos nos encontros anteriores, e foram discutidas e pactuadas pela equipe de acordo com as possibilidades e realidade. A partir desta atividade a moderadora desenvolveu três Infográficos, com vistas a delinear ações sobre P4 na APS, destinados a profissionais desta e de outras equipes, podendo ser adaptados de acordo com a realidade de outros serviços. A infografia é caracterizada por um compilado de informações que recebem o suporte de imagens, através da consolidação de uma comunicação simples e, ao mesmo tempo, complexa, é uma criação gráfica que utiliza recursos visuais (desenhos, fotografias, tabelas etc.) e pode se dar por meios impressos, denominados estáticos ou de mídia, infográficos animados ou interativos (SOUZA, 2016, KNOLL; FUZER, 2019).

O registro dos encontros foi realizado em diário de campo, contendo notas descritivas e analíticas, sendo também, realizada gravação dos depoimentos em áudio, após consentimento. Estas foram, posteriormente, transcritas, na íntegra.

O tratamento dos dados foi realizado mediante Análise de Conteúdo (MINAYO, 2014) seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. Após analisados, os dados foram organizados em três categorias principais, que expressam ações que contribuem para o planejamento da prática de P4 pela equipe: “Organização do trabalho em equipe”; “Qualificação dos processos de trabalho na APS”; “Desenvolvimento de ações de educação em saúde.”

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número 3.375.951, de 06 de junho de 2019 e o anonimato das participantes foi preservado, mediante o uso de letras que representam a inicial da categoria profissional (M - médico, E - enfermeiro, CD - cirurgião dentista, P - psicóloga, FA - fisioterapeutas, N - nutricionista e FO - farmacêutico) e números sequenciais, devido a existência de mais de um participante da mesma categoria.

RESULTADOS

Os profissionais da equipe identificaram que para planejar práticas voltadas à P4 na APS há necessidade, primeiramente, de **organização do trabalho em equipe** por meio de reuniões e canais de comunicação interna, a fim de gerenciar o processo de

trabalho da equipe de forma colaborativa, facilitar a comunicação com o compartilhamento de informações sobre o fluxo do serviço e sobre os usuários, reconhecer os dados epidemiológico do território. A fim de estabelecer medidas voltadas às reais demandas existentes e ações intersetoriais, identificou-se a necessidade de realizar estudos de casos e Planos Terapêuticos Singulares (PTS). Destaca-se a dificuldade encontrada pela equipe para efetivação dessas práticas, tanto relacionados ao espaço, tempo apropriado ou dispensado pela equipe, quanto a dinâmica estrutural desses encontros. Essas estratégias auxiliariam a reduzir as intervenções clínicas desnecessárias e possíveis danos aos usuários, como expressam os depoimentos abaixo:

“[...] primeiro criar espaço para esses momentos, alguém da própria equipe, trazer alguém de fora, ter espaço para essa discussão e treinamento da equipe [sobre a P4] [...]”. (N1).

“[...] a realidade é que minha postura é atender paciente, não tem uma postura de equipe, de reuniões, atender paciente e atender paciente [...]”. (M1).

“[...] reuniões de equipe [...] todo mundo precisa falar da mesma forma, saber como funciona os atendimentos [...] não fragmentar o cuidado [...], discussão de PTS [...]”. (FA2).

“[...] rastreamento de dados epidemiológicos, focar em atividades que realmente a população necessita, não ficar investindo naquilo que não precisa [...]”. (D1).

“[...] depende o que você considera reunião [risos], acho que faz mais de dois anos, agora com a pandemia é que nos reunimos, para organizar os serviços [...] às vezes chega um colega de trabalho e pergunta: como funciona isso? Essa pergunta já escancara que não existe um canal de discussão interna, eu não vejo nenhum avanço se não houver uma linha afinada de trabalho entre gestão e equipe e mesmo a população, que não entende que precisamos parar para organizar o processo [...]”. (E1).

Outra possibilidade elencada no planejamento de práticas voltadas à P4 foi a **qualificação dos processos de trabalho na APS**, por meio de EPS, com base na escuta qualificada e acolhimento, na gestão de tempo e na garantia de acesso aos cuidados em tempo oportuno, no atendimento compartilhado e na decisão compartilhada com o usuário, evitando encaminhamentos e práticas desnecessárias ou inadequadas.

“[...] tempo adequado de consulta para melhorar a escuta [organização da agenda] e acolhimento qualificado [...]”. (P1).

“[...] tem que preencher papéis fazer receitas, anamnese exame físico, se você pegar o tempo e coloca a média de 18 consultas, paciente entra na sala você vai abrir prontuário você tem seis ou sete minutos por paciente, então é um tempo muito reduzido para você querer fazer qualquer ação, esse que é o meu problema [...]”. (M1).

“[...] discutir em equipe o modo de como isso tem que ser feito, organizar a agenda e o acolhimento [...] telefonema, WhatsApp, escuta qualificada já no momento do agendamento [...]”. (D1).

“[...] realizar a escuta qualificada, que é ouvir o paciente antes de solicitar exames; e criar PTS [...], o que ele pode e o que não pode estar fazendo, ensinar como fazer [...]”. (N1).

“[...] a qualificação da escuta vai ter que ser trabalhada na dinâmica de educação permanente, porque a escuta não começa a partir que o paciente entra no posto, muitas vezes já começa quando o motorista vai buscar o paciente [...]”. (FA2).

“[...] muitas vezes se a gente consegue organizar esse tempo, evita até o retorno do paciente, evita encaminhamentos desnecessários [...]”. (FO1).

O desenvolvimento de **ações de educação em saúde**, no ideário dos profissionais, foi percebido como outra possibilidade para planejar práticas voltadas à P4 entre a equipe. Os profissionais sinalizam: a importância de qualificar as informações sobre a P4 para a população e de criar dispositivos de educação em saúde aos usuários, ampliando os espaços pedagógicos para fortalecer a P4. Assim como vislumbram que a P4 necessita da compreensão e mudança de comportamento e cultura por parte da população, e que um canal em mídias sociais poderia facilitar essa comunicação, até mesmo para promoção da saúde.

“[...] acompanhamento de pacientes com polifarmacoterapia (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, dislipidemia...) com oficinas multiprofissionais e após uma reprodução da oficina com os usuários, que eles possam estar indo nas comunidades e reproduzindo o que eles aprenderam. Estudos individuais e coletivos sobre o uso exacerbado de psicotrópicos que serão realizados em equipe [...]”. (FO1).

“[...] informar a população sobre a importância da P4 e o que é a P4 [...]”. (M1).

“[...] criar um canal nas mídias sociais para repasses informativos de saúde, informar a população sobre P4 e o que é a P4, para não ficar a cobrança somente para o profissional, é importante a população também saber sobre os riscos [...].” (FA1).

“[...] utilizar espaços intersetoriais para a promoção de saúde [...]”. (E1).

Com base nos depoimentos, nas matrizes de intervenções e nas notas do diário, resultantes do movimento pedagógico realizado com a equipe, o quadro 1 apresenta de forma sistematizada os resultados da pesquisa, ilustrando as ações voltadas à prática da P4, segundo as fases da PA: sonho, planejamento e destino.

Quadro 1. Matriz de Intervenções voltadas à prática da P4, mediante aplicação das fases sonho, planejamento e destino da Pesquisa Apreciativa - Santa Catarina, 2020.

| Temática de análise | Sonho | Planejamento | Destino |
|---|--|--|---|
| Gerenciamento do processo de trabalho da equipe e fluxo do serviço | Promover e qualificar o trabalho em equipe e fluxos do serviço | <ul style="list-style-type: none"> - Os momentos de reunião devem ser pensados e organizados por todos - Tornar um momento de troca de ideias e experiências - Participação do gestor | <ul style="list-style-type: none"> - Definir as temáticas das reuniões - Utilizar PTS para a discussão de casos - Construir fluxogramas de atendimento - Espaço semanal para discussão de casos - Momentos de troca com a gestão |
| Qualificação dos processos de trabalho na APS | Garantia do acesso à um atendimento qualificado | <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de dados Epidemiológicos | <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar dados epidemiológicos para desenvolver ações voltadas as reais necessidades da população e da equipe - Identificar pacientes em uso prolongado de psicotrópicos |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| | | profissionais | a diminuir intervenções clínicas e medicamentosas |
| Ações de educação em saúde | Promover a educação para mudança de comportamento e cultura | <ul style="list-style-type: none"> - Atividades individuais e coletivas | <ul style="list-style-type: none"> - Atividades sociais de prevenção primária - Criação de grupos de apoio multidisciplinares - Grupos com uso de terapias alternativas |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Orientar e envolver os líderes das comunidades e outros setores | <ul style="list-style-type: none"> - Construir vínculo com outros setores da gestão - Capacitar os líderes de comunidade e ACS - Vídeos informativos na sala de espera - Utilizar espaços intersetoriais para a Promoção da saúde - Criar canal nas mídias sociais para repasse de informativos sobre saúde, serviços e P4 |
| | Educação Permanente | - Momentos de EPS | - Elaborar Plano de EPS para a equipe |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Para cada sonho do grupo foi realizado um planejamento, contemplando objetivos para o destino, de forma a viabilizar a mudança, considerando a realidade e os recursos locais. Foi através destes dados que os infográficos foram elaborados com o auxílio de um aplicativo em plataforma gratuita, contendo conteúdo textual e visual das proposições dos participantes para a prática da P4 na APS. Este passará por validação que será feita por juízes e posteriormente, explorado com a equipe em ações de EPS.

DISCUSSÃO

O estudo permitiu planejar ações que contribuem para práticas voltadas à P4, como a organização do trabalho em equipe, o desenvolvimento de canais de comunicação interna, a qualificação dos processos de trabalho na APS e o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Nessa perspectiva, os profissionais chamam a atenção para a importância das reuniões de equipe, que podem ser úteis, inclusive, para desenvolver movimentos de EPS escuta qualificada; gestão do tempo; garantia do acesso; trabalho colaborativo; decisão compartilhada e reconhecimento do território. Tais direcionamentos poderão auxiliar na compreensão e em mudanças de comportamento da equipe e, por conseguinte, da população, favorecendo a P4.

Nos cenários da APS, planejar práticas voltadas à P4, com o objetivo de evitar ou atenuar possíveis consequências dos excessos decorrentes de intervenções clínicas,

por vezes, até mesmo, desnecessárias, consiste num desafio, pois trata-se de uma temática ainda permeada por dúvidas e questionamentos, sobretudo em relação à corresponsabilização dos profissionais, dos usuários e da gestão dos serviços, e mesmo, da sua aceitação. Além disso, o ideário da garantia de benefícios oferecidos pela prevenção, gera uma falsa expectativa de que certas medidas, como tratamentos farmacológicos preventivos de fatores de risco, garantem longevidade, ocasionando uma falsa segurança ao usuário (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021b). Assim, questiona-se: como lidar com as pressões exercidas pela indústria e o marketing da saúde? Como corresponsabilizar o usuário pela sua saúde, investindo em decisões compartilhadas com os demais profissionais? Como motivar a equipe para práticas de P4, diante da demanda vultosa e expressiva de fármacos e exames preventivos? Foi com base nesses questionamentos e na identificação do seu potencial coletivo e colaborativo que a equipe sonhou e planejou possíveis ações, que contribuíssem com as práticas voltadas à P4, considerando a realidade vivenciada.

Em busca de provocar mudanças na prática assistencial, a formação emerge como caminho essencial com base na prática colaborativa, forjada na corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores. Dessa forma, a organização da equipe e as relações de trabalho perpassam pela necessidade de preparo e apoio da gestão, donde a colaboração entre especialidades, compartilhamento de saberes e cumprimento de tarefas teóricas e práticas devem considerar as dimensões do poder, do conhecimento e do cuidado (PIRES et al., 2019; VENDRUSCOLO et al., 2017). Nessa direção, o trabalho em equipe é essencial para o desenvolvimento de ações de P4, retirar a ideia do corporativismo profissional sobre as decisões terapêuticas e envolver o usuário no processo de decisão melhora a qualidade dos serviços prestados, otimiza as chances à adesão do plano de cuidados, que deve estar centrado na pessoa, diminuindo as práticas intervencionistas (GROSS et al., 2016).

Para tanto, a organização do trabalho em equipe, com reuniões de planejamento e de canais de comunicação interna, de maneira estruturada, são ações que auxiliam para estabelecer objetivos comuns, metas concretas e coerentes a realidade do serviço e da população adscrita. Os participantes identificaram a necessidade de mudança de atitude da equipe. A valorização do trabalho colaborativo, a comunicação eficiente, o envolvimento de todos na fase do planejamento, foram noções que revelaram a importância de uma equipe que opere com as necessidades e as demandas identificadas

na realidade do serviço. Para esses momentos se tornarem efetivos, é preciso periodicidade e participação de todos os profissionais, inclusive da gestão (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Cumpre destacar que envolver também a gestão, sempre é fundamental, quando se deseja a melhoria dos serviços prestados (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Os participantes também, reconheceram a importância do desenvolvimento do cuidado pautado nos dados epidemiológicos do território, a fim de entender e atuar de forma precisa nos condicionantes de saúde, porém, admitem que essas ferramentas nem sempre são possíveis de serem utilizadas. As barreiras elencadas pelos pesquisados estão, muitas vezes, atreladas a burocratização dos sistemas de informação, aliados aos desvios acarretados pela elevada demanda do serviço, tornando esse tipo de ação pouco difundida pelas equipes e fazendo com que esses dados sejam apenas de importância epidemiológica, pouco debatidos nas reuniões de equipe ou utilizados na prática profissional (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A qualificação do processo de trabalho dos profissionais, de forma a estruturar o atendimento de acordo com a realidade do serviço, é um dos aspectos que devem fazer parte das discussões e do planejamento das equipes. O tempo adequado para o atendimento, com acolhimento e escuta qualificada, surge como um nó crítico nos serviços de saúde, pois é no momento da consulta que o indivíduo expõe suas queixas sob a interlocução do profissional, com intuito de chegarem a um diagnóstico que, por vezes, desencadeia um quadro de intervenções dependentes de exames e medicações. Nesse sentido, o momento destinado à consulta deve ocorrer de forma a favorecer a decisão compartilhada entre profissional-usuário e a demora permitida, com o entendimento que não será o primeiro nem o último contato estabelecido entre as partes e que outras ações poderão ser adotadas, posteriormente (PIZZANELLI et al., 2016).

Para tanto, a hora da consulta/atendimento que é considerado o momento mais propício para que ocorram os excessos de intervenções, deve ocorrer de forma a favorecer e comtemplar por todos os profissionais, mas em especial os prescritores, os momentos de: “acolhida; escuta; investigação; elaboração da interpretação diagnóstica; socialização dessa interpretação; proposição, pactuação e execução do tratamento” (TESSER; LUZ, 2018, p. 6). Esses movimentos favorecem ações de P4 ao definir um plano de cuidados onde não ocorram intervenções desnecessárias ou não justificáveis. Atitudes como essas também, permitem a efetivação da P4 ao possibilitar a atuação de

todos os envolvidos, em um escopo de corresponsabilidade, conhecimento e vínculo ancorados na premissa ética de “primeiro não fazer” (JAMOULE, 2015b).

A qualificação dos processos de trabalho por meio da EPS foi reconhecida pelos participantes como caminho possível para o desenvolvimento de práticas relacionadas à P4. Os encontros de EPS, mesmo durante reuniões de equipe sistematizadas, favorecem à produção de conhecimento e indução de mudanças coletivas e colaborativas, com vistas a organizar, aprender e conhecer os caminhos que possibilitem a melhoria dos serviços prestados, dentre esses o atendimento compartilhado, principalmente em casos de maior complexidade onde o risco de intervenções e iatrogenias é maior (SILVA; SCHERER, 2020; CAMPOS et al, 2018).

É preciso que os profissionais da APS reconheçam e assumam a responsabilidade de cuidar ao longo do tempo de um grupo de pessoas, considerando o seu território de abrangência, questões de saúde e doença influenciadas pelo meio. Nessa direção, a escuta qualificada foi considerada fundamental pelos participantes. Vinculada ao acolhimento, amplia o acesso e estabelece uma relação de confiança com o usuário, quando garante atendimento oportuno. Esse também foi um sonho almejado pela equipe. A escuta qualificada visa o respeito pela autonomia do usuário na tomada de decisão, compartilhando os saberes e propiciando ações de P4 ao diminuir as intervenções clínicas por meio de medicações e exames (ORTIZ LOBO, 2019).

Seguindo a premissa de garantia do acesso, é importante identificar a íntima relação da acolhida com a escuta, que permite a manifestação do usuário como protagonista da, potencializando a capacidade de decisão compartilhada entre profissional e usuário. Dessa forma é possível garantir o acesso e evitar intervenções desnecessárias, afinal, é no momento da escuta que o profissional reúne a maior parte dos dados para a investigação e para o diagnóstico, configurando-se o acolhimento como propício para diminuir ações tendenciosas que induzem à sobremedicalização e a iatrogenia (TESSER; LUZ, 2018; TESSER, 2019).

A garantia de acesso aos cuidados em tempo oportuno foi considerada importante para efetivação das práticas de P4, pois contribui para a construção do cuidado adequado com redução das iniquidades em saúde (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). É preciso atentar para abordagens criativas que ampliem a resolubilidade dos serviços, como organização do tipo de acesso e das agendas dos profissionais com tempo adequado, de forma oportuna e longitudinal, visando atender

às particularidades das situações agudas e crônicas, que demandam atitudes e tempo diferenciados (NORMAN; TESSER, 2015a). Para a primeira, a intervenção pode ser aceitável, mas para a segunda exige-se uma postura dinâmica, centrada nas pessoas e no favorecimento do autocuidado, atenuando as cascatas de exames e de medicalização (GÉRVAS, 2006).

Faz-se necessário, diante do exposto, reavaliar também, o sistema de acesso nos serviços na APS, em especial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando melhor resolubilidade, mediante reorganização do dimensionamento dos usuários adscritos e de profissionais, assim como, investir na qualificação profissional para a construção do plano de cuidados adequado ao contexto singular de cada usuário. Na APS, são recorrentes as situações crônicas, que exigem do profissional uma postura protetora, que deve ser fundamentada na demora permitida (monitorar os indivíduos com sintomas e sinais inespecíficos por um período, observar a evolução da doença, sem intervir) (NORMAN; TESSER, 2015a) e ancorada em ações de autocuidado que favorecem a terapêutica, haja vista a facilidade de acesso e a longitudinalidade do cuidado na APS (NORMAN; TESSER, 2015b).

O significado de prevenção de doenças presente no ideário dos usuários e dos profissionais, fruto da cultura biomedicista, alimentados pela mídia ao promover campanhas de doença, tratando pessoas sãs, contribui significativamente para o aumento da demanda nos serviços de saúde e para prática clínica invasiva e intervencionista (MARTINS et al., 2018). Por vezes, as rotinas adotadas na APS são baseadas em atendimentos preventivos, com base em protocolos e diretrizes que individualizam a prevenção e fragmentam o cuidado; deixa-se de atender as pessoas que estão realmente doentes, como comumente é identificado quando não há espaço para situações agudizadas nas agendas (JAMOULLE, 2015a).

Faz-se necessário apostar em ações de educação em saúde para levar ao conhecimento da população os serviços prestados pela equipe e sua organização, propiciando conhecimento sobre a P4 e outras formas de prevenção através de alternativas atuais, como o uso da mídia, que está cada vez mais presente e determinante nas escolhas de saúde (ALMENAS et al., 2018). No entanto, é preciso atenção também, em relação as ações preventivas que, por vezes, induzem ao dano, não sendo aceitáveis ou justificáveis, pois podem estimular a sobremedicalização e os sobretratamentos (MODESTO, 2019). A P4 tem relação com a parte da medicalização social derivada do

cuidado clínico-sanitário: quanto mais P4, menor a medicalização excessiva, derivada da ação profissional e institucional (TESSER; VENDRUSCOLO, 2021a). Dessa forma, busca-se o entendimento de que algumas situações de saúde não demandam intervenções, como por exemplo, resfriados, insônia, menopausa, luto e partos, bem como outros problemas comuns da vida que causam medo e, assim, demandam atendimento profissional e intervenções (PIZZANELLI et al., 2016).

Aos profissionais, cabe reconhecer o seu papel, atuando de forma comprometida e com capacidade para atuar frente às incertezas compreender que alguns usuários aceitarão a não-intervenção, mas outros demandaram muito mais tempo, energia e dedicação (MAÑERU; GEA; CAMPO, 2018). Por isso é importante considerar o vínculo, pois a P4 é dependente de uma efetiva interação profissional-usuário. Para as equipes multiprofissionais da APS, orientadas pelas reflexões e levantamento de ações diagnosticadas como favoráveis e que consideram a premissa de “primeiro não fazer” preconizada pela P4, recomenda-se utilizar do acompanhamento longitudinal e a demora permitida, com base no vínculo e na confiança. Este deve ser estabelecido entre profissional-usuário e contribui fortemente para o desenvolvimento de ações nessa direção, protegendo-os do intervencionismo diagnóstico e terapêutico aplicado de forma indiscriminada nos serviços atualmente (MARTINS et al., 2018; MANGIN; HEATH, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa oportunizou refletir e desenvolver com a equipe um planejamento de ações que contribuem para a prática da P4 na APS. Reconheceram-se a importância de evitar as práticas e intervenções desnecessárias realizadas nos serviços, com vistas a incentivar o investimento em ações que identifiquem as necessidades da população adscrita, atenuando a postura intervencionista dos profissionais, pois estas não só expõem os usuários a danos como também acarretam uma demanda difícil de ser atendida. É preciso considerar, entretanto, que a popularização das medidas preventivas é aceita pela população como um bem favorável.

Assim, ainda que a P4 seja voltada à postura profissional, a educação em saúde pode contribuir para a efetivação desse nível de prevenção, pois a população precisa conhecer os riscos de intervenções abusivas. A construção de espaços de ação e de

reflexão sobre a prática, responsabilizando os atores envolvidos, é fundamental para a construção e evolução da equipe nessa perspectiva.

REFERÊNCIAS

ALMENAS, M. *et al.* Prevención cuaternaria: como hacer, como ensinar **Rev bras med fam comunidade**, v. 13, n. 1, p. 69-83, 2018. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1853](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1853)>. Acesso em: 12 set. 2020.

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160763.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2020.

CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. de C.; SILVA, K. L. Educação permanente: discursos dos profissionais de uma Unidade Básica. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180172.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

CARDOSO, R. V. Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family. **Rev bras med**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015. Disponível em:<<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1117>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

COLL-BENEJAM, T. *et al.* Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. **Atención Primaria**, v. 50, p. 86-95, nov. 2018. Disponível em: <<https://europemc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6837148&blobtype=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

COOPERRIDER D. L.; WHITNEY D. **Investigação apreciativa**: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GÉRVAS, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. **Gac Sanit**, v. 20, n. 1, p. 127-134. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/55499/Downloads/Moderacion_en_la_actividad_medica_preventiva_y_cur.pdf>. Acesso em: 7 set. 2020.

GROSS, D. M. P. *et al.* Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**. Recife : v. 10, n. 4, p. 3608-3619, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/11136-24783-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/11136-24783-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015a. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1064/697>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **Int J Health Policy Manag**, v. 4, n. 2, p. 61-64, 2015b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322627/>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

KNOLL, G.F.; FUZER, C.; Análise de Infográficos da esfera publicitária: Multimodalidade e Metafunção Composicional. **Alfa, rev. linguist.**, v. 63, n. 3, p. 583-608, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/alfa/v63n3/1981-5794-alfa-63-3-0583.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawhill do Brasil; 1976.

MAÑERU, E. M.; GEA, L. B.; CAMPO, R. R. Conceptos. Medicina mínimamente disruptiva. **Atencion primaria**, v. 50, n. 2, p. 4-12, 2018. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718305663>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MANGIN, D.; HEATH, I. Multimorbidity and quaternary prevention (p4). **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-5, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1069/695>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

MARTINS, C. *et al.* Quaternary prevention: reviewing the concept. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, p. 106-11, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795741/>>. Acesso em: 07 set 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^aed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MODESTO, A. A. D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. **Rev bras med fam comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1781, 2019. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1781/968>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

NORMAN, A.; H, TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, v. 24, n. 1, p. 165-79, 2015a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0165.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2020.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Quaternary prevention: the basis for its operationalization in the doctor-patient relationship. **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015b. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/1011-Texto%20do%20artigo-7050-2-10-20150617%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/1011-Texto%20do%20artigo-7050-2-10-20150617%20(1).pdf)>. Acesso em: dez 2020.

ORTIZ LOBO, A. Contra a prevenção da saúde individual de sofrimento mental. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid**, v. 39, n. 135, p. 177-191, 2019. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0177.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

PEDUZZI, M; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1525.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

PIRES D. E. P. *et al.* Gestão em Saúde na Atenção Primária: o que é tratado na literatura. **Texto contexto Enferm**, v. 25, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20160426.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2020.

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. 55-85, 2016. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388/814>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PIZZANELLI, M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-7, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1068/713>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-3283202000100246&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SOUZA, V. L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicol Soc**, v. 22, N. 3, p. 598-607, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a20.pdf>>. Acessado em 5 jan. 2020.

SOUZA, J. A. de C. de. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 11, n. 2, p. 190-206, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bak/v11n2/2176-4573-bak-11-02-0190.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

TESSER, C. D.; VENDRUSCOLO, C. Prevenção Quaternária e Promoção da Saúde: relações e Convergências. In: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). **Prevenção Quaternária**: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá; 2021a.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas rationalidades médicas. **Physis**, v. 28, n. 1:e280109, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n1/0103-7331-physis-28-01-e280109.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0361.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23:e180435, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180435.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

TESSER, C. D. Convergences between quaternary prevention and health promotion. **Rev bras med fam comunidade**, v. 15, n. 42: 2515, 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/2515-Texto%20do%20artigo-14643-2-10-20210105%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/2515-Texto%20do%20artigo-14643-2-10-20210105%20(1).pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-27, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020537.pdf>>. Acesso em: 04 abr 2020.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 116, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

TESSER, C. D.; VENDRUSCOLO, C. Prevenção quaternária e promoção da saúde: relações e convergências. In: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). **Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2021b.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração Ensino-Serviço em Saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4: e20170060, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180237.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

5.2.3. Capítulo de Livro do 3º E-book da UDESC

Capítulo referente aos objetivo específicos 2 e 3: Construir, com base nas demandas dos profissionais, Infográficos sobre a Prevenção Quaternária; Validar o conteúdo e a aparência dos Infográficos sobre a Prevenção Quaternária.

INFOGRÁFICO: TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTRODUÇÃO

Como tema tangencial nas agendas e nas práticas dos profissionais, a Prevenção Quaternária (P4) tem sua origem na Atenção Primária à Saúde (APS) e vem ganhando espaço nas discussões, em nível nacional. Propõe reduzir os excessos de medidas preventivas e diagnósticas que impulsionam atitudes intervencionistas e que acarretam ainda mais demanda nos serviços de saúde (TESSER, 2017). Com a constante evolução da área da saúde, algumas práticas vêm se tornando cada vez mais invasivas e

angariando seguidores que, influenciados pelo *marketing* e pela indústria da saúde, criam expectativas irreais de bem-estar pleno, qualidade de vida sem sacrifícios, convencendo usuários de que a medicina (como núcleo de conhecimento ainda central na área da saúde) é capaz de resolver ou prevenir qualquer situação de doença. Tal ideário favorece o crescente intervencionismo clínico e medicamentoso evidenciado nos serviços de APS, atualmente (ATTENA, 2019). As condutas preventivas exageradas podem implicar sobrediagnósticos e sobretratamentos que, na maioria das vezes, não trazem benefícios ao usuário e, ainda, podem acarretar danos (COLL-BENEJAM et al., 2018).

Os níveis de prevenção, reconhecidamente, são classificados em: prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1976). Mais recentemente, a P4 emerge como uma demanda que confluí com os demais níveis preventivos e aplica-se em todos os momentos da assistência à saúde (BRODERSEN; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2014). Sua aplicabilidade depende dos profissionais da equipe de saúde, que têm a obrigação ética de evitar o intervencionismo clínico em exagero (CECCIM, 2018; TESSER, 2019).

O apego aos benefícios da prevenção de doenças é alimentado pelos pacientes, pelos profissionais e pela indústria da saúde, e torna-se cada vez mais atraente pela mídia e meios de comunicação. Estes popularizam as ações, por vezes, sinalizando uma dificuldade em diferenciar o processo saúde-doença, como ciclo natural do indivíduo e dos fatores de risco, que são decorrentes de excessos de intervenções diagnósticas, sobremedicalização e de tratamentos desnecessários. Essas condutas supervalorizam o intervencionismo e subestimam a capacidade, principalmente do indivíduo, em lidar com sua saúde e de buscar por uma postura promotora da saúde (MARTINS, 2018).

É importante destacar as relações entre a promoção da saúde e a P4, que ocorrem por duas vias. Uma delas é a relação de ambas com o processo de medicalização social, caracterizado pela conversão de situações que poderiam ser manejadas autonomamente em doenças, transtornos ou riscos, abordados profissionalmente. Mediante tal perspectiva, quanto mais exitosas as ações de promoção da saúde e de P4, menor a medicalização social derivada do cuidado clínico-sanitário; já quanto maior a intensidade e velocidade da medicalização social, maior a necessidade de promover a saúde e prevenir a doença em um nível quaternário. A outra via tem a ver com a promoção da saúde e a sua relação com as ações preventivas redutivas e aditivas. A

primeira refere-se à redução do risco de adoecimento por diminuir fatores de risco como obesidade, tabagismo e hipertensão, envolvendo ações de prevenção primária; já a prevenção aditiva é voltada a utilização de meios artificiais, como vacinas, medicações e rastreamentos (TESSER, 2020; ROSE, 2010). Assim, reconhecer que existem outros fatores determinantes de saúde como, fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais, comportamentais e biológicos é importante para elaborar ações preventivas e reduzir o excesso de intervenções, influenciando diretamente, na efetivação da P4 (MOLSTER et al., 2018; BORROZZINO; FONSECA, 2019).

A incorporação de ações preventivas nas práticas de saúde avançou consideravelmente no século XX, principalmente a partir dos tratamentos preventivos farmacológicos, como, por exemplo, as estatinas, que têm como propósito a redução dos níveis de colesterol. A magnitude da P4, assim como as exigências éticas e técnicas relacionadas com a sua efetivação no âmbito das práticas em saúde, desdobram-se em vários aspectos e exigem o domínio de uma série de tecnologias, que, por vezes, são pouco conhecidas e manejadas pelos próprios profissionais, além do investimento na relação profissional-usuário, da experiência profissional, da atualização técnica sobre evidências e da contextualização dos cuidados na cultura e nas preferências dos usuários. Dessa forma, o conceito de P4 foi desenvolvido operacionalmente pelos médicos de família e comunidade e, mais recentemente, atraiu o interesse da equipe generalista, sobretudo dos profissionais prescritores, que assistem à um conjunto de pessoas com diversos tipos de problemas de saúde ao longo do tempo (VENDRUSCOLO et al., 2020).

Com base na necessidade de promover a discussão e disseminar noções básicas sobre a P4 entre a equipe que atua na APS, buscou-se desenvolver Tecnologias Educacionais (TE), do tipo Infográficos. No âmbito da educação, principalmente da Educação Permanente em Saúde (EPS), através da divulgação e da aprendizagem da ciência na mídia, o Infográfico é uma ferramenta de textualização em formato escrito-visual, apurado e adequado (SOUZA, 2016), que acompanha ou substitui um texto informativo. É simples, mas ao mesmo tempo dinâmico, capaz de despertar o raciocínio lógico e a escrita (SCAGLIONI; CAMILLO, 2016).

Este capítulo atende a dois dos objetivos de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Mestrado Profissional que era: construir, com base nas demandas dos

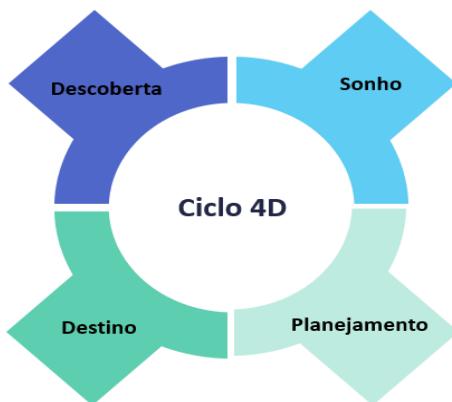
profissionais, Infográficos sobre a Prevenção Quaternária e validar o conteúdo e a aparência dos Infográficos sobre a Prevenção Quaternária.

O propósito também é relatar, passo a passo, o desenvolvimento das TE tipo Infográficos para orientar a equipe para as práticas voltadas à P4.

MÉTODOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS TECNOLOGIAS

O desenvolvimento das TE deu-se mediante uma Pesquisa Metodológica. Esse tipo de pesquisa constitui-se na produção/construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas confiáveis de pesquisa, que possam ser utilizados por outros pesquisadores a fim de elaborar um produto (POLIT, BECK, 2018). Neste caso, contou com as etapas: 1) diagnóstico da situação; 2) construção das TE; 2) validação do conteúdo das Tecnologias por juízes especialistas e público alvo. As etapas pautaram-se nos referenciais metodológicos da Investigação Apreciativa (IA), base para a construção coletiva da Tecnologia, num processo pedagógico e coletivo, composto por quatro fases, que perfazem o ciclo 4D: descoberta, sonho, planejamento e destino, na língua inglesa: *discovery, dream, design e destiny* (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018). As fases são apresentadas na Figura 1:

Figura 1: Representação do ciclo 4D da Investigação Apreciativa.



Fonte: Adaptado pelas autoras de Arnemann; Gastaldo; Kruse (2018).

Este itinerário investigativo busca estimular o potencial da equipe participante da pesquisa, melhorar o diálogo, compartilhar objetivos e metas, por meio de atitudes positivas e experiências exitosas, transformando os problemas do cotidiano em

oportunidades (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006; ARMSTRONG; HOLMES; HENNING, 2020).

A pesquisa foi realizada em um município do Extremo-Oeste do estado de Santa Catarina e contou com a participação de nove profissionais pertencentes a uma Equipe Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), todos os participantes são de nível superior e atuam na equipe há mais de dois anos, sendo eles: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, duas psicólogas, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e um farmacêutico. Foram excluídos os profissionais que no momento da realização da pesquisa estavam afastados de sua função por qualquer motivo.

Foram realizados cinco encontros para a produção das informações que serviram de base para a criação das TE, no mês de julho de 2020, os quais contemplaram todas as fases do itinerário da IA. Cada encontro teve, em média, duas horas/aula de duração e contou com a participação de cerca de seis profissionais. Os encontros foram realizados nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O primeiro e o segundo encontro corresponderam à fase da descoberta, o terceiro à fase do sonho, e o quarto e quinto encontro às fases do planejamento e destino, respectivamente.

A fim de oportunizar uma ação pedagógica, obedeceu-se à uma sequência lógica durante os encontros, garantindo tempo apropriado e a efetiva participação do grupo nos diálogos. No início de cada um, oportunizou-se um momento de aquecimento, a fim de interagir e envolver os participantes na pesquisa. Ao final dos três primeiros encontros, cada participante recebeu uma atividade reflexiva² para ser realizada individualmente, para socializar com os demais no encontro seguinte, quando era retomada e discutida no grupo. Aspectos relevantes dos diálogos também, foram registrados em Diário de Campo, mediante notas descritivas, para garantir o registro de elementos subjetivos, essenciais à análise (MINAYO, 2012) sendo também, realizada gravação dos encontros em áudio, mediante consentimento.

Para o tratamento das informações foi utilizada a análise temática de conteúdo (MINAYO, 2012) seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Durante a realização dos encontros, diferentes reflexões e ideias

² A tarefa ou atividade reflexiva consiste em atividades realizadas para viabilizar a reflexão acerca do objeto do estudo e corrobora na estratégia para preparar o encontro seguinte (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

surgiram dos diálogos, algumas ao encontro dos autores referenciados nas atividades reflexivas e outras oriundas da experiência dos atores envolvidos, mas todas elas influenciam direta ou indiretamente a prática da P4. Cumpre destacar que, devido ao referencial metodológico preconizar um processo dialógico, crítico e participativo entre os participantes da investigação, a análise das informações ocorreu concomitantemente à sua produção. Após analisados, os dados foram organizados em duas categorias principais: Percepções dos profissionais sobre P4 e Perspectivas para o desenvolvimento de ações de P4 na APS. Estas categorias são exploradas em outras publicações, oriundas do TCC.

A construção dos Infográficos fez parte da segunda etapa da Pesquisa Metodológica. Ocorreu mediante a análise e discussão dos depoimentos dos profissionais, em todos os encontros. No entanto, o terceiro, o quarto e o quinto encontros foram os que mais contribuíram para o seu desenvolvimento, pois os temas tratados deram subsídio para a construção da TE. Na IA, as etapas do sonho, planejamento e destino (desenvolvidas nesses três encontros), fomentaram a idealização de um processo de transformação da realidade do serviço, mediante os problemas que foram sinalizados pelo grupo, como oportunidade para melhorar as práticas, construindo metas coletivas a serem implantadas, de acordo com as possibilidades da equipe (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Considera-se que as TE do tipo Infográfico se configuram como produtos de uma construção coletiva, pois o conteúdo faz parte do material que emergiu de depoimentos e constatações dos profissionais que fizeram parte da investigação. Durante os encontros, os participantes identificaram a necessidade de abordar o tema também, com os usuários e, com isso, elaborou-se de um Infográfico voltado à população. Ainda, diante da necessidade constante de atualização de conteúdos e tendo em vista as preferências de parte da população aos acessos à informação, por meios digitais, a pesquisadora/facilitadora optou em desenvolver, além do infográfico tipo *folder*, um infográfico animado. Esta ideia foi bem aceita também, pelos profissionais participantes.

Com o propósito de cumprir a etapa final da Pesquisa Metodológica, a primeira versão dos três Infográficos foi encaminhada para validação de conteúdo à juízes-especialistas na área de P4, APS, *design* e TE; e validação semântica com o público-alvo, ou seja, os Infográficos 1 e 2 foram julgados por profissionais e o Infográfico 3

pela população. Para a validação do material criado foram utilizados três instrumentos de validação, com questionário validado em quatro partes: Identificação, Instruções e três blocos de questões com Escala de Likert, sendo eles: Objetivos, Estrutura e apresentação e Relevância. A escala Likert teve quatro níveis de resposta: 1. Totalmente adequado, 2. Adequado, 3. Parcialmente adequado e 4. Inadequado. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) pelos juízes-especialistas e o Índice de Concordância Semântica (ICS) pelo público-alvo, os resultados foram obtidos com a soma das respostas totalmente adequado e adequado, dividido pelo número total de respostas. A análise quantitativa foi guiada pelo Índice de IVC e ICS mínimo de 0,70, preferencialmente maior que 0,90. Os dados foram organizados e analisados em planilha do Programa Microsoft Office Excel 2010 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo do IVC e ICS:

$$IVC = \frac{\text{Número de Respostas 1 e 2}}{\text{Número total de Respostas}}$$

Em ascensão, a validação das TE vem adquirindo espaço, afirmado a importância da sua avaliação e aprovação por expertise, em especial as impressas do tipo folders, cartazes, cartilhas, manuais, cadernos de orientação ou apostilas. Esse processo contribui para sua aplicação na prática, no entanto, sabe-se que, por vezes, a validação não é realizada, pois muitos profissionais de saúde não sabem como fazer esse procedimento e, como resultado disso, acabam fazendo uso de materiais não testados e/ou validados (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

A seguir estão descritas e problematizadas as atividades desenvolvidas durante os encontros que contemplaram as quatro fases da IA: descoberta, sonho, planejamento e destino. Será dado um enfoque especial nos três últimos encontros, que, conforme já descrito, possibilitaram a construção dos Infográficos.

Cumpre destacar ainda, que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob número 3.375.951, de 06 de junho de 2019 e o anonimato das participantes foi preservado, mediante o uso de codinomes.

UM ITINERÁRIO INVESTIGATIVO E PEDAGÓGICO PARA A CRIAÇÃO DOS INFOGRÁFICOS

A Investigação Apreciativa

Nesta sessão será apresentado como as fases da IA, o ciclo 4D, contribuíram para o desenvolvimento das TE.

Identificando possibilidades: a fase da descoberta

A fase da descoberta busca identificar o melhor nos participantes a partir das suas experiências, apostando nos pontos positivos, nas conquistas do grupo e nos objetivos comuns por meio do compartilhamento das melhores experiências com o intuito de ampliar o conhecimento e modificar a realidade vivida (COOPERRIDER; WHITNEY; STRAVOS, 2008).

A fase da descoberta do ciclo 4D da IA foi contemplada em dois encontros, com o objetivo de conhecer a compreensão dos profissionais sobre a P4 e investigar (descobrir) os pontos fortes, habilidades pessoais e institucionais para o desenvolvimento de ações de P4.

No primeiro encontro, inicialmente ocorreu a apresentação da facilitadora e dos participantes, que socializaram com o grupo: nome, profissão e tempo na equipe. Em seguida, foi explicada a metodologia da pesquisa/atividade e apresentou-se os termos de consentimento para fotografias, vídeos e gravações, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (TCLE) que foram assinados pelos participantes.

No segundo encontro, que também contemplou a fase da descoberta, como forma de aquecimento, foi problematizada a Fábula da Coletividade, apresentada por Cortella (2011) no livro: Qual é a tua obra? O objetivo dessa atividade foi identificar, juntamente com os profissionais, o papel que cada um tem na equipe e as habilidades que precisa desenvolver para alcançar os objetivos comuns. Após esse aquecimento, observou-se um maior envolvimento dos participantes com as atividades sugeridas. Este momento foi realizado devido a postura tímida, adotada por alguns profissionais no primeiro encontro da pesquisa. Em seguida, foi retomada a atividade reflexiva proposta no encontro anterior, por meio de duas questões norteadoras que dispararam os

diálogos, sendo elas: 1. Que condutas (competências) profissionais você reconhece como necessárias para a realização de ações de P4? 2. Quais ações de P4 são desenvolvidas e quais poderiam ser, no seu cotidiano, individualmente ou em equipe?

Por fim, foram entregues estudos de casos com a proposição de idealizar possibilidades de ações de P4 na prática das equipes de APS. Esta foi a atividade reflexiva sugerida como tarefa para o encontro posterior.

Divagando no coletivo: a fase do sonho

Na fase do sonho, oportunizada no terceiro encontro, os participantes divagaram sobre a sua realidade de forma coletiva, construindo preposições que possibilassem identificar como seria o futuro, utilizando da fala, que significa uma forma de ação, construída de forma participativa. Trabalharam juntos, idealizando ações que pudessem melhorar o cenário sobre o tema apreciado, a P4, ainda que as preposições parecessem difíceis de serem alcançadas. Foi o momento de sonhar/imaginar sem impedimentos (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Inicialmente, a facilitadora propôs a dinâmica do *origami* para fase do aquecimento. A equipe optou por construir um barco, a orientação era que cada participante realizasse pelo menos, uma dobra do papel para construção do *origami*. Houve participação e envolvimento de todos em busca do objetivo. Alguns sabiam como fazer, outros não, alguns realizaram mais dobras visando garantir o resultado, outros acompanharam até a última dobra, orientando caso o colega não conseguisse, outros ainda, fizeram a sua dobra e não se importaram com o resultado. Ao final, o objetivo foi alcançado, sendo realizada uma segunda rodada, repetindo a atividade. Todos já estavam confiantes e envolvidos com o produto, o que possibilitou à equipe identificar e visualizar a importância do envolvimento de todos, o comprometimento em equipe e a necessidade de diferentes saberes, pois um pode contribuir com o outro.

Nessa perspectiva, vale lembrar que ao aproximar diferentes disciplinas em um mesmo setor – neste caso, a saúde coletiva – são perceptíveis os pontos de cruzamento entre elas, indicando um campo de saber único, o qual demanda habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe. Assim, atuar interprofissionalmente significa operar com áreas profissionais que contemplam diversas formações/núcleos de saber (cujas práticas devem constituir um saber comum),

dispostas a transitar entre áreas específicas, de maneira colaborativa, a fim de produzir saúde (VENDRUSCOLO et al., 2020b).

Na fase do sonho, foram retomados os estudos de caso propostos na atividade reflexiva e introduzidas duas questões disparadoras, com o objetivo de auxiliar e nortear esta fase: 1. O que é possível mudar no serviço prestado pela equipe que favoreça ações voltadas à P4? 2. Quais ações de P4 poderiam ser implementadas na realidade do serviço?

Os participantes foram divididos em dois grupos, com a tarefa de imaginar e descrever cada sonho em uma peça de um quebra-cabeça, o melhor cenário, ou seja, as futuras ações a serem implementadas com vistas a ações de P4 no município. Era livre a quantidade de sonhos por grupo, cada grupo recebeu três peças do quebra-cabeça.

O quebra-cabeça foi confeccionado a partir de uma fotografia da equipe, revelada em papel A1 (tamanho 70cm x 100cm), e recortada em forma de peças de quebra-cabeça, sendo a frente com a imagem e o verso destinado a descrever os sonhos dos participantes.

Após, cada grupo foi desafiado a apresentar seus sonhos, utilizando as peças entregues pela facilitadora. Ao final, com o encaixe das peças, foi possível visualizar a construção de um sonho, que só seria alcançado com a participação de todos. De um lado, ficaram visíveis os sonhos reunidos em cada peça e, ao virar o quebra-cabeça foi revelada a foto da equipe. Refletiu-se que os sonhos só podem ser alcançados com a união e envolvimento de todos da equipe. Com isso, foi reforçada a importância das mudanças na organização e na busca pela inovação por meio da participação, respeito e conhecimento dos sujeitos envolvidos (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Projetando os sonhos: a fase do planejamento

No quarto encontro, os participantes realizaram o planejamento das ações para a efetivação dos sonhos no futuro. Utilizando de objetivos desafiadores identificados pelo grupo foi possível planejar ações e estratégias para, de forma conjunta e organizacional, almejar resultados positivos para o futuro. O planejamento considera a realidade e a disponibilidade de recursos locais (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Os participantes imaginaram como seria a organização e o trabalho da equipe, organizado de forma a potencializar o que há de melhor no grupo e na instituição,

visando fortalecer as qualidades e estimular a conquista dos objetivos (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Organizados em dois grupos, já definidos no encontro anterior, e utilizando as ações idealizadas na fase do sonho, os profissionais identificaram quais sonhos seriam factíveis, para operacionalizá-los, mediante ações efetivas. Eles foram instigados a avaliar o que mudariam e o que manteriam na organização do trabalho da equipe para alcançar os sonhos propostos no encontro anterior. Também, identificaram as ações/attitudes que a equipe precisaria desenvolver para alcançar os sonhos elencados.

O objetivo deste encontro foi organizar as ações propostas na fase do sonho conforme a necessidade e a realidade do serviço, projetando como seriam realizadas, bem como, quais pessoas estariam envolvidas, demonstrando que a equipe tem potencial para tal.

Desenhando o futuro: a fase do destino

No quinto encontro, os participantes utilizaram uma matriz de intervenções que foi fornecida de forma impressa, para programar as estratégias e definir a atuação de cada membro da equipe. Nessa etapa, designada como fase do “destino”, os objetivos mais desafiadores foram delineados pelo grupo, tornando-se motivadores para que a equipe alcançasse resultados positivos no futuro (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Com isso, foi desenhado o planejamento de como os sonhos do grupo poderiam ou não ser concretizados, diante da realidade local.

Nesta fase, os colaboradores identificaram as ações necessárias para concretizar o sonho. Foi necessário gerar movimento de inspiração por parte da facilitadora e dos participantes, que se sentiram desafiados a concretizar essa tarefa, objetivando mudanças, buscando garantir sustentação ao processo. Nessa fase, é interessante que o grupo defina estratégias para realizar o sonho escolhido e realiza um detalhamento de como acontecerá, aproveitando os pontos fortes identificados durante os diálogos nas fases anteriores (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Foram produzidas matrizes pelos participantes, de acordo com os sonhos e planejamentos dos grupos durante os encontros.

A construção dos Infográficos

A construção dos Infográficos foi realizada a partir dos apontamentos da equipe, que contribuíram e nortearam o desenvolvimento das Tecnologias, sendo elas: um Infográfico animado e outro Infográfico (tipo *folder*) para os profissionais e, ainda, um Infográfico animado para a população, todos sobre o tema apreciado no estudo, a P4.

Considera-se que por meio dos Infográficos, é possível consolidar a comunicação, seja ela simples e/ou ao mesmo tempo complexa, utilizando de imagem e texto para estabelecer sincretismo através de detalhes (SOUZA, 2016). A produção de um Infográfico objetiva que o leitor se interesse, entenda e avalie o referido tema, neste caso, as ações de P4 na APS, já que, muitas vezes, a imagem em conjunto com a escrita encontra na infografia fins didáticos (KNOLL; FUZER, 2019). Uma infografia se constrói sobre um esquema, com ideias essenciais acerca de um tema, considerando a mediatização da ciência e do aprendizado. O infográfico é um exemplo disso, seja ele virtual ou impresso (SOUZA, 2016).

A elaboração do conteúdo e *layout* dos Infográficos foram projetadas a partir da análise das informações obtidas durante a investigação. Na ocasião, foram definidos os nomes dos Infográficos, para dar destaque a personalidade do produto. Assim, foram selecionadas três expressões que representam o estudo: Práticas/ações, Prevenção Quaternária e Atenção Primária à Saúde que uniram-se formando três produtos, sendo dois Infográficos animados e um estático, intitulados:

Infográfico 1 (*folder*) e Infográfico 2 (animado) intitulados: “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.

Infográfico 3 (animado) intitulado: “Prevenção Quaternária (P4) para População”

Posteriormente, um profissional *designer*, elaborou a identidade visual, em conjunto com a facilitadora. Usaram-se métodos e processos de *design* para planejamento e desenvolvimento do projeto com definição de *layout* e identidade visual, bem como as ilustrações de apoio e a linguagem dos Infográficos. Foram explorados recursos gratuitos da plataforma de vídeo *Powtoon* para desenvolvimento e produção dos infográficos, utilizando de imagens para a personagem desta mesma plataforma. Os Infográficos foram criados na plataforma *Powtoon*, disponível no link: <https://www.powtoon.com/my-powtoons/>. Este material está disponíveis no *YouTube*^{BR} e na página do UDESC Oeste, no endereço: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps>.

Na figura a seguir apresenta-se o Infográfico (*folder*) para orientar a equipe multiprofissional da APS para as práticas voltadas à P4.

Figura 2: Primeira versão do Infográfico 1 (*folder*) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)” (frente)

A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

A P4 é diferente dos outros níveis de prevenção porque é voltada à atuação profissional, visa identificar e proteger indivíduos em risco de intervenções clínicas desnecessárias.

AÇÕES QUE POSSIBILITAM O DESENVOLVIMENTO DA P4 NA APS



ACOLHIMENTO

É inclusão dos usuários, deve ser realizado por todos os membros da equipe, visando atender as necessidades de saúde da população, a Unidade Básica de Saúde - UBS deve ser a referência.



ESCUTA

Primeiros minutos devem ser dedicados à escuta do paciente, ele não deve ser interrompido, pois aqui também se fortalecem os vínculos e a maioria das demandas são resolvidas.



GARANTIA DE ACESSO

Para garantir o acesso é preciso realizar a análise da demanda, calculando a pressão assistencial e a frequentaçāo da população adscrita no território. Conhecer modelos de atendimento aplicados e considerar o acesso avançado é parte do caminho.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Continuação (verso)



ATENDIMENTO COMPARTILHADO

Entre os profissionais da equipe, propiciar a resolutividade e agilidade do atendimento, ampliar a prática clínica e a autonomia de outras profissionais.



DECISÃO COMPARTILHADA

Ampliar o vínculo profissional-paciente, responsabilizar o usuário pela sua situação de saúde e pelo tratamento, diminuir intervenções clínicas e medicamentosas.



DEMORA PERMITIDA

É possível diante do vínculo estabelecido entre profissional-paciente através das equipes de Estratégia Saúde da Família - eSF, possibilitar o atendimento longitudinal e acompanhamento do paciente nas suas necessidades de saúde com a garantia do segundo contato.

É função de todos os integrantes da equipe instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

APOSTE EM...



Em momentos de **Educação Permanente em Saúde - EPS** para organização do processo de trabalho das equipes, possibilitando aos profissionais: conhecer, avaliar, compartilhar conhecimentos e experiências para prática da P4



Educação em Saúde para levar ao conhecimento da população a importância da P4. Estimular ações educativas sobre os riscos de ações medicalizantes e iatrogênicas.

REALIZAÇÃO

MESTRANDA: KARINA SCHOPF

ORIENTADORA: PROF. DIR. CARINE VENDRUSCOLO

PROGENIF

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina





Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Na figura a seguir apresenta-se o Infográfico animado para orientar a equipe multiprofissional da APS para as práticas voltadas à P4.

Figura 3: Primeira versão do Infográfico 2 (animado) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Na figura a seguir apresenta-se o Infográfico animado para orientar a população sobre os riscos que o excesso de intervenções podem acarretar para a sua saúde.

Figura 4: Primeira versão do Infográfico 3 (animado) - “Prevenção Quaternária (P4) para População”.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A validação dos Infográficos

A validação de conteúdo dos Infográficos foi realizada através de estudo de desenvolvimento de TE, apoiado nos fundamentos dos estudos metodológicos e que tem como referencial teórico-metodológico a proposta desenvolvida por autores que focalizam as TE aplicáveis em saúde (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

O processo de validação ocorreu por meio do IVC utilizando Juízes-Especialistas, e do ICS na validação do Público-Alvo, que avalia o percentual de concordância (mínimo de 70%) (TEIXEIRA et al., 2020; SIQUEIRA, 2020).

Validação dos Infográficos pelos Juízes-especialistas

Os infográficos foram validados quanto ao conteúdo e aparência com 13 juízes-especialistas na área da APS e P4, reconhecidos pelo prestígio na área ou por referência de enfermeiros e pesquisadores envolvidos neste estudo, foi utilizado a amostragem bola de neve. O critério de inclusão era possuir, no mínimo, três anos de experiência em um dos grupos: técnico-assistencial ou acadêmica-docência, neste caso possuir título de mestre ou doutor, também foi convidado um juiz da área de design gráfico para contribuir de forma técnica na validação da aparência do produto (CARVALHO, 2019). O critério de exclusão foi o preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados utilizado.

Foram enviados os convites aos membros do comitê de juízes por endereço eletrônico, acompanhado do material a ser validado, constando o motivo pelo qual este foi contemplado e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo, explicando o processo de julgamento da validade de conteúdo, de forma estruturada através de instruções específicas de avaliação e preenchimento (MUSAYÓN-OBLITA, 2020).

No quadro abaixo, apresentam-se os resultados da validação do conteúdo dos infográficos realizada pelos juízes especialistas seguindo o instrumento adaptado de Teixeira e Mota (2011) e Leite et al., (2018).

Quadro 1 – Resultado da Validação de Conteúdo

| Itens de Validação | Resultado da Validação | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|---|---|---|------|---------------|---|---|---|------|---------------|---|---|---|------|
| | Infográfico 1 | | | | | Infográfico 2 | | | | | Infográfico 3 | | | | |
| Objetivos | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC |
| 1. Contempla tema proposto | 10 | 2 | 1 | 0 | 0,92 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 2. Adequado ao processo de aprendizagem | 8 | 2 | 2 | 1 | 0,76 | 11 | 0 | 1 | 1 | 0,85 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 |
| 3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | 6 | 5 | 1 | 1 | 0,85 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 4. Proporciona reflexão sobre o tema | 9 | 3 | 1 | 0 | 0,92 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 |
| 5. Incentiva mudança de comportamento | 5 | 6 | 1 | 1 | 0,85 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |

| Estrutura/apresentação | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC |
|---------------------------------------|----------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|----------|------------|----------|----------|----------|----------|------------|
| 6. Linguagem adequada ao público-alvo | 5 | 5 | 2 | 0 | 0,85 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 7. Linguagem apropriada | 7 | 5 | 1 | 0 | 0,92 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 | 8 | 2 | 2 | 1 | 0,76 |
| 8. Linguagem interativa | 6 | 3 | 3 | 1 | 0,69 | 9 | 1 | 2 | 1 | 0,76 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 |
| 9. As ilustrações estão adequadas | 5 | 3 | 5 | 0 | 0,61 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 10. áudio do vídeo está adequado | x | x | x | x | x | 7 | 2 | 2 | 2 | 0,69 | 9 | 2 | 1 | 1 | 0,85 |
| 11. Informações corretas | 9 | 3 | 1 | 0 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 |
| 12. Informações objetivas | 9 | 3 | 1 | 0 | 0,92 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 |
| 13. Informações esclarecedoras | 5 | 4 | 2 | 1 | 0,76 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 14. Informações necessárias | 7 | 5 | 1 | 0 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 |
| 15. Sequência lógica das ideias | 7 | 4 | 1 | 1 | 0,85 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 |
| 16. Tema atual | 11 | 1 | 1 | 0 | 0,92 | 12 | 0 | 0 | 1 | 0,92 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 |
| 17. Tamanho do texto adequado | 6 | 5 | 2 | 0 | 0,85 | 8 | 3 | 0 | 1 | 0,85 | 9 | 2 | 1 | 1 | 0,85 |
| Relevância | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC | 1 | 2 | 3 | 4 | IVC |
| 18. Estimula o aprendizado | 9 | 1 | 2 | 1 | 0,85 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 |
| 19. Contribui para o conhecimento | 11 | 1 | 1 | 0 | 0,92 | 11 | 1 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| 20. Desperta interesse pelo tema | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 9 | 3 | 0 | 1 | 0,92 | 10 | 2 | 0 | 1 | 0,92 |
| IVC Total | | | | | 85% | | | | | 89% | | | | | 90% |

Fonte: Adaptado pelas autoras de Teixeira e Mota (2011); Leite et al., (2018).

Foram reavaliados os produtos de acordo com os apontamentos realizados pelos juízes-especialistas visando o alcance da taxa de concordância mínima de 70% em cada item. No infográfico 1 no item 9: As ilustrações utilizadas estão adequadas; e no infográfico 2 no item 10: áudio do vídeo está adequado, ambas não atingiram o IVC mínimo de 70%. Ressaltasse que as sugestões dos juízes foram acatadas mesmo nos itens que atingiram o IVC maior que 70%, visando melhorar a qualidade do material. Destaca-se que todas as TEs foram validadas, o Infográfico - 1 atingiu IVC total de 85%, o Infográfico - 2 de 89% e o Infográfico - 3 de 90%.

O quadro a seguir destaca alguns pontos sugeridos pelos juízes e acatados pela moderadora para melhor qualificar as TE.

Quadro 2 – Sugestões dos Juízes-especialista.

| | |
|----------------------|--|
| Infográfico 1 | Atentar para problemas ortográficos, como pontuação; |
| | Revisar itens de ligamento para ficar mais claro |
| | Revisar colocações ampliando a possibilidade de entendimento dos profissionais sobre o tema, focar mais para a temática; |
| | Inserir um link de sugestões ou endereço para dúvidas e contatos; |
| | Testar outras cores de fundo; |
| | No item “garantia de acesso”: figura pouco esclarecedoras; |
| | As ilustrações são de coleções de <i>design</i> diversas, melhor padronizar; |
| | Atentar para o uso de caixa alta, dificulta a leitura, manter um padrão; |
| | |
| Infográfico 2 | Melhorar a interatividade com o uso de link para mais informações no final; |
| | Música acelerada para que se propõe o infográfico |
| Infográfico 3 | Rever a parte que fala dos resfriados devido a situação de pandemia da COVID-19; |
| | Revisar linguagem utilizada para amenizar conceitos técnicos |

| | |
|--|---|
| | Trocar música de fundo que atrapalha o áudio da fala; |
| | Verificar leitura para dispositivos móveis. |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Validação dos Infográficos pelo Público-alvo

Por fim, os Infográficos foram validados quanto ao Índice de Concordância Semântica (ICS) pelo público-alvo, os profissionais, no caso dos Infográficos 1 e 2. A validação ocorreu no município do estudo, com os participantes da pesquisa, e em município vizinho, que também faz parte dos municípios da Macro pesquisa e é local de trabalho da moderadora, com as equipes de saúde já descritas anteriormente, seguindo os mesmos critérios de seleção dos profissionais já descritos na metodologia da pesquisa. O terceiro infográfico foi validado por usuários dos dois municípios. Os questionários que propiciaram a validação através do cálculo de ICS foram elaborados pelo *google forms* e enviados por aplicativo de celular.

No quadro abaixo apresentam-se os resultados da avaliação dos infográficos 1 e 2 pelos profissionais.

Quadro 3 – Resultado da Validação dos Profissionais - ICS

| Itens de Validação | Resultado da Validação | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|-----|---------------|---|---|---|-----|
| | Infográfico 1 | | | | | Infográfico 2 | | | | |
| Objetivos | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 1. Contempla tema proposto | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2. Ajuda no cotidiano dos profissionais | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 4. Proporciona reflexão sobre o tema | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 5. Orienta, informa e sensibiliza sobre o tema | 8 | 3 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 6. Incentiva mudança de comportamento | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Estrutura/apresentação | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 7. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo | 8 | 3 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 8. O conteúdo esclarece conceitos | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 9. O material é apropriado ao público-alvo | 8 | 3 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 10. Os materiais colaboram na compreensão do conteúdo | 9 | 2 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 11. O vocabulário é acessível | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 12. O material foi útil | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 13. A temática é necessária | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Relevância | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 14. Estimula o aprendizado | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 15. Contribui para o conhecimento na área | 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 16. Desperta interesse pelo tema | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| IVC Total | 100% | | | | | 100% | | | | |

Fonte: Adaptado pelas autoras de Teixeira e Mota (2011); Siqueira (2020).

No quadro abaixo apresentam-se os resultados da validação pelo público-alvo através do instrumento utilizado pelos usuários para avaliação do infográfico 3.

Quadro 4 – Resultado da Validação dos Usuários - ICS

| Itens de Validação | Resultado da Validação | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|-----|
| | Infográfico 3 | | | | |
| Objetivos | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 1. Esclarece dúvidas sobre o assunto | 10 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| 2. Proporciona reflexão sobre o uso indiscriminado de medicações e exames | 9 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 3. Orienta, informa e sensibiliza quanto ao assunto | 11 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 4. Incentiva mudança de comportamento | 11 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Estrutura/apresentação | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 5. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo | 9 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 6. O conteúdo esclarece conceitos | 8 | 5 | 0 | 0 | 1 |
| 7. O material é apropriado ao público-alvo | 9 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 8. O vocabulário é acessível | 10 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| 9. O material é útil | 11 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Relevância | 1 | 2 | 3 | 4 | ICS |
| 10. Contribui para o conhecimento no assunto | 9 | 4 | 0 | 0 | 1 |
| 11. Desperta interesse pelo assunto | 10 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| ICS Total | 100% | | | | |

Fonte: Adaptado pelas autoras de Teixeira e Mota (2011); Siqueira (2020).

Os Infográficos foram validados pelo público-alvo e tiveram o ICS de 100%, assim, não houve alterações do material após esta etapa.

A versão final dos Infográficos

Após a validação dos infográficos, realizado os ajustes sugeridos para qualificar as TEs. A versão final é apresentada nas figuras a seguir:

Figura 5: Versão final do Infográfico 1 (*folder*) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)” (frente)



A Prevenção Quaternária (P4) é diferente dos outros níveis de prevenção porque é voltada à atuação profissional, visa identificar e proteger indivíduos em risco de intervenções clínicas desnecessárias.

| Acolhimento | Escuta Qualificada |
|--|--|
| <p>Caracteriza-se pela acolhida da demanda trazida pelo usuário, em um pacto de respeito e aceitação que possibilite a diminuição de ações tendenciosas indutoras ao excesso de intervenções clínicas. É, portanto, voltado às necessidades de saúde da população, fortalecendo a longitudinalidade e a resolutividade do serviço.</p> | <p></p> <p>A escuta qualificada visa não só ouvir o usuário sem interrupção, mas valorizar sua autonomia, experiências, necessidades e angústias. Utilizando da troca de saberes e do ato de escutar para construir um plano de cuidados mais efetivo, de acordo com o contexto individual. Diminuindo intervenções clínicas por meio de exames e medicamentos e consequentemente propiciando as ações de P4.</p> |
| <p>Atendimento Compartilhado Deve ser realizado entre os profissionais da equipe, para atendimento de casos mais complexos. O atendimento compartilhado implica em discussão de casos clínicos, construção de planos terapêuticos e qualificação das intervenções. Propicia a resolubilidade do atendimento com o mínimo possível de intervenções e danos.</p> | <p>Decisão Compartilhada Ampliar o vínculo profissional-paciente, corresponsabilizar o usuário com o plano de cuidados e assim diminuir intervenções clínicas e medicamentosas.</p> |
| <p>Demora Permitida Diante do vínculo estabelecido nas equipes de Saúde da Família (eSF), entre profissional e paciente, é possível assegurar uma postura protetora que possibilite o acompanhamento do paciente nas suas necessidades de saúde e o atendimento longitudinal. Empregando a demora permitida como possibilidade de não realizar ou mesmo adiar intervenções que podem ser prejudiciais ou desnecessárias durante o plano de cuidado.</p> | <p>Garantia do Acesso Garantir o acesso ao cuidado em momento oportuno, conhecer os modelos de atendimento aplicados, propiciar tempo de atendimento adequado, visando uma postura dinâmica centrada na pessoa e no autocuidado. E assim favorecer ações práticas da P4 ao não intervir ou medicalizar de maneira desnecessária.</p> |
| <p>Ações que Contribuem para o Desenvolvimento da P4 na Atenção Primária à Saúde (APS)</p> <p></p> <p>É função de todos os integrantes da equipe instituir ações para qualidade do cuidado e para segurança do paciente, por meio de medidas que visem reduzir o risco e diminuir os eventos adversos.</p> <p></p> <p></p> <p></p> | |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Continuação (verso)

Aposte em:

Educação Permanente em Saúde

Para organização do processo de trabalho das equipes, possibilitando aos profissionais conhecer, avaliar, compartilhar conhecimentos e experiências para prática da P4.

Educação Continuada

Voltada para atualizações clínicas que possibilitem não realizar intervenções desnecessárias.

Educação em Saúde

Para levar ao conhecimento da população a importância da P4 e estimular ações educativas sobre os riscos do excesso de medicações e intervenções como exames e rastreamentos sem indicação técnica ou justificativa.

Educação Continuada

Aprenda mais sobre Prevenção Quaternária lendo os artigos:

- Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção
- Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde
- Prevenção Quaternária: a importância de evitar os excessos e não causar danos

Realização:
Mestranda Karina Schopf
(karinaschopf70@gmail.com)

Orientadora: Dr.ª Carine Vendruscolo

PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Figura 6: Versão final do Infográfico 2 (animado) - “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Infográfico na íntegra no youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=ws8vNlaerEI>.

Figura 7: Versão final do Infográfico 3 (animado) - “Prevenção Quaternária (P4) para População”.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Infográfico na íntegra no youtube: <https://youtu.be/rYbUbgf3zVU>.

As imagens utilizadas nos Infográficos foram retiradas da internet e são consideradas de domínio público, porém, se alguém for proprietário de alguma destas imagens e sentir-se lesado poderá entrar em contato pelo e-mail: karinaschopf70@gmail.com.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os Infográficos reúnem informações relevantes sobre a atuação profissional frente à P4 e, portanto, configuram-se como Tecnologias Educacionais. Eles permitem que as situações vivenciadas diariamente pelos profissionais sejam problematizadas em um material informativo, capaz de qualificar o conhecimento sobre essa prática pouco disseminada na realidade dos serviços de saúde da APS.

O itinerário percorrido na Pesquisa Metodológica, sobretudo com a utilização da Investigação Apreciativa, foi um efetivo movimento pedagógico, representando uma ação de Educação Permanente, cujo material produzido coletivamente, acrescentou efetividade à ação. As oportunidades de troca e de aprendizagem sobre a P4 despertaram na equipe o desejo de transformar a sua realidade, sonhando e planejando ações para tal. Cabe destacar que, entre as ações pensadas pelo grupo para efetivar a P4, estão os momentos de Educação Permanente. Deles depende a identificação das lacunas do processo de trabalho e a proposição de ações para a mudança.

Como desafios para o desenvolvimento dos produtos, destaca-se a falta de estudos que abordem a temática da P4 no âmbito interprofissional e ações de transformação na prática, a partir da realidade local. Finalmente, os Infográficos, além de orientarem a equipe participante, poderão servir à outras equipes do município, região e Estado de Santa Catarina. A formalização da utilização das TE no município encontra-se em andamento e deverá ser finalizada com a aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100121&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2020.

ARMSTRONG, A. J.; HOLMES, C. M.; HENNING, D. Um mundo em mudança, novamente. Como a Investigação Apreciativa pode guiar nosso crescimento. **Social Sciences & Humanities Open**, v. 2, n. 1, p. 100038-100038, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291120300279>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

ATTENA, F. Muito remédio? Questões científicas e éticas de uma comparação entre dois paradigmas conflitantes. **BMC Public Health**, v. 19, n. 97, p. 1-8, 2019. Disponível em:

<<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-6442-9.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2020.

BORROZZINO, N. F.; FONSECA S.C. **Prevenção Quaternária:** Envelhecendo em sociedades medicalizadas. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2019.

BRODERSEN, J, SCHWARTZ, L. M, WOLOSHIN, S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. **APMIS**, v. 122, n. 8, p. 683–689, 2014.

CARVALHO, K. M. et al. Construção e validação de cartilha para idoso acerca da higiene do sono. **Rev Bras Enferm**, v. 72, N. 2, P. 223-30, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000800214&script=sci_arttext&tlang=pt>. Acesso em: 28 mar 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2021.

COLL-BENEJAM, T. *et al.* Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. **Atención Primaria**, v. 50, p. 86-95, 2018. Disponível em:<<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6837148&blobtype=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

COLUCI, M. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3: 925-36, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925>. Acesso em: 8 jan. 2021.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa:** uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Manual da Investigação Apreciativa.** Qualitymark. Rio de Janeiro, 523p. 2008.

CORTELLA, M. S. **Qual a tua Obra?** Editora Vozes. 2011.

KNOLL, G. F.; FUZER, C. Análise De Infográficos Da Esfera Publicitária: Multimodalidade E Metafunção Composicional. São Paulo: Alfa, v.63, n.3, p.583-608, 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/alfa/v63n3/1981-5794-alfa-63-3-0583.pdf>>. Acessado em 21 mar. 2020.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva.** São Paulo: Mcgrawhill do Brasil; 1976.

LEITE, S. S; et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1635-41, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2020.

MARTINS, C. *et al.* Quaternary prevention: reviewing the concept. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, p. 106-11, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795741/>>. Acesso em: 07 set. 2020.

MINAYO, MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: **Ciência e saúde coletiva**, v.17 n. 3, p.621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007>. Acesso em: 06 mar. 2020.

MOLSTER, C. M., et al. The Evolution of Public Health Genomics: Exploring Its Past, Present, and Future. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 247, 2018. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00247>> Acesso em: 7 set. 2020.

MUSAYÓN-OBLITA, F.Y et al. Validação de um guia de aconselhamento para a adesão ao tratamento antirretroviral usando ciência da implementação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3228, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3228.pdf>. Acessado em 2 dez. 2020.

NOGUEIRA, D. M; BRAIDA, F; NOJIMA, V. L. M. S. Os infográficos brasileiros no Malofiej: dados sobre os 25 anos da principal premiação da infografia mundial. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11047-11061, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/7478/6512>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SALGADO, E. G. et al. Modelos de referência para desenvolvimento de produtos: classificação, análise e sugestões para pesquisas futuras. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 4, p. 886-911, 2010. Disponível em: <<https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/view/520/742>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

SCAGLIONI, L. M; CAMILLO, C. M. Infográficos e Livros Digitais como Recursos no Contexto Escolar. Revista: **EAD & Tecnologias Digitais na Educação, Dourados, MS**, v. 4, n.5, 2016. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/ead/article/view/6661/4059>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

SCHOPF, K; et al. Planejando a prática da Prevenção Quaternária na equipe de Saúde da Família (no prelo).

SIQUEIRA A. F; et al. Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Rev Rene**, v. 21:e42241, 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/42241-Article%20Text-143090-1-10-20200210%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/42241-Article%20Text-143090-1-10-20200210%20(1).pdf)>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SOUZA, J. A. C. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 11, n. 2, p. 190-206, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bak/v11n2/2176-4573-bak-11-02-0190.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SOUZA, M. A. A.; PINHEIRO, M. S. A construção de significados do infográfico “Panorama das favelas em Fortaleza” à luz da Gramática do Design Visual. Belo Horizonte: **Rev. bras. linguist. apl.**, v. 19, n. 1, p. 239-248, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982019000100239&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 2 dez. 2020.

SOUZA, V. L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicol Soc**, v. 22, N. 3, p. 598-607, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a20.pdf>>. Acessado em 5 jan. 2020.

TEIXEIRA, E; MOTA, V. M. S. S. **Validação passo a passo de tecnologias educacionais**. Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

TEIXEIRA, E; et al. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**: volume 2 / Organizadora: Elizabeth Teixeira. Porto Alegre: Moriá, 2020. 398 p.: il.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 116, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-27, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020537.pdf>>. Acesso em: 04 abr 2020.

TESSER, C. D. Convergences between quaternary prevention and health promotion. **Rev bras med fam comunidade**, v. 15, n. 42: 2515, 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/55499/Downloads/2515-Texto%20do%20artigo-14643-2-10-20210105%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/55499/Downloads/2515-Texto%20do%20artigo-14643-2-10-20210105%20(1).pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2020.

VENDRUSCOLO, C.D.; TESSER, C.D.; PIRES, D.E.P. A Prevenção Quaternária e a Interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde. In.: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá; 2021a.

VENDRUSCOLO, C. et al. PET-Saúde Interprofissionalidade UFFS/UNOESC/UDESC e SESAU Chapecó: uma estratégia interinstitucional. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. 2: 275287, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho oportunizou a construção de Infográficos, como uma Tecnologia Educacional que contribui para o desenvolvimento de práticas voltadas à P4 pelas equipes da APS, em especial para a equipe participante da pesquisa, os quais deverão ser destinados, inclusive, as demais equipes pertencentes a região Oeste e de todo o Estado de Santa Catarina. O processo de desenvolvimento do material possibilitou a reflexão, a avaliação e a ampliação do conhecimento voltado ao intervencionismo excessivo, por meio de exames, por vezes desnecessários, medicalização excessiva e até irregular, entre outras ações de risco, que eventualmente, são praticadas por profissionais das equipes de saúde.

Ao analisar a compreensão dos profissionais sobre a P4, visualiza-se os emergentes problemas que se originam com os excessos de intervenções, sobremedicalização e sobretratamentos, identificados pelos participantes e apontados como fruto de condutas profissionais descomprometidas com a temática, influências culturais, posicionamento das indústrias biomédicas e da mídia.

Ao ser realizada no cenário da prática, a pesquisa possibilitou identificar a compreensão dos profissionais envolvidos sobre a temática (P4) e instrumentalizá-los para a construção dos Infográficos. Permitiu também, a identificação de ações que contribuíram para o desenvolvimento da temática no cotidiano da equipe. A metodologia da Pesquisa Apreciativa foi fundamental para lançar luz às potencialidades da equipe, permitindo o sonho e o planejamento de um destino mais profícuo em relação às possíveis ações voltadas à P4. Da mesma forma, o espaço pedagógico direcionou a construção dos Infográficos pela moderadora, com a efetiva contribuição dos participantes, mediante a utilização das informações produzidas e da literatura, qualificando e conduzindo a sua elaboração.

A pesquisa originou como produtos técnicos científicos: três Infográficos, classificados como Tecnologia Educacional, que poderão ser utilizados pela equipe participante da pesquisa e demais equipes de APS, contribuindo para o desenvolvimento de práticas voltadas à P4.

A pesquisa também, configura-se como uma ação de educação permanente, ao promover a formação dos profissionais quanto à P4. A Capacitação de Formação Profissional, intitulado: “Formação sobre a Prevenção Quaternária na Atenção Primária

à Saúde". Será certificado pelo Programa de Extensão da UDESC: Fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistenciais nas práticas profissionais na atenção primária à saúde e obteve uma avaliação positiva por parte dos profissionais, de acordo com seus relatos ao final da pesquisa.

Cumpre destacar a validação, como técnica auxiliar para o aprimoramento dos produtos, que qualificaram a TE, de acordo com a realidade do serviço e da atuação profissional. Nessa direção, a avaliação dos produtos poderá ser pensada a partir de ações de EPS desenvolvidas nos municípios, visando a qualificação dos profissionais sobre a temática, com o objetivo de ampliar o conhecimento, qualificar a atuação profissional e diminuir as intervenções desnecessárias. A formalização da utilização do material no município encontra-se em andamento e deverá ser finalizada com a aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde.

Ainda, ressalta-se a importância de toda a equipe multiprofissional participante da pesquisa, em especial e como moderador, o profissional enfermeiro(a) que utiliza da sua capacidade gerencial e prescritora para ampliar as possibilidades de ações de P4, haja vista a necessidade de atuação conjunta que favorece a desmedicalização e as intervenções clínicas sem necessidade ou justificativa.

O impacto dessa Tecnologia poderá ser avaliado através da análise dos relatórios de atendimentos gerados pelos sistemas de saúde e utilizados pelas equipes, como os relatório gerados pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): que fornece o tipo de atendimento, o motivo da consulta, a quantidade e os exames solicitados.

Como limitações para o desenvolvimento desse Trabalho, destaca-se a falta de estudos que abordem a temática da P4 no âmbito interprofissional a partir da realidade local. Destacam-se, ainda, as dificuldades encontradas com o surgimento da Pandemia da COVID-19 no primeiro semestre de 2020 no Brasil, que desviaram todos os esforços dos profissionais e das equipes para as dificuldades vivenciadas no momento.

Acredita-se que por meio desse trabalho será possível um melhor entendimento por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários acerca da temática. Considera-se que os materiais produzidos permitirão problematizar, informar e qualificar os profissionais da APS para a prática da P4, tão pouco difundida neste contexto. Ainda, transformar a realidade das equipes, ampliando o debate e instigando a mudança da postura profissional frente a necessidade de não intervir e proteger o usuário/paciente de riscos desnecessários.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K.; et al. Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. [online]: **Rev Bras Enferm**, v.71, n.6, p.3121-3126, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603121&lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2020.

ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apreciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283201800100121&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BAE, J. M. Implementation of quaternary prevention in the Korean. **J Prev med public health**, v. 48, n. 6, p. 271-273, 2015.

BANDEIRANTE. Prefeitura Municipal de. **Histórico do município**. Disponível em: <<https://www.bandeirante.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/9648>>. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012, 110 p. , il. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 02 abr 2020.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acessado em: 19 jan 2020.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Relatório Técnico de Grupo de Trabalho da CAPES, 2019**. Disponível em: <<https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

CARDOSO, R. V. Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family. **Rev bras med**, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1117>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2020.

COLL-BENEJAM, T.; et al. Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. **Atención Primaria**, v. 50, p. 86-95, 2018. Disponível em: <<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6837148&blobtype=pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Manual da Investigação Apreciativa**. Qualitymark. Rio de Janeiro, 523p. 2008.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa**: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.

CROMACK, L.; et al. (org). **Oficina de Ideias – Manual de Dinâmicas**. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3003146/mod_resource/content/1/ManualDinamicas.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2020.

GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. [online]: **Rev Bras Epidemiol**, v.8, p. 205-218, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200013>. Acesso em: 20 nov. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/bandeirante/panorama>>. Acesso em: 21 set. 2019.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Editora Nova Fronteira. 3a Ed. São Paulo, 1981.

JAMOULLE, M. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before** (definitions for the four prevention fields as quoted in the Wonca international dictionary for general/family practice); 2008.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Rev bras med fam comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1064/697>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

KNOLL, G. F.; FUZER, C. Análise de Infográficos da esfera publicitária: Multimodalidade e Metafunção Composicional. **Alfa, rev. linguist.**, v. 63, n. 3, p. 583-608, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/alfa/v63n3/1981-5794-alfa-63-3-0583.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

KUEHLEIN, T.; et al. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. [online]: **Primary care**, 2010. Disponível em: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/177926/1/2010-18-368_ELPS_engl.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

LEITE, S. S.; et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1635-41, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ªed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Ed. 29. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: **Ciência e saúde coletiva**, v.17 n. 3, p.621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007>. Acesso em: 06 mar. 2020.

MODESTO, A. A. D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. **Rev bras med fam comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1781, 2019. Disponível em:<<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1781/968>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

MOREIRA, R. P.; et al. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, p. 547-54, 2014. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000590013.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n9/2012-2020/>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

SAMPAIO, J.; et al. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 2, p. 1299-1312, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2020.

SANTA CATARINA (Estado). **Lista de Espera SUS**. Disponível em: <<https://listadeespera.saude.sc.gov.br/consulta/completa.html>>. Acesso em: 29 out. 2019.

SANTOS, J. L. G.; et al. Perspectivas metodológicas no uso da teoria fundamentada na pesquisa em enfermagem e saúde. [Internet]: **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 3:e20160056, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf> Acesso em: 21 mar. 2020.

SIQUEIRA, A. F.; et al. Validation of a handbook on suicide prevention among students: talking is the best solution. **Rev Rene**, v. 21: e42241, 2020. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/42241/100052>> Acesso em: 21 mar. 2020.

SOUZA, M. A. A.; PINHEIRO, M. S. A construção de significados do infográfico “Panorama das favelas em Fortaleza” à luz da Gramática do Design Visual. Belo Horizonte: **Rev. bras. Linguist.**, v. 19, n. 1, p. 239-248, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-63982019000100239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2020.

SOUZA, J. A. de C. de. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 11, n. 2, p. 190-206, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bak/v11n2/2176-4573-bak-11-02-0190.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SOUZA, V. L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicol Soc**, v. 22, N. 3, p. 598-607, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a20.pdf>>. Acessado em 5 jan. 2020.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, JHI. The concept of prevention: a good idea gone astray? [online]: **J Epidemiol Community Health**, v. 62, p. 580-3, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18559439>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. . **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23:e180435, 2019. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180435.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-27, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020537.pdf>>. Acesso em: 04 abr 2020.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 598, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12470/8458>>. Acesso em: 28 mar 2020.

TEIXEIRA, E. et al. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/55499/Downloads/15358-56536-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 abr 2021.

TEIXEIRA, E.; et al. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. volume 2 / Organizadora: Elizabeth Teixeira. Porto Alegre: Moriá, 2020. 398 p.: il.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Validação passo a passo de tecnologias educacionais**. Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

VELOSO, M. M. de A; BONILLA, M. H. S. O jornal de pesquisa e o diário de campo como dispositivos da pesquisa-formação. **Interfaces Científicas**. Aracaju, v.6, n.1, p. 47 - 58, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/educacao/article/viewFile/4508/2417>>. Acesso em: 21 jun 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AQUECIMENTO

2º Encontro: Descoberta: Fábula da Coletividade (CORTELLA, 2011).

Objetivo: interação entre os participantes reforçando a integração do grupo, visando o conhecimento menos formal e mais afetivo entre as pessoas e o comprometimento de todos nos objetivos, problemas e conquistas da equipe. A moderadora fará a leitura do texto e posterior abrirá espaço para discussão.

3º Encontro: Sonho: Origami

Objetivo: envolver a equipe no processo de mudança, reforçar as habilidades e o conhecimento de cada membro da equipe, instigar a participação e a colaboração no processo de mudança. Material necessário: 2 folhas de papel A4, os profissionais são convidados a escolher um origami, por exemplo: barco ou avião. Em seguida um participante inicia a dobradura e passa para o próximo, o origami precisa terminar no participante que iniciou, após o término os participantes são instigados a realizar atividade novamente e avaliar qual origami ficou melhor. A discussão se dará na avaliação de que todos juntos são capazes de construir caminhos com suas experiências e conhecimentos, mesmo que no primeiro momento não saia como se espera. Esta dinâmica possibilita a equipe identificar e visualizar o envolvimento de todos, o comprometimento em equipe e a importância de conhecimentos variados e em níveis diferenciados onde um pode contribuir com o outro (CROMACK, 2003).

REFERÊNCIAS

CORTELLA, M. S. **Qual a tua Obra?** Editora Vozes. 2011.

CROMACK, L. et al. (org). **Oficina de Ideias – Manual de Dinâmicas.** Rio de Janeiro. 2003.

Disponível em: <

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3003146/mod_resource/content/1/ManualDinamicas.pdf >.

Acesso em: 27 jun. 2020.

APÊNDICE B – ATIVIDADE REFLEXIVA: AÇÕES VOLTADAS A P4:

Para a prática da P4, é preciso diferenciar o paciente que está com problemas de saúde e procura ajuda médica, sentindo-se mal ou já diagnosticado, daqueles em que o paciente nada sente e que a intervenção vem do médico (ou do próprio usuário) que quer prevenir ou diagnosticar precocemente doenças ou riscos (NORMAN, 2015).

Quando a pessoas estiver assintomática, mas tem fatores de risco, ou algum diagnóstico, a situação de sofrimento do doente e a obrigação ética do médico possibilitam algum grau de intervenção diagnóstica e terapêutica, mesmo com margem de incerteza (NORMAN, 2015). Já quando a intervenção, parte do médico ou do desejo do paciente, típico do rastreamento, a relação é totalmente inversa, sendo fundamental ter a certeza de que os benefícios de qualquer intervenção são maiores do que os riscos (NORMAN, 2015).

Todavia, em ambos os casos, o princípio ético do “*primun non nocere*” impõe cuidadosa, científica e contextualizada avaliação de riscos e benefícios de quaisquer tipos de intervenção. Deve-se ter em conta que podem surgir prejuízos em função do fato de pessoas assintomáticas, após a realização do rastreamento, passarem a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções (NORMAN, 2015).

A medicalização excessiva dos fatores de risco tem levado a uma verdadeira transformação cultural nas populações, de modo que hoje, segundo Gérvias & Pérez-Fernández, encontramos, na população, pessoas sãs (por sê-lo e, sobretudo, por ausência de contato com o sistema de saúde), sãs e preocupadas (com os fatores de risco e com a probabilidade de estarem enfermas), sãs e estigmatizadas (marcados com algum fator de risco, tipo hipertensão, que lhes introduz no circuito dos cuidados médicosanitários), e enfermas, reais ou imaginárias (por transformação de fatores de risco em pseudodenças). Transformamos os sãos em sãos e preocupados e, depois, em sãos e estigmatizados e em pseudo-enfermos, com o que os deixamos indefesos ante os danos desnecessários, diários e extraordinários, previsíveis e imprevisíveis. Esse processo demanda e reitera a necessidade de prevenção quaternária (GÉRVAS, PÉREZ, 2006).

Como a prevenção tem sido tradicionalmente focada sobre a doença e o conceito de doença vai se modificando ao longo do tempo, com os pontos de corte para designar o que é considerado doença, invadindo, cada vez mais, o que, antes, era considerado

normal e, além disso, os fatores de riscos são considerados como equivalentes a doenças, a diferença entre prevenção e cura torna-se, cada vez mais, indistinta (PÉREZ; GÉRVAS, 2002). A medicalização de estados pré-doença e de fatores de risco se torna cada vez mais comum, incluídas as metas para hipertensão, colesterol, osteopenia e obesidade. Situações, antes, consideradas comuns, como lutos e perdas, se tornaram medicalizadas, excluindo-se o direito do indivíduo ao luto e ao enfrentamento de suas perdas. A perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado dessas drogas, enquanto aumenta os custos para a sociedade e para os serviços em saúde, além de, potencialmente, reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes (TESSER, 2009).

Como exemplo, podemos citar as “Diretrizes de Câncer de Próstata”, de 2011, da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que são, por sua vez, um tanto ambíguas. Abordando dúvidas e controvérsias sobre o rastreio, o documento ressalta a necessidade de informar os homens sobre seus aspectos básicos, riscos e potenciais benefícios, cabendo a eles a opção por rastrear ou não. Fica sob responsabilidade dos médicos a definição do ponto de corte do Antígeno Prostático Específico (PSA), que levará a maiores investigações (que incluem ultrassonografia transretal e biópsia de próstata), bem como a aplicação dos critérios de baixa agressividade a cada câncer detectado “a fim de categorizar e discutir com o paciente a melhor terapêutica” (p. 15). Ainda assim, o texto favorece o rastreamento anual com PSA e toque retal (TR) em homens com expectativa de vida mínima de dez anos, iniciando aos cinquenta anos – ou aos 45 anos, naqueles com risco aumentado (mais de uma vez, homens negros ou com história familiar em primeiro grau). Em outro documento, a SBU destaca o desafio de distinguir precocemente tumores mais ou menos agressivos, visando “aumentar a expectativa de vida com qualidade” (p. 2) (MODESTO et al., 2018).

O Ministério da Saúde, por sua vez, em 2010, publicava que o nível de evidência ainda era insuficiente para fazer recomendações a favor ou contra o rastreamento do câncer de próstata em homens com menos de 75 anos (em homens mais velhos, o screening já era contraindicado) (BRASIL, 2010). Além de não haver evidências de que essa prática fosse ideal, a Cochrane Collaboration se manifestou de forma similar, e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomendou que não se organizassem programas de rastreamento populacional para a neoplasia, por existirem evidências científicas de boa qualidade de que ele produz mais danos que benefícios (BRASIL,

2013). Esses posicionamentos são fruto da revisão de ensaios clínicos com mais de dez anos de seguimento, que mostram que o screening com PSA, com ou sem TR, não diminui a mortalidade geral dos homens e muda muito pouco a mortalidade específica por câncer de próstata (ILIC et al., 2013). Esse pequeno benefício não compensa os riscos relacionados à biópsia prostática, o impacto psicológico de um resultado falso positivo, o sobrediagnóstico e as sequelas do tratamento. O fato da detecção precoce não levar a um impacto na mortalidade (ao contrário do que ocorre, por exemplo, no câncer de colo uterino) se deve, sobretudo, à detecção indiferenciada de cânceres graves e incipientes – os quais não progredirão ou o farão de forma tão lenta que não se tornarão causa de morte para os homens acometidos. Assim, não há justificativa para estimular o rastreamento de câncer de próstata por qualquer método em homens de qualquer idade; e aqueles que buscam tal intervenção deve ser questionados quanto a alterações relacionáveis à próstata, como noctúria, jato urinário fraco e gotejamento pós-miccional (MODESTO et al., 2018).

Caso os sintomas acima estejam presentes, PSA e toque retal estariam indicados para ‘investigação’, e não ‘rastreamento’; casos inexistentes devem ser discutidos os riscos associados ao rastreio. Finalmente, em junho de 2015, MS e INCA publicaram uma nota conjunta, reafirmando-se contrários ao rastreamento populacional da neoplasia (BRASIL, 2015).

Nas últimas décadas, surgem questionamentos frente os danos e benefícios do rastreamento mamários com os progressos na computação e sofisticação das análises estatísticas e na produção de estudos de intervenção (ensaios clínicos) que geraram mudanças nessas evidências, com a tendência à sua não recomendação, dados os numerosos e graves danos, especialmente o sobrediagnóstico - diagnóstico corretamente confirmado de uma doença assintomática que não evoluiria para apresentação clínica na pessoa, o que não é percebido nem pelas mulheres nem pelos profissionais que cuidam delas, encontrando mínimos ou nulos benefícios nos ensaios clínicos de maior qualidade metodológica, bem como, também, em estudos observacionais envolvendo populações rastreadas e não rastreadas (SANTOS, 2013).

Na face dos riscos do rastreamento, estão os falso-positivos: em 2 mil mulheres rastreadas durante 10 anos, 200 terão falso-positivos potencialmente geradores de um dano psicológico imediato por receio de câncer. Uma boa parte dessas mulheres será

submetida a exames complementares de esclarecimento (incluindo biópsia) que agravam ainda mais o dano psicológico e acrescentam dano orgânico (SANTOS, 2013).

Mesmo com estimativa de que, para cada morte por câncer evitada com o rastreamento mamográfico, há 3 ou 4 casos sobrediagnosticados e sobretratados (GREENHALGH; HOWICK; MASKREY, 2014), a maior parte das instituições médicas, forças-tarefas preventivas e governamentais que emitem recomendações a respeito mantêm a recomendação da mamografia periódica acima dos 50 anos, com várias ressalvas e ênfase na melhora da comunicação dos riscos e danos para uma suposta decisão informada pelas mulheres. Todavia, sabe-se que os médicos e profissionais esclarecem menos sobre os danos do que sobre os benefícios do rastreamento; e as campanhas na mídia, realizadas por organizações não governamentais e instituições de saúde públicas e privadas, a última visando, antes de tudo, a lucratividade (TESSER; NORMAN 2019).

Surgem, nos rastreamentos os falso-positivos, os efeitos físicos decorrentes do desconforto provocado pelo procedimento diagnóstico, assim como os efeitos psicológicos nas pessoas que, muitas delas, passam a se sentir doentes simplesmente pela vivência dos atendimentos e exames (PEREZ; GÉRVAS, 2002). Ainda, para os autores, nos casos de rastreamentos de cânceres, em que ocorre, também, a identificação de tumores sem relevância clínica, esse efeito psicológico é particularmente grave e danoso, (podemos citar alguns nódulos de tireoide) por causa do imaginário letal associado à doença e à palavra câncer.

Cabe, então, aos profissionais de saúde aplicar o que diz Gérvás & Pérez-Fernández (p. 68) :

“A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, fator de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária”.

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 profissionais quanto à solicitação de

exames complementares derivam de uma distorção de seu raciocínio clínico advinda da influência avassaladora da prática médica especializada, prática que influencia diretamente a percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde (GERVAS; PEREZ, 2006).

Uma vez que os fatores de risco têm pouco poder preditivo, o prudente é empreender programas que interfiram nas condições básicas de toda a população que não sejam centrados nos fatores de risco de alguns pacientes (GERVAS, 2005). O termo “fator de risco” diz respeito a um aspecto do comportamento pessoal a uma exposição ambiental ou a uma característica pessoal, biológica ou social em relação à qual existe evidência epidemiológica de que está associada à determinada condição relacionada com a saúde, condição essa que se considera importante prevenir. Numa linguagem mais simples, usa-se o termo “fator de risco” para descrever características (fatores) que estão associadas positivamente ao risco de desenvolvimento de doença, mas não são, necessariamente, fatores causais. Um fator causal é aquele que ficou estabelecido com um razoável consenso científico como agente causal de uma enfermidade.

Ao encontro disso, o *doctor shopping* constitui este circuito de procura de múltiplas consultas médicas (frequentemente da mesma especialidade médica), detentora de múltiplas “segundas opiniões”, de múltiplas prescrições farmacológicas e de realização de incontáveis exames complementares. Tradicionalmente, o *doctor shopping* era exercido por pacientes que procuravam as prescrições extra de alguns fármacos (nomeadamente opiáceos), omitindo aos seus médicos as consultas e os percursos anteriores, porém, tendo a saúde se tornado um bem de consumo, parece que esse conceito necessita ser ampliado a todo um cenário em que as pessoas são induzidas a pensar que possuem problemas de saúde ou, se já os têm, a pensar que tais problemas são mais sérios e que elas próprias são mais vulneráveis do que de fato são. Isso promove a procura por inúmeras consultas, buscando uma tranquilização, não tanto com as prescrições, mas sim com diversas abordagens. Entre as múltiplas abordagens, desenrolam-se a realização e a interpretação de vários exames complementares que, por sua vez, sinalizam alterações inespecíficas ou falso-positivas. Esse processo resulta em outra sequência de meios complementares e de consultas específicas de outras áreas, algo que, retroativamente, estimula o gatilho de início desse trajeto (também lucrativo para terceiros) (SANTOS, 2014).

Para finalizar, podemos citar como possibilidades de ações voltadas a P4 a não realização de reposição hormonal em mulheres na menopausa, alterações da tireoide, na maioria das vezes, visto como incidentalomas, reposição de cálcio para osteoporose, o uso indiscriminado de estatinas, rastreamentos de câncer de mama e próstata sem critérios, medicalização de episódios naturais da vida, como o luto e decepções, instigando o uso indiscriminado de psicotrópicos, aumento significativo do parto cesáreo, bem como o uso indiscriminado de exames e tecnologias que acarretam a iatrogenia sem uma definição de criteriosa da sua necessidade (GERVAS, 2016). Cabe destacar que os pacientes devem fazer parte dessa mudança e, para isso, precisam ser conhecedores dos malefícios que tais ações acarretam.

Exemplos de conduta na APS

Para mudar esse patamar, a postura profissional é fator determinante, uma boa escuta, avaliação, interpretação das reais intensões e necessidades do paciente é fundamental, e isso só será possível no atendimento longitudinal e integral que deve ser realizado na APS por meio dos profissionais da eSF que devem aprimorar suas habilidades de comunicação e de tomada de decisão compartilhada com o paciente (Sharon Decision) (ZONTA et al., 2017). Como condutas pertinentes a P4 podemos citar alguns exemplos como:

- Deixar claro que a busca por exames e especialidades não deve desbancar a prioridade de um estilo de vida saudável para tanto é preciso considerar os hábitos culturais e a história do paciente;
- Não rastrear mediante fatores de risco ou de alguma alteração e não de forma indiscriminada, somente para satisfazer uma necessidade desnecessária do paciente;
- Acompanhar doenças crônicas com uso de scores e instrumentos adequados, e não somente exames laboratoriais e de imagem, como comumente acontece (cadernos e protocolos do MS);
- Fazer revisão de prontuários, identificar fatores de alto risco, rastrear os aspectos psicossociais que podem influenciar em uma situação de saúde/doença, considerando a individualidade de cada paciente;
- Apoiar e incentivar as ações de prevenção primária e secundária, como: grupos de tabagismo, álcool, saúde mental, diabéticos e hipertensos, obesidade sempre priorizando o estilo de vida saudável;

- Antes de rastrear, se pergunte “por quê?” e “para quê?”
- Antes de rastrear ou incentivar o rastreamento, identifique as indicações e as diretrizes para tal situação. Lembre-se: primeiro, não causar danos!
- Reveja as prioridades dos pacientes, saia do convencional e vá além. Por vezes uma pessoa não precisa fazer exames comuns, como: colesterol, triglicerídeos, hemograma entre outros, mas sua história sugere rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ou não precisa fazer uma densitometria óssea, e sim, receber visita da equipe para orientar quanto aos riscos de queda e mudanças no ambiente domiciliar para evitá-las.
- Procure conhecer e aponte os riscos dos rastreamentos;
- Não fragmente o cuidado, aproveite todos os atendimentos e seja resolutivo: não deixar para amanhã, pacientes de hoje devem ser atendidos hoje, essa atitude fortalece a longitudinalidade e a resolutividade do serviço;
- Não medicalize problemas da vida diária;
- Tenha uma abordagem centrada na pessoa, e não, na sua queixa;
- Gestão da Clínica: a equipe precisa contar com um acolhimento adequado e acolhedor; é necessário desburocratizar o acesso e realizar avaliação de risco adequada;
- Conheça a demanda da equipe e o modelo de atendimento adotado, lembre-se que é difícil dividir “urgências” e “rotinas” na APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul**. Nota técnica conjunta 01/2015. [Internet], 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/09/Integralidade-saude-homens.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Rastreamento do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rastreamento-prostata-2013.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Caderno n. 29, cap. 9.3, p. 73-5, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf> Acesso em: 25 jan. 2020.

GERVAS, J. **São e Salvo:** e livre de intervenções médicas desnecessárias. Porto Alegre. Artmed. 2016.

GÉRVAS, J.; PÉREZ, F. M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. **Gac Sanit. Espanha**, v. 3, n. 20, p. 66-71, 2006. Disponível em: <<https://www.gacetasanitaria.org/es-uso-abuso-del-poder-medico-articulo-13101092>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

GÉRVAS, J.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev Bras Epidemiol.** [online], v.8, p. 205-218, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200013>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GREENHALGH, T.; HOWICK J.; MASKREY, N. Evidence based medicine: a movement in crisis? **BMJ**, v. 348, p.3725, 2014. Disponível em: <<https://www.bmjjournals.org/content/bmjjournals/348/bmjjournals.3725.full.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ILIC, D. et al. Screening for prostate cancer. **Cochrane Database Syst Ver.** 2013; Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440794>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

MODESTO, A. A. D. et al. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. **Interface. Botucatu**, v. 22, n. 64, p. 251-62, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0251.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

NORMAN, AH, Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [online], v. 10, n. 34, p. 1-3, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1092/684>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

PÉREZ, F. M.; GÉRVAS, J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. **Med Clin. Barcelona**, v.118, n. 2, p. 65-7, 2002. Disponível em: <<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-epidemiologicas-y-eticas.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SANTOS, J. A. A “cadeia alimentar” no mercado da saúde: do disease mongering ao doctor shopping. Rio de Janeiro: **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 210-2, 2014. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/853>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SANTOS, J. A. Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo. Rio de Janeiro: **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 11-5, 2013. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/677/535>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

TESSER, CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000800009&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation British. [online]. **Journal of general practice**; 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/01/Norman_Tesser_-2019-P4-no-BJGP.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ZONTA, R. et al. **Rastreamento, check-up e prevenção quaternária** [online]. Florianópolis: UFSC, 157p.: il., 2017. Disponível em: <<https://www.docscity.com/pt/ufsc-rastreamento-check-up-e-prevencao-quaternaria/5038900/>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

APÊNDICE C - ATIVIDADE REFLEXIVA: ESTUDOS DE CASOS

Estudo de Caso 1: Medicalização da vida diária

FL, feminino, 46 anos, procura atendimento na ESF, profissional de serviços gerais de uma empresa, desempregada, acompanhada pelo filho adolescente, que relatou à equipe que a mãe sofreu um choque muito grande com a morte de seu irmão mais novo em um acidente de trânsito há, aproximadamente, um mês, e não consegue voltar ao trabalho. Após isso, ela demonstra-se desanimada, triste, sem perspectiva futura, suspirando, inclusive negligenciando sua higiene e aparência pessoal, afastando-se das relações sociais (amigos e familiares) e das atividades de lazer e, em alguns momentos, verbalizando sentimentos negativos e autodestrutivos de não querer mais viver. Ao exame físico: bom estado geral, orientada, corada, hidratada. Temperatura: 35,9 ° C, PA 130/85 mmHg, FC: 99 b.p.m. Saturação: 98%.

- Conduta: indicado antidepressivo e atestado para afastamento do trabalho por mais 30 dias e encaminhamento para consulta com psiquiatra.

Desfecho: paciente não esboçou reação e filho saiu satisfeito com as intervenções, acreditando serem necessárias e resolutivas.

Questões para reflexão:

- Como você agiria perante o caso?
- Quais intervenções você julga necessárias e quais você considera prejudiciais ao paciente?
- Quais ações voltadas a ações de P4 a equipe poderia realizar para auxiliar nas necessidades da paciente acima?

Estudo de Caso 2: Por um Novembro não tão azul!

Ao saber da campanha na sua cidade, FCH, masculino, 54 anos, procura a Unidade de Saúde em busca de exames preventivos, afinal “é novembro e é o momento dos homens se cuidarem”. Não tem queixas, mas realiza check-up anualmente. Possui vida ativa, trabalha no comércio local, joga bola uma vez por semana, realiza caminhadas diárias. Mora sozinho, sofre de insônia, sente-se só e, por hora, desanimado, tem muito medo de morrer e, mesmo sem histórico familiar de câncer de próstata na família, não quer arriscar, gostaria de consultar com urologista, pois já

faz um ano da última consulta. Gostaria de exame de imagem para ter certeza de que está tudo bem com sua próstata e exames laboratoriais, pois tem orgulho de nunca ter tido alterações como colesterol e triglicerídeos. Nada mais foi perguntado ou argumentado.

- Ex. Físico: bom estado geral, orientado, corado, hidratado, anictérico. Temperatura: 36º C, PA 110/75 mmHg, FC: 68 b.p.m.
- Conduta: solicitado exames laboratoriais (check-up), ultrassonografia de próstata e encaminhado ao urologista conforme solicitação do paciente.

Desfecho: paciente saiu satisfeito com as intervenções, acreditando serem necessárias e resolutivas.

Questões para reflexão:

- Como você agiria perante o caso?
- Quais intervenções você julga necessárias e qual você considera prejudiciais ao paciente?
- Quais ações a equipe poderia realizar para auxiliar nas necessidades do paciente acima?

Estudo de Caso 3: câncer de Mama

FALSO-NEGATIVO

Identificação - C.A.O., feminino, 57 anos, casada, do lar, residente em área urbana.

- Queixa: Sem comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Em abril de 2018, foi atendida em clínica de ginecologia da sua cidade, para realização de exames pré-operatórios de procedimento estético (redução de mamas) sem queixas. Antecedentes pessoais: menarca aos 12 anos, sexarca aos 19 anos, gesta III, para II (2 cesáreas), aborto I, histerectomizada há aproximadamente 6 anos, sem queixas mamárias e histórico de exames mamográficos sem alterações. Do ponto de vista clínico, paciente sem anormalidades. Médico solicitou exames de rotina, bem como mamografia. Ao retornar com resultados, mamografia sem alterações com o Breast Image Reporting and Data System (BI-RADS): I. Seguindo as etapas, o procedimento estético foi marcado e realizado com sucesso, sendo de protocolo da instituição que o material seja enviado para análise, para surpresa de todos a biópsia resultou positivo para Ca de mama.

Desfecho: paciente que realizava exames anualmente, sempre sem alterações, não obteve sucesso de diagnóstico precoce com exames de rotina, fazendo parte das estatísticas dos falsos-negativos.

FALSO-POSITIVO

Identificação – F.M.S., feminino, 54 anos, casada, do lar, residente em área urbana,

- Queixa: sem comorbidades. Gesta II, para II (2 cesáreas). Nega tabagismo e etilismo. Em abril de 2015, foi atendida no ambulatório de ginecologia da Faculdade de Medicina de sua cidade. Relata sentir nódulo na mama esquerda. Antecedentes pessoais: menarca aos 12 anos, sexarca aos 17 anos, sem alterações em exames de rotina anteriores e sem antecedente familiar de câncer de mama. Do ponto de vista clínico, paciente sem anormalidades. Seguindo as etapas do exame físico das mamas, notava-se retração em nível de aréola em mama esquerda. A mama direita, sem alteração. Na palpação da mama esquerda, na região supra areolar, detectou-se nodulação palpável de consistência endurecida, móvel, mensurando, aproximadamente, 2 cm. Paciente queixa-se de dor a palpação. Axilas livres. A mamografia aponta BI-RADS: III. A ultrassonografia mamária revelava mamas multicísticas e em maiores diâmetros; mama esquerda, com nodulação sólida regular; mamas liposubstituídas.

Desfecho: paciente realizava exames anualmente, sempre sem alterações esse ano, exame de rastreamento BI-RADS: III, o médico solicitou punção de mama, que resultou em negativo para malignidade. No entanto, a paciente ficou esperando pelo Sistema Único de Saúde por um período de 3 meses, era final do ano e os profissionais credenciados não estavam atendendo, causando enorme dano psicológico na paciente devido a ansiedade gerada pela espera.

- Como você agiria perante estes casos?
- Quais intervenções você julga necessárias e qual você considera prejudiciais as pacientes?
- Quais ações a equipe poderia realizar ou realiza para auxiliar nas necessidades de pacientes que comumente procuram os serviços para rastreamento de câncer de mama?
- Que avaliação você faz perante os casos e ao sistema de rastreamento de câncer de mama?

Estudo de Caso 4: Doctor Shopping

Identificação - MCS, 25 anos, casada, do lar, residente em área urbana.

- Queixa: febre na noite anterior, dores pelo corpo, principalmente no peito, dor de garganta há menos de 24h. Nega tosse, coriza, diarreia, vômitos ou qualquer outra queixa. Relata que não realiza exames laboratoriais há mais de 02 anos, que gostaria de ser encaminhada para o dermatologista, pois tem uma mancha na pele de nascença e acredita ter hipotireoidismo porque tem dificuldade para perder peso. Questionada, relata que não teve alteração significativa na coloração ou tamanho da mancha na pele e que não realiza nenhum tipo de atividade física. Nada mais foi perguntado.

- Exame físico: temperatura de 37.9°, hiperemia leve de orofaringe. Pressão arterial: 115/75 mmHg e FC: 91 b.p.m.
- Abdômen: flácido s/defesa, ruído hidroaéreo presentes, nega dor.
- Ausculta Pulmonar: sem alterações.
- Hipótese diagnóstica: virose / resfriado inespecífico.
- Conduta: medicada com analgésico e antibiótico, solicitado exames laboratoriais, inclusive marcadores da tireoide e RX pulmão PA/Perfil, encaminhada ao dermatologista.

Desfecho: paciente saiu satisfeita com as intervenções, acreditando serem necessárias e resolutivas.

- Como você agiria perante o caso?
- Quais intervenções você julga necessárias e quais você considera prejudiciais ao paciente?
- Quais ações a equipe poderia realizar para auxiliar nas necessidades da paciente acima?

APÊNDICE D - MATRIZ DE INTERVENÇÃO

| | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------------|--------------|--------|---|
| Descrição do Sonho: | | | | | | |
| Objetivo: | | | | | | |
| Estratégia para Alcançar o Objetivo | Atividades a serem desenvolvidas | Recursos Necessários | Resultados | Responsáveis | Prazos | Mecanismo para avaliação dos resultados |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

APENDICE E – CAPÍTULO DE LIVRO REFERENTE A REVISÃO LITERATURA

CAPÍTULO 2

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karina Schopf, Carine Vendruscolo, Charles Dalcanale Tesser, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Aline Lemes de Souza

Introdução

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) foi proposto no contexto clássico dos três níveis de prevenção¹ que classificavam a prevenção em primária, secundária e terciária. A P4 pode ser compreendida como um quarto tipo de prevenção, não relacionada às doenças em geral e, sim, à iatrogenia decorrente do uso excessivo de intervenções diagnósticas e terapêuticas e à medicalização desnecessária.² Similarmente, também, pode ser compreendida como a ação que atenua ou evita as consequências do excesso de intervenções médicas, acarretando atividades médicas desnecessárias.³

Segundo a lógica proposta pelo modelo a seguir², baseado na História Natural da Doença¹, há quatro níveis de prevenção, a saber:

- Prevenção Primária: prática voltada à pessoa saudável, assintomática, a qual, ao ser avaliada profissionalmente, não apresenta nenhuma doença ou problema de saúde, o que constitui um contexto perfeito para ações como imunizações e educação em saúde;
- Prevenção Secundária: prática que objetiva a descoberta ou detecção de doenças, preferencialmente em estágio inicial (latente), entre indivíduos que se percebem saudáveis, assintomáticos. Exemplo: exames de rastreamento do câncer ou testagem para doenças sexualmente transmissíveis;

- Prevenção Terciária: prática que objetiva minimizar as complicações futuras de uma doença já diagnosticada em um paciente sintomático, seja por meio da instituição de tratamento, seja por meio de medidas de reabilitação do doente;
- Prevenção Quaternária: é o tipo de prevenção menos intuitivo e se dá no contexto em que um paciente saudável, não portador de doença, percebe-se doente (mal-estar) e o profissional que o atende é levado a buscar um problema e pode produzir intervenções desnecessárias com potencial iatrogênico e medicalizante. Por exemplo, solicitar exames diagnósticos desnecessários, que podem desencadear cascatas de intervenções, falsos positivos etc., ou tratar com fármacos, os quais, além de potencial iatrogênico próprio, tendem a transformar situações corriqueiras de sofrimento, transformar dor e conflito social ou psicológico em problemas médicos, gerando dependência, excesso de demanda futura aos serviços de saúde e novas intervenções com potencial iatrogênico.

Podemos definir a P4 como a evitação das intervenções desnecessárias ou a ação que visa proteger os pacientes do excesso de medicalização, motivo pelo qual também é chamada de 'prevenção da prevenção' ou prevenção da iatrogenia, termo que deriva do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no paciente pela prática médica.⁴⁻⁵ Alternativamente, pode ser entendida, também, como um uma nova expressão para um antigo conceito: "*primum non nocere*", do latim, "primeiro, não causar dano", conhecido pela biomedicina atual como princípio da não-maleficência.²

O conceito de doença vem se modificando, diminuindo os limiares para designar o que é considerado doença (ampliando-a), e restringindo o que era considerado normal. O resultado desse processo de ampliação dos diagnósticos é uma redução da tolerância, pelo profissional, em relação às oscilações e variações do processo de saúde-doença, o que vai ao encontro das mudanças e atitudes do indivíduo, que, influenciado pelo meio, modificou suas percepções de saúde-doença, o que resulta em intervenções cada vez mais precoces por parte dos profissionais.⁶ Em outras palavras, a margem de normalidade diminui, os diagnósticos se expandem e indicam-se mais intervenções.⁶

Com o objetivo de evitar a medicalização indesejável, ou seja, de transformar em problema de saúde ou doença o que, antes, não o era⁷, a prática da P4 consiste em um exame minucioso, contínuo, de todas as intervenções que um médico ou outro profissional realiza, visando o cuidado de seus pacientes, em uma espécie de controle de qualidade permanente de suas condutas, tendo, sempre, em mente o dano (iatrogenia) e

a medicalização que ele pode causar, ainda que não intencionalmente.⁴ São exemplos de medicalização indesejável (ou excessiva, ou sobremedicalização), atualmente: os tratamentos desnecessários de eventos vitais ou adoecimentos benignos autolimitados (contusões, partos, resfriados, lutos etc.); a redefinição de um número crescente de problemas da vida humana corriqueiros e, habitualmente, até recentemente, manejados autonomamente, como problemas de saúde que exigem cuidados de profissionais da saúde; a solicitação de exames ou a realização de tratamentos em função do medo ou da pressão, advinda dos pacientes; e as intervenções em razão de insegurança por parte dos médicos (ou de outros profissionais), fenômeno denominado “medicina defensiva”, pouco debatida ou estudada.⁶ Outra importante prática da P4 consiste na escuta atenta dos pacientes, fortalecendo a relação médico-paciente, o que é chamado, por muitos, de Medicina Baseada em Narrativas.⁴

Como mencionado anteriormente, a medicalização excessiva de pacientes sintomáticos e assintomáticos favorece o aumento da realização de diagnósticos falsopositivos e, também, de “sobrediagnósticos” (diagnósticos corretamente firmados de doenças assintomáticas que não se manifestariam clinicamente). O aumento do número de sobrediagnósticos, por sua vez, resulta no crescimento do número de tratamentos desnecessários, também chamados “sobretratamentos”.⁸

A inadequação ou insuficiência de atendimento pode ser tão perigosa quanto a medicalização excessiva, ainda mais em certas circunstâncias. O médico da família tem condições de lidar com as complexidades sociais e psicológicas ora demandadas pelos pacientes e de outro influenciado pelas indústrias farmacêuticas e biomédicas. Este deve expressar seus valores éticos e da profissão, sendo capaz de evitar o abuso do poder através de intervenções desnecessárias, demandando de alternativas cabíveis na P4, porém, com cuidado para não diminuir a hierarquia da ética frente a uma simples redução de custos.⁹

Observa-se, na literatura, escasso número de produções que se preocupam com a P4. Por esse motivo, justifica-se o presente estudo, aliado à importância e atualidade do tema. A revisão da literatura, apresentada neste capítulo, portanto, tem o propósito de contribuir para o aprimoramento da prática de profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial aos enfermeiros prescritores ou que realizam a Consulta de Enfermagem, os quais atuam nas equipes de Saúde da Família (eSF) visando a qualificação do trabalho das equipes e a qualidade do cuidado clínico-

sanitário ofertado à população. Na rede de serviço da APS, o cuidado desempenhado por enfermeiros deve ser compartilhado e articulado aos demais profissionais, dado que estão orientados para o mesmo objetivo, qual seja, responder às necessidades de saúde da população.¹⁰

A colaboração interprofissional e interorganizacional tornou-se componente importante de um sistema de saúde em bom funcionamento, ainda mais com recursos financeiros limitados, envelhecimento da população e doenças crônicas comórbidas. O papel da enfermagem na APS, ao lado de outros profissionais de saúde, é fundamental. Os enfermeiros podem criar uma cultura que incentive valores e modelos que favoreçam o trabalho colaborativo em um contexto de equipe.¹¹ Sendo assim, o objetivo deste capítulo é identificar o perfil e descrever características e conteúdos das publicações científicas sobre a P4.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, em base documental, baseada nos pressupostos da revisão bibliográfica narrativa. Esse tipo de pesquisa visa a produção de um conhecimento novo, agregando aos conhecimentos sobre a área e objeto de estudo, buscando responder questões relacionadas a problemas ou indagações teóricas e práticas. Nesse sentido, a revisão de literatura narrativa diz respeito à familiarização do assunto em questão mediante apresentação dos estudos e teorias já existentes sobre o tema, permitindo, assim, uma cobertura mais ampla para o que se propõe pesquisar, buscando fontes diversas e realizando sua análise e interpretação.¹²

Outra característica da revisão narrativa é que ela permite a aquisição e atualização de conhecimento sobre um algum tema em curto período de tempo, e, ainda, atende a um determinado ponto de vista teórico ou contextual. Sendo assim, constitui-se, fundamentalmente, da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador.¹³

Assim, foi realizada a presente pesquisa a partir da seguinte pergunta: qual o perfil e as características e os conteúdos das pesquisas sobre a P4? O questionamento foi inserido em um protocolo orientador do estudo cuja validação foi realizada por dois revisores, um expert em revisões da literatura e outro no tema de pesquisa, neste caso, a P4.

A pesquisa foi desenvolvida mediante a busca de trabalhos nas bases de dados SCOPUS (ELSEVIER), PUBMED CENTRAL: PMC e Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME), contemplando os seguintes materiais: artigos científicos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. O período de recorte temporal da pesquisa foi de janeiro de 2014 até outubro de 2019, considerando a atualidade dos artigos sobre o tema. Cumpre destacar que a produção, seguindo esse rigor, pode contribuir, não só para pesquisar o estado da arte de um determinado tema, como também identificar conexões em diferentes áreas, como abordagens teóricas e metodológicas, de maior potencial explicativo e compreensivo.¹³

Para fins de sistematização do processo de revisão, inicialmente, os trabalhos pré-selecionados foram organizados em quadros sinópticos no intuito de sintetizar e subsidiar a compreensão e a discussão dos conteúdos. Assim, foi realizada uma abordagem bibliométrica para caracterização dos trabalhos. A bibliometria consiste no uso de métodos quantitativos para realizar uma avaliação objetiva da produção científica, que não se limita a uma classificação puramente estatística e simples.¹⁴ Nessa perspectiva, a seleção e extração dos dados caracterizou os estudos conforme os seguintes critérios: período, tipo de estudo, nível de evidência, origem, subárea na enfermagem, relação com a questão de pesquisa, tipo de periódico, país de origem do estudo. O processo analítico dos dados oriundos desta etapa foi desenvolvido a partir das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, foi realizada leitura flutuante dos trabalhos completos a fim de tomar ciência dos temas abordados nos estudos e realizar a descrição temática, buscando interpretações relacionadas com a pergunta de pesquisa ao mesmo tempo que buscava dar sentido às próprias interpretações dos autores.¹⁵

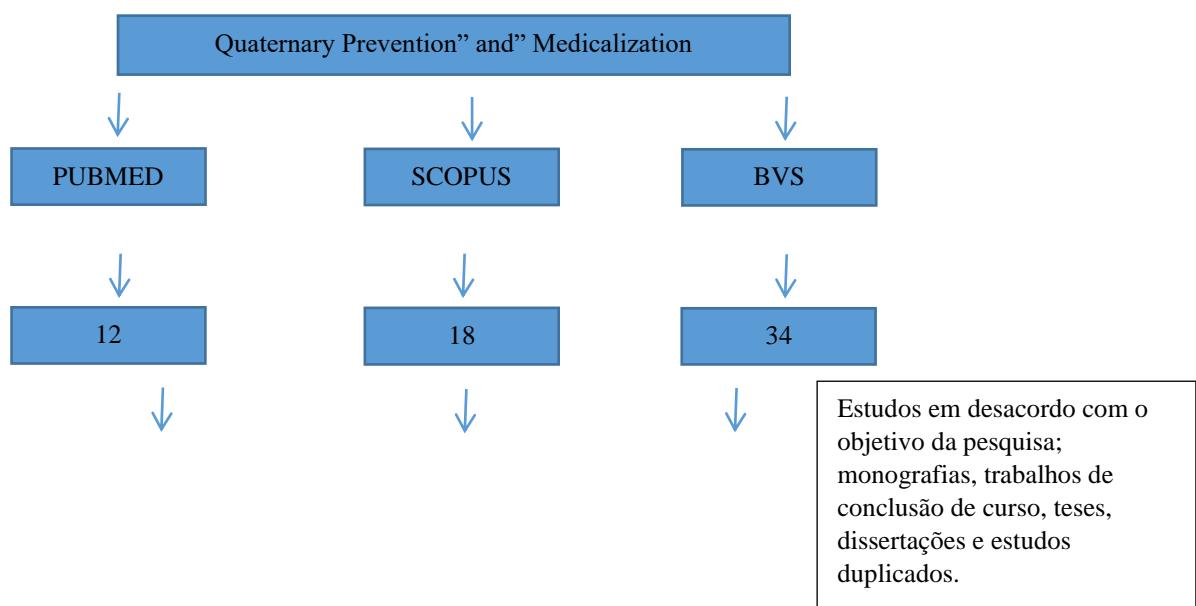
Tais movimentos de interpretação, reflexão sobre a pergunta e interpretação dos autores a partir de pressupostos da promoção da saúde, na APS, ofereceram subsídios para a exploração do material que ocorreu concomitantemente com as leituras detalhadas dos textos completos. Num segundo momento, foi realizado um recorte dos textos em unidades de registro que, posteriormente, foram classificados e agregados em dados de modo a estruturar as categorias que expressam a P4, quais sejam: **(1) perfil dos estudos sobre P4, (2) conceito de P4; (3) sobremedicalização e sua relação com a P4; (4) posicionamento profissional frente a P4.**

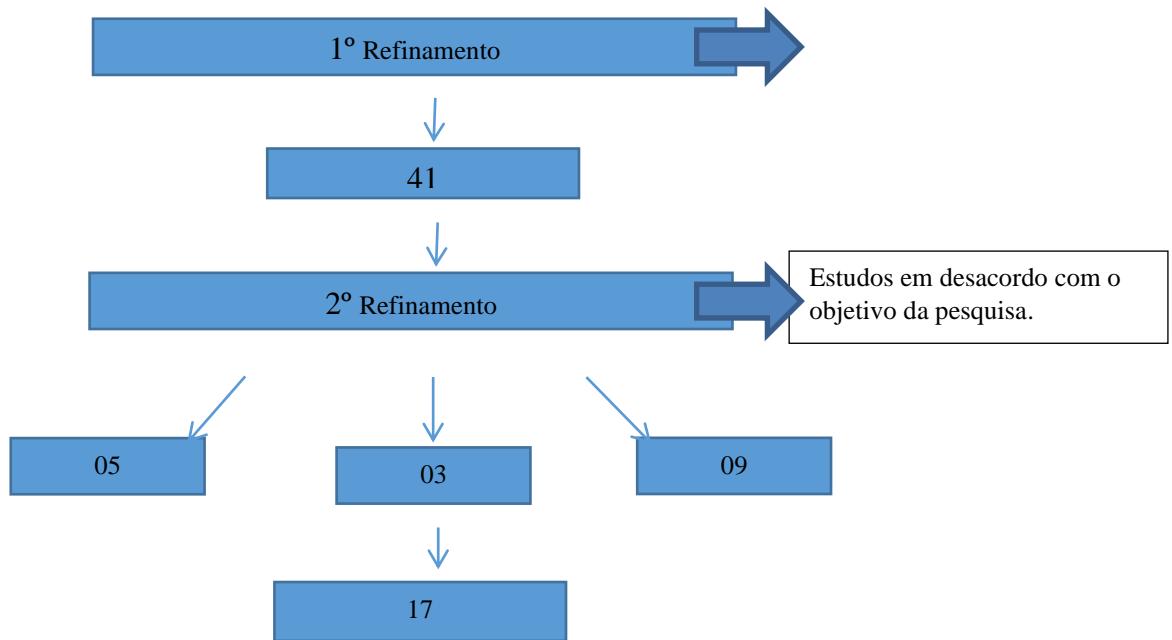
Como se trata de uma revisão da literatura, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como participantes do estudo, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Todavia, destacamos que as informações passaram por uma revisão por pares para atestar a confiabilidade dos resultados, a fim de garantir o rigor científico e respeitou os direitos autorais conforme preconizado na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.¹⁶

Uma primeira busca nas bases de dados resultou em 64 estudos: na base da PUBMED, 18 estudos; SCOPUS, 12; e BVS, 34. Em seguida, foi aplicado o primeiro refinamento, utilizando os critérios de exclusão. Foram excluídos estudos que não estavam de acordo com o objetivo da pesquisa; cartas; resenhas; editoriais; estudos secundários; publicações do tipo: livros, capítulos de livros, publicações de autoria governamental, boletins informativos, monografias, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, resumos, debates, comentários, trabalhos oriundos de eventos, estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise e estudos duplicados.

Foi realizada a leitura flutuante dos 64 estudos encontrados, ou seja, leitura do título e resumo, resultando em 19 estudos duplicados e quatro estudos indisponíveis. Os 41 trabalhos que restaram foram lidos na íntegra com o objetivo de realizar o segundo refinamento. Nessa etapa, 17 estudos tiveram fraca adesão à pergunta de pesquisa, quatro eram comentário, dois debates e uma monografia, os quais foram excluídos. Permaneceram 17 trabalhos selecionados para a análise. O fluxograma a seguir (Figura 1) ilustra o caminho para a seleção dos estudos.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão narrativa





Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Resultados e discussão

Perfil dos estudos sobre P4

Após análise preliminar dos estudos selecionados, constatou-se que 35,29% (6) foram publicados no Brasil; 17,64% (3), na Bélgica; 11,76% (2), na Espanha; 5,88% (1), em cada um dos países: Portugal, Canadá, Suíça, Uruguai, Argentina, Coréia do Sul. Quanto à linguagem empregada, observou-se que 29,41% (5) dos trabalhos foram escritos em português, 52,94% (9), em inglês; e 17,65% (3), em espanhol. Com relação às fontes, verificou-se que 29,41% (5) dos títulos provinham da PUBMED, 17,65% (3), da SCOPUS; e 52,94% (9), da BVS. Quanto aos periódicos de origem, atentou-se que todos os periódicos são da área da medicina. No que se refere ao ano de publicação, 11,76% (2) dos trabalhos foram publicados em 2014; 47,05% (8), em 2015; 5,88% (1) em 2016; nenhum em 2017, 11,76% (2) em 2018 e 23,52% (4) em 2019. No tocante aos tipos de estudo, averiguou-se que 76,47% (13) das publicações enquadravam-se como Ensaios, 5,88% (1) como artigos revisão narrativa, 5,88% (1), revisão reflexiva; 5,88% (1), revisão de escopo; e 5,88% (1), revisão bibliográfica, todos de cunho teórico, qualitativos. No que diz respeito aos níveis de força de evidência, conforme escala hierárquica previamente descrita, 100% (17) das publicações foram classificadas como nível 4, com forte adesão à pergunta de pesquisa. A revista que mais publicou sobre o tema foi a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com 52,94% (9)

artigos, seguida da International Journal Of Health Policy And Management, com 11,76% (2) artigos publicados.

Observou-se que as produções estão voltadas à área da medicina, não havendo publicações voltadas ao tema na área da enfermagem, sugerindo a necessidade de pesquisas e evidências sobre o tema na área. Considera-se a APS um cenário com grande potencial para o desenvolvimento de pesquisa, inclusive para o profissional enfermeiro, e o tema P4 configura-se como uma lacuna de conhecimento que pode ser preenchida com a produção de estudos teóricos e empíricos, e utilização de tecnologias para a produção de evidências.¹⁷

O conceito de P4, sua relação com a sobremedicalização e o posicionamento dos profissionais frente a P4 são categorias que expressam a P4 no âmbito dos estudos selecionados, sendo que estas foram extraídas dos dezessete trabalhos que compuseram os dados da revisão. O quadro 1 apresenta os estudos organizados de acordo com essas categorias, com algumas características analíticas, que serão, posteriormente, discutidas.

Quadro 1: Títulos dos estudos sobre P4 e sua interface com a APS, codificados por letras e números, organizados segundo ano, base de dados, natureza e categorias.

| COD | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | BASE | ESTUDO | CATEGORIA |
|-----------|---|------|--------|-------------------------|--|
| A1 | Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society ¹⁸ | 2018 | Scopus | Ensaio | Conceito P4 e sobremedicalização |
| B2 | Why is quaternary prevention important in prevention? ¹⁹ | 2017 | Scopus | Ensaio | Conceito de P4 |
| C3 | Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health ²⁰ | 2017 | Scopus | Ensaio | Conceito de P4 |
| D4 | Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 middle east respiratory syndrome coronavirus outbreak in the republic of Korea ²¹ | 2015 | Scopus | Ensaio Bibliográfico | Sobremedicalização |
| <u>E5</u> | Quaternary prevention: containment as an ethical necessity ²² | 2014 | Scopus | Ensaio | Conceito de P4 |
| F6 | Quaternary prevention: reviewing the concept: quaternary prevention aims to protect patients from medical harm ²³ | 2018 | Pubmed | Ensaio | Conceito de P4 |
| G7 | Care and do not harm: possible misunderstandings with quaternary prevention (p4): comm | 2015 | Pubmed | Ensaio | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |

| | | | | | |
|-----|--|------|--------|------------------|---|
| | ent on "quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization" ²⁴ | | | | |
| H8 | Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization ²⁵ | 2015 | Pubmed | Ensaio | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |
| I9 | Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares / all that glisters is not gold: discussing quaternary prevention based on popular sayings / no todo lo que reluce es oro: discutiendo prevención cuaternaria a partir de dictados populares ²⁶ | 2019 | Bvs | Ensaio | Conceito de P4 |
| J10 | Geoffrey rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção / geoffrey rose y el principio de la precaución: para construir la prevención cuaternaria en la prevención / Geoffrey rose and the precautionary principle: to build the quaternary prevention in the prevention ²⁷ | 2019 | Bvs | Ensaio | Conceito de P4 |
| K11 | Prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud / quaternary prevention: medical ethics, evaluation and efficiency in the health systems / prevenção quaternária: ética médica, avaliação e eficiência nos sistemas de saúde ²⁸ | 2016 | Bvs | Ensaio reflexivo | Conceito de P4 |
| L12 | Quaternary prevention: first, do not harm / prevenção quaternária: primeiro não causar dano / prevención cuaternaria: primero no hacer daño ²⁹ | 2015 | Bvs | Ensaio | Conceito de P4 e Posicionamento dos profissionais frente à P4 |
| M13 | Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family doctors / prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família / prevención cuaternaria: una mirada a la medicalización en la práctica de los médicos de familia ³⁰ | 2015 | Bvs | Ensaio | Sobremedicalização e Posicionamento dos profissionais frente à P4 |
| N14 | ¿overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo / sobrerrastreamento ou prevenção em uma escala humana? Excesso de rastreamento / overscreening or prevention in a human scale? Excessive screening ³¹ | 2015 | Bvs | Ensaio | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |

| | | | | | |
|-----|---|------|-----|-------------------|--|
| O15 | Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice ³² | 2015 | Bvs | Revisão Narrativa | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |
| P16 | Multimorbidity and quaternary prevention (p4) / multimorbididade e prevenção quaternária (p4) / multimorbilidad y prevención cuaternaria (p4) ³³ | 2015 | Bvs | Ensaio | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |
| Q17 | Prevenção quaternária e limites em medicina / quaternary prevention and limits in medicine / prevención cuaternaria y límites en medicina ³⁴ | 2014 | Bvs | Ensaio | Posicionamento dos profissionais frente à P4 |

Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Conceito de P4

Para B2, a evolução da biomedicina no contexto das sociedades ocidentais contemporâneas, produziu a priorização de ações preventivas em relação às curativas, até então aplicadas, sobretudo, em função das doenças crônicas e do envelhecimento populacional, associados a limitações terapêuticas biomédicas.¹⁹ Leavell e Clark foram os criadores dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, servindo como base para o conceito ampliado da P4 frente a necessidade de conter o excesso de intervenções curativas e preventivas, hoje considerado um risco significativo à saúde.³⁵ O autor traz a APS como berço original da P4, ressaltando a importância de médicos, demais profissionais e de gestores na avaliação de suas práticas. Esta deve estar direcionada para uma atitude e prática de evitar danos iatrogênicos em ações curativas e preventivas, com atenção ao que elas poderão acarretar, abrindo espaço para elaboração de diretrizes com o intuito de proteger os usuários de possíveis danos e cascatas de ações inapropriadas.¹⁹

Em Q17, o autor refere que a P4 emerge a partir dos questionamentos em relação às ações médicas, aos seus excessos de uso de tecnologias duras e à ampliação das doenças, transformando situações assintomáticas em risco e, este, em doença. Os médicos usam dados estatísticos, calculados sobre populações, não sobre a individualidade de cada paciente.³⁴ Com isso, eles realizam a transposição de riscos coletivos para as pessoas, com comum sobremedicalização e sobretratamento, sem considerar a influência da indústria farmacêutica nesse processo.³⁴

O mesmo autor afirma que a P4 é a relação dos médicos conscientes de suas ações e suas responsabilidades, com a integralidade do atendimento prestado ao

paciente, respeitando os limites da medicina baseada em evidências, valorizando a escuta e não medicalizando os problemas da vida. Para isso, são necessários, ao profissional, conhecimentos voltados à empatia, controle mental e afetivo de si e de sua relação com o paciente, bem como conhecimento técnico livre de manipulações e influências do mercado.³⁴

Em E5, é abordado o conflito de interesses gerado pela indústria farmacêutica, influenciadora dos Estados, que, através das diretrizes clínicas sobre as doenças e pela popularização da prevenção, contribuem para o aumento das intervenções e para a medicalização da vida. De encontro com a definição de Jamoullle, em E5 os autores defendem que ações de P4 devem ocorrer em todos os níveis de prevenção, pois, nelas, os pacientes estão expostos ao excesso de intervenções desnecessárias. Os autores, como os demais encontrados nesta revisão, também primam pela cautela quanto ao limiar, cada vez menor, entre o que é doença e o que é considerado padrão de normalidade. Os autores entendem que a P4 deve estar presente em qualquer intervenção médica, sempre avaliando o custo-benefício da ação proposta.²²

Em I9, é citado o aumento de ações preventivas impostas na atualidade, desde ações simples, como aferir a pressão arterial, até exposições a exames de rastreamento de câncer do colo do útero e de próstata, popularizadas pelo “outubro rosa” e “novembro azul”. Essas ações devem ser reavaliadas pelos profissionais da saúde da família a fim de identificar riscos e limitações de ações preventivas. A popularização de procedimentos preventivos, com os meios de comunicação e o marketing imposto pela indústria, gera, nas pessoas, a necessidade excessiva de manter uma vida saudável a custos altos, tanto financeiros quanto da própria saúde. Para I9, a P4 é voltada, prioritariamente, para as pessoas não-doenças, mas que se sentem doentes, seguindo a linha de Jamoullle.²⁶ O autor I9 discute a P4 a partir de alguns ditados populares: “A voz do povo é a voz de Deus”; “É melhor prevenir do que remediar”; “Seguro morreu de velho”; “Nem tudo que reluz é ouro”; “Não se mexe em time que está ganhando”; entre outros, mostrando que é imprescindível avaliar o impacto que as ações preventivas geram na saúde da população e que os saberes populares não podem direcionar o saber técnico-científico meramente por comodismo ou por facilitar a relação médico-paciente.²⁶

Em F6, os autores apresentam uma nova perspectiva para a P4 “com base na crença de que a prevenção quaternária deve estar presente na mente dos médicos para

cada intervenção que eles sugerem a um paciente”,^{23:04} em que a P4 é pensada estritamente, em termos de buscar criteriosamente, um balanço favorável entre benefícios e danos, sem mencionar o tema da medicalização, diferentemente do proposto por Marc Jamoullie. Os autores apostam na definição de P4 na qual as pessoas estão em risco de intervenções desnecessárias em todos os níveis de prevenção.³⁶ Defendem que a P4 deve se basear, estritamente, em evidências científicas, considerando que a desmedicalização, frequentemente não é um conceito cientificamente baseado.²³ Com isso, eles menosprezam o fundamento científico dos muitos estudos sobre medicalização das últimas décadas, os quais fundamentam a necessidade de desmedicalização de muitas situações e cuidados. Os autores restringem a discussão da P4 ao balanço entre danos e benefícios baseado em evidências, o que é necessário, mas não suficiente, e empobrece o conceito. Além disso, desconsideram os vários problemas envolvidos na produção, publicação e interpretação das evidências.³⁷ Esses mesmos autores, também, ponderam que “a prevenção quaternária não deve ser encarada como uma panacéia, nem deve ser encarada como uma atividade médica isenta de riscos”,^{23:05} e afirmam que a não realização de algumas intervenções médicas também podem gerar prejuízos aos pacientes, sendo que estas perfazem a incerteza da medicina. Isso, por um lado, suaviza as atividades relacionadas à P4, mas, por outro, coloca o conhecimento técnico-científico e a postura ética de cada profissional como fundamental no posicionamento e efetivação da P4.²³ Os autores de J10 atentam aos prejuízos de redefinir a P4 somente em termos da relação dano/benefício, e ressaltam que a P4, antes de tudo, envolve alternativas éticas voltadas à qualificação da ação profissional.²⁷

Já em K11, os autores expressam a mudança com os cuidados de saúde e a prática da medicina, que devem ser desenvolvidas por meio de práticas baseadas em evidências, protegendo os pacientes e, também, a equipe de saúde dos excessos de intervenções. Defendem que a P4 pode ser aplicada em todos os níveis de prevenção mediante um novo e atualizado conceito de “*Primun non nocere*”, com abordagens mais amplas sobre as práticas, em diferentes níveis de complexidade, reorganizando os serviços de saúde, a comunicação e a abordagem com as pessoas. Assim, se sugere voltar a atenção para a avaliação do risco-benefício, as consequências do tratamento, bem com, para os conflitos de interesse.²⁸

Com base nas interpretações dos diferentes autores sobre o conceito de P4, pode-se afirmar que emerge a necessidade de um olhar mais integral dos profissionais aos usuários. Trata-se da necessidade de atentar aos excessos e à inapropriação de intervenções, as quais podem gerar risco de doença e medicalização desnecessária e/ou pouco benéfica de experiências de vida, ou, ainda, menos benéfica que prejudicial; considerando, ainda, possíveis interesses da indústria farmacêutica, tendo como foco alternativas éticas para a atuação profissional em saúde.

Sobremedicalização e sua relação com a P4

Em M13, o autor considera a medicalização um fenômeno social, ampliado pela indústria farmacêutica e pelos próprios profissionais de saúde que, por vezes, não consideram os aspectos biopsicossociais envolvidos nas queixas dos pacientes, aspectos esses que são indispensáveis para não causar danos.³⁰

Já em P16, os autores abordam a multimorbidade na medicina contemporânea, baseada em políticas e diretrizes sobre doenças isoladas como causadora de sobretratamentos e altos custos com serviços de saúde, trazendo marcadores, antes, considerados normais, agora, tratados como doenças. Nesse contexto, a P4 beneficia os pacientes diminuindo o ônus da medicação e a polifarmácia. Sugerem oferecer tratamento eticamente aceitável, com equilíbrio entre benefícios e danos, considerando a capacidade do indivíduo em incorporar e compreender esses danos, estabelecendo uma relação médico-paciente ao longo do tempo, diferentemente dos modelos atuais, nos quais o atendimento ocorre sem foco na proposta de longitudinalidade.³³

Os autores de A1 apostam na capacidade avaliativa do médico e na sua interação com o paciente para a qualidade da orientação e para o sucesso do tratamento; em caso contrário, poderão acarretar iatrogenia pelo mal uso de exames e medicação. É crucial ser cauteloso ao atribuir um diagnóstico ao paciente com intuito de evitar consequências negativas no prognóstico do indivíduo. Os autores apresentam o sobrediagnóstico como problema social quando os limites da normalidade são considerados através de limiares populacionais, rotulando, cada vez mais, as pessoas como doentes. A mídia, os fatores de risco, a indústria, as políticas públicas e o governo, com suas campanhas e diretrizes, todos conduzem ao sobrediagnóstico, colocando os profissionais na incerteza sobre suas práticas. É preciso rever as condutas em nível de organização e políticas de saúde considerando a ética e os princípios da atuação profissional, não só pelo governo, como

também pelos pacientes, os quais exercem pressão em relação ao tratamento e à medicalização.¹⁸

D4 afirma que a ampliação dos níveis de prevenção, proposta de Jamoullle, se justifica no cenário atual, no qual o indivíduo, com suas necessidades no processo de saúde/doença, solicita intervenções. O profissional médico precisa estar preparado para não atender a uma demanda que considera desnecessária ou que pode causar danos, protegendo o indivíduo de sobretratamentos, sobremedicalização e diagnósticos excessivos. Ressalta que a P4 difere dos demais níveis de prevenção que consideram o todo da população.²¹

Na linha dos excessos de intervenções, O15 preocupa-se que a sobremedicalização ou intervenções diagnósticas gerem incidentalomas, mostrando que, muitas vezes, eles aparecem em decorrência da investigação de outra situação diagnóstica, expondo o paciente a uma possível cascata de intervenções. Afirma que “isso ocorre porque a maioria dos incidentalomas representa sobrediagnóstico causado pelo uso massivo de métodos de diagnóstico de alta-resolução”.^{32:01} A quantidade de intervenções diagnósticas é tamanha que é mais comum encontrar um incidentaloma do que o diagnóstico investigado. É preciso esclarecer ao paciente os riscos e benefícios de qualquer intervenção, dividindo a responsabilidade e esclarecendo as expectativas irrealis em relação aos resultados de exames de diagnósticos. O autor defende a mudança das denominações dos cânceres diagnosticados em fase assintomática, haja vista que a maioria dos diagnósticos são dados como cânceres ou tumores, mesmo sendo um incidentaloma, causando sobrediagnóstico e excesso de intervenções.³²

Ao refletir-se sobre a relação da P4 com a sobremedicalização, os autores dos estudos encontrados nesta revisão alertam para a responsabilidade dos profissionais da saúde, novamente enfatizando o direito do paciente de saber sobre os riscos e os benefícios de toda e qualquer intervenção.

Posicionamento dos profissionais frente a P4

H8 destaca uma mudança das práticas médicas voltadas para um padrão construtivista, com um olhar crítico para o excesso de intervenções, visando “*primum non nocere*”. Para o autor, as ações da P4 estão voltadas mais para a prática profissional do que para o paciente. O posicionamento dos profissionais em relação ao tema tem levado a modificações e questionamentos frente o marketing, a indústria farmacêutica e

as novas doenças que aparecem a toda hora, exigindo, cada vez mais, postura profissional frente os possíveis danos que as intervenções clínicas e a medicalização podem causar. A P4 tem a ver com uma relação que deve permanecer verdadeiramente terapêutica, fundamentada no respeito à autonomia de pacientes e médicos (ou outros profissionais). Com essa atitude, a P4 funcionaria como resistência e alerta contra a falta de humanidade e a corrupção institucional de setores da medicina.²⁵

Para a autora de M13, a APS é a primeira porta de entrada ao sistema de saúde, e, como tal, vivencia o aumento da demanda por atendimento médico, consequência - mas também fonte - de medicalização por intervenções preventivas e curativas em demasia. Isso ocorre devido à ampliação do patamar diagnóstico das doenças, tornando-as coincidentes com o que, antes, era considerado uma condição saudável.³⁰ Esses fatores estão ligados a várias situações comuns na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que, por vezes, o dimensionamento inadequado da equipe favorece uma pressão de demanda excessiva - e a percepção desta como inesgotável -, potencializando a medicalização devido às seguintes situações: (1) restrição de acesso na APS, que induz à busca de cuidados à saúde em níveis de atenção mais iatrogênicos, tais como prontos-socorros, hospitalares, ambulatórios de especialidades e serviços privados; (2) alta pressão por assistência à saúde, que favorece um cuidado clínico reducionista, intervencionista e de baixa qualidade na APS; e que redireciona a atenção dos profissionais para condições agudas, fatores de risco e patologias, de interesse epidemiológico, prejudicando uma abordagem abrangente/integral e centrada na pessoa; e (3) predomínio de ações preventivas - nas diretrizes oficiais brasileiras e em muitos contextos assistenciais - em relação às curativas, o que aponta para a disputa entre sobremedicalização e submedicalização e o consequente dilema ético de oferecer atenção a pessoas saudáveis em vez de voltarmos nossa atenção para as pessoas doentes.³⁰

Em N14, são avaliados os rastreamentos mal fundamentados como influenciadores do excesso de intervenções, em especial na APS, considerando dois aspectos importantes: primeiro, que programas de rastreamento maciços como, por exemplo, para câncer de mama, útero, próstata e afecções relacionadas à tireoide precisam partir da necessidade do paciente e, não, do serviço de saúde. E, quando do contrário, é preciso ter a certeza de não causar danos. Outro ponto abordado pelo autor é a equidade, que, por vezes, é ferida devido aos gastos de recursos com procedimentos

desnecessários e, muitas vezes, com desvios de recursos, prejudicando áreas importantes da saúde coletiva.³¹ Ainda, para o autor de N14, ações consideradas desnecessárias exigem, comumente, grande energia dos profissionais, não resultando em melhorias na qualidade de vida da população. A busca por câncer de próstata, através do seu antígeno do sangue específico (PSA), é um exemplo prático do pouco, ou nenhum, impacto em "salvar vidas" que esta ação oferece.³¹

Em B2, o autor problematiza a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida nos séculos recentes, sobretudo nos países ricos, que geraram maior prevalência das doenças crônicas. Os limites terapêuticos da biomedicina para essas doenças preparam o terreno para o que o autor chama de giro preventivo na biomedicina.¹⁹ A incorporação e operacionalização clínica dos fatores de risco, a diminuição dos limiares terapêuticos e a abordagem preventiva, centrada nos indivíduos de alto risco, bem como ampliação do rol de doenças e da faixa de alto risco, geraram um excesso de intervenções, trazendo à tona a relevância de introduzir e debater a P4 no âmbito da APS. A evolução da indústria farmacêutica e da biomédica influencia diretamente a conduta profissional e dos usuários frente as amplas possibilidades de tratamento. Após avaliar os riscos de danos que as ações preventivas podem gerar, cabe aos profissionais a postura do não fazer se não há boa justificativa para tal (a chamada ética da negativa), mesmo mediante a pressão dos interesses econômicos, diretrizes e dos próprios pacientes,¹⁹ negociando com estes últimos mediante grande habilidade de comunicação, para que entendam as razões de não se precisar de intervenções, às vezes, solicitadas, e pactuem, participativa e esclarecidamente, as decisões.

Para os autores de C3, cada vez mais, o limiar do que é ter saúde diminui e o que é ter doença aumenta, expandindo as intervenções médicas em uma sociedade que se sente, cada dia mais, doente. Nesse contexto, surge a Medicina Baseada em Evidências (MBE), que, infelizmente, é manipulada, em grande medida, pela indústria farmacêutica e biotecnológica, contribuindo para tornar doente o que, antes, era considerado saudável. A MBE coloca o profissional como determinante no processo de diagnóstico; cabe a ele definir se vale a pena ou não realizar a intervenção e se esta será ou não benéfica ao paciente. Mas esse processo é realizado, geralmente, com base em estatísticas de grupos populacionais, desconectados dos indivíduos concretos sob cuidado, aos quais não é justificável, cientificamente, simplesmente transpor os riscos populacionais. Por isso, os autores aconselham individualizar a prevenção.²⁰

C3 apresenta a estratégia preventiva de alto risco (EAR) - quando se separara uma fração de alto risco da população para nela intervir preventivamente sobre ele e a estratégia populacional (EP) - quando se busca reduzir o risco de uma doença na população toda; sendo a primeira de interesse da indústria farmacêutica devido à medicalização crônica da prevenção dela decorrente, que pode ser aumentada deslocando-se os pontos de corte de alto risco de modo, cada vez mais, inclusivo, como já se vem fazendo. Assim, introduz-se intervenções preventivas de forma demasiada, sem atentar para os critérios individuais: o que é dito fator de risco para um grupo fica valendo para todos os indivíduos. Já a EP, envolve ações voltadas à sociedade ou a uma determinada população no seu conjunto em que pequenas reduções do risco podem ter alto impacto na morbimortalidade.²⁰

Os autores de J10 trazem à discussão o princípio da precaução (PP) associado às ideias de prevenção redutiva e aditiva, de Geoffrey Rose, como importantes ferramentas para a P4 na prevenção.²⁷ De acordo com Geoffrey Rose, a prevenção redutiva é aquela em que se busca reduzir riscos aumentados de adoecimento, como parar de fumar, realizar atividades físicas (para os sedentários), melhorar a qualidade da alimentação (eliminar agrotóxicos e reduzir alimentos multiprocessados), diminuir fatores de estresse, entre outros, por meio de correções de modos de viver patogênicos, em grande parte derivados da vida urbana industrializada moderna. Esse tipo de medida preventiva está relacionado a mudanças coletivas, de políticas públicas, de segurança social e de diminuição de iniquidades sociais e desigualdades econômicas, além de mudanças individuais. Já as ações preventivas aditivas, são a adição de um fator de proteção artificial às pessoas, como vacinas, fármacos e rastreamentos. Nessas medidas (aditivas), a prova científica de segurança do procedimento deve ser exigida com alto grau de consenso e transparência científicos, mostrando grandes benefícios, com nulos, ou mínimos danos. Devido ao seu alto potencial de danos iatrogênicos, as medidas preventivas aditivas devem ser reguladas pelo PP - que orienta que, na dúvida sobre o potencial de danos (ou sobre o balanço danos x benefícios) de uma intervenção, devemos proteger as pessoas dela, evitando realizá-la - mesmo que seu objetivo seja nobre, ou seja, ainda que se trate de uma ação preventiva (por exemplo: vacinas, tratamento preventivos, rastreamentos). A justificativa ética é que, na prevenção primária e secundária, na APS, no ambiente comunitário, deve haver uma primazia relativa da não-maleficência, ou seja, primeiro, não se deve causar danos, o que

significa que a P4 é destacada em sua relevância na prevenção nesse ambiente.^{38,29} Assim, o PP precisa ser amplamente difundido nas ações da APS, protegendo a saúde da população das incertezas e danos decorrentes de ações preventivas aditivas comumente indicadas e realizadas.²⁷

Em G7, ao analisar a P4, o autor questiona a postura dos gerentes de saúde quanto à possibilidade de redução de custos. Esta, com certeza, existe, mas não deve ser entendida como uma vertente da P4. As ações de P4, segundo o autor, muito bem colocadas por Jamoullle, visam proteger pessoas de intervenções desnecessárias, e não, reduzir custos ou privar o paciente do atendimento adequado.²⁴

L12 questiona as políticas de gestão em saúde no que tange apoiar as ações da P4, em especial o médico da saúde da família na luta contra a sobremedicalização, ações que demandam tempo e envolvimento médico-paciente, indo ao encontro dos anseios dos pacientes²⁹. Entender que a medicina é capaz de prejudicar, ao invés de beneficiar é um dever do profissional, mas é importante frisar que 'não fazer' é bem mais difícil que atender as expectativas dos envolvidos.³⁹

A P4 não exige somente competências técnicas por parte dos profissionais, mas também, ética e habilidades relacionais à “arte de curar” e relação médico-paciente.⁴⁰ Ao encontro dessa constatação, existe uma pressão sobre o profissional para chegar a um diagnóstico preciso, sendo a APS um local de inúmeras possibilidades e em que, muitas vezes, ceder a essa pressão pode mais prejudicar do que beneficiar o paciente, além de medicalizar a situação⁴¹.

O posicionamento dos profissionais em relação à P4 faz refletir sobre a importância de políticas públicas induzirem a discussão sobre esse tema. Cumpre destacar, nessa direção, a importância do investimento na formação em saúde que inclua as questões éticas e a P4 nos currículos, com destaque para o respeito à autonomia dos pacientes, o aperfeiçoamento do ensino das habilidades de comunicação e a horizontalização das relações, reduzindo paternalismo e o autoritarismos, comuns nas relações profissionais usuários na APS, para que seja possível o compartilhamento de decisões. Ainda, atentamos para a importância das ações colaborativas na APS, incluindo outros profissionais, neste debate, com vistas às práticas interprofissionais na direção da P4.¹⁰

Considerações Finais

A P4 é conceituada, por todos os autores avaliados nesta revisão, como uma possibilidade e uma necessidade que precisam ser trazidas ao debate e às práticas dos profissionais no âmbito da APS. São os profissionais, sobretudo aqueles que operam com as intervenções clínicas, que detêm maior poder de intervenção na APS, com potencial de danos e de medicalização, especialmente na prevenção de doenças, e no cuidado clínico.

Considerando o limiar, cada dia menor, entre o que é considerado saúde e doença, é necessário reavaliar as condutas clínicas mediante as inúmeras possibilidades terapêuticas, considerando as necessidades, contextos e valores dos pacientes. Utilizar tecnologias educativas como auxiliadoras nos processos de educação permanente pode ser uma forma de sensibilizar e trazer ao debate o tema da P4 entre os profissionais, tendo como base os princípios da ética e da solidariedade humana. Nesse contexto, o envolvimento e a compreensão do tema por todos os profissionais da APS, inclusive pelos gestores, são primordiais. O sucesso da P4 depende da ação profissional e da colaboração, demandando ações e atitudes que levem até a população um cuidado qualificado e minimizador dos danos iatrogênicos e da medicalização no cenário atual do sistema público de saúde. Assumir essa postura significa, não somente “não causar danos”, mas também primar pela boa gestão dos recursos em saúde.

Cumpre destacar a importância de pautar a P4 na construção de políticas públicas e diretrizes que orientam a APS, promovendo o consenso da importância de minimizarem-se os tratamentos farmacológicos exagerados, os exames complementares e rastreamentos desnecessários ou mal fundamentados.

Referências

- 1 Leavell H, Clark EG. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgrawhill do Brasil; 1976.
- 2 Jamoulle M. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before** (definitions for the four prevention fields as quoted in the Wonca international dictionary for general/family practice); 2008.
- 3 Gérvás J. **Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España**. Madrid: Gac Sanit; 2006. 20(1):127-134.
- 4 Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvás J, Jamoulle M. **Quaternary prevention: a task of the general practitioner**. Heidelberg, Germany: Primary care; 2010.

5 Almeida LM. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária.** Revista portuguesa de saúde pública; 2005. 23(1).

6 Norman AH, Tesser CD. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2009. 25(9):2012-2020.

7 Conrad P. **The medicalization of society.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. 31(1):147-154.

8 Meira LRVS. **Prevenção quaternária em saúde mental: uma revisão integrativa da literatura.** Florianópolis: UFSC; 2014.

9 Bernstein J, La Valle R. **Because of science you also die...: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization”.** Int J Health Policy Manag. 2015; 4(9): 615–616.

10 Rewa T. **Competências para práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde no contexto brasileiro.** Dissertação de mestrado Universidade de São Paulo; 2018.

11 Karam et al. **Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research.** International journal of nursing studies; 2018.

12 Zanella, L. C. H. **Metodologia de pesquisa.** 2^a. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 2011.

13 Rother, E.T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Revista Acta paulista de enfermagem. 2007; 20(2), jun. 2007.

14 Araújo CA. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais.** Em questão (periódico na internet); 2006.

15 Minayo MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo. Hucitec, 2013.

16 Brasil. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.** Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm. Acesso em 02 de janeiro de 2020.

17 Zocche DAA, Zanatta de E, Adamy EK, Vendruscolo C, Trindade LL. Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências. In.: Teixeira, E. (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais.** 1^a ed. vol. 02. Porto Alegre: Moriá, 2020.

18 Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. **Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society.** Atencion primaria; 2018.

19 Tesser CD. **Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?** Florianópolis: Rev saúde publica; 2017. 51:116.

20 Norman AH, Hunter DJ, Russell AJ. **Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health.** Saude soc. 2017.

21 Bae, JM. **Implementation of quaternary prevention in the Korean.** J Prev med public health; 2015.

22 Gonzales CM, Galán IR, Jacob MS, Dios JG. **Quaternary prevention: containment as na ethical necessity.** Na pediatr (Barc); 2014.

23 Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. **Quaternary prevention: reviewing the concept.** European journal of general practice; 2018.

24 Widmer D. **Care and do not harm: possible misunderstandings with quaternary prevention (P4): coment on “quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization”.** J Health Policy Manag; 2015.

25 Jamoullie, M. **Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization.** Int J Health Policy Manag; 2015.

26 Modesto AAD. **Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares.** São Paulo: Rev bras med fam comunidade; 2019. 14(41): 1781.

27 Tesser CD, Norman AH. **Geoffrey rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção.** Interface (Botucatu); 2019. 23: e180435.

28 Pizzaneli M, Almenas QR, Pineda C, Cordero E, Taureaux N, et al. **Prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud.** Rev bras med fam comunidade; 2016. 11(2): 75-85.

29 Jamoullie, M. **Prevenção quaternária: primeiro não causar dano.** Rev bras med fam comunidade; 2015. 10(35), 1-3.

30 Cardoso RV. **Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family.** Rio de Janeiro: Rev bras med; 2015. 10(35), 1-10.

31 Pizzanelli M. **¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo.** Rev bras med fam comunidade. Rio de Janeiro; 2015. 10(35): 1-7.

32 Mariño MA. **Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice.** Rev bras med fam comunidade. Rio de Janeiro; 2015. 10(35): 1-9.

33 Mangin D, Heath I. **Multimorbidity and quaternary prevention (p4).** Rev bras med fam comunidade; 2015. 10 (35), 1-5.

34 Jamoull M, Gomes LF. **Prevenção quaternária e limites em medicina.** Rio de Janeiro: Rev bras med fam comunidade; 2014. 9(31):186-191.

35 Makary MA, Daniel M. **Medical error: the third leading cause of death in the US.** BMJ.2016; 353: i2139.

36 Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. **Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness.** APMIS.2014;122(8):683–689.

37 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. **Evidence based medicine: a movement in crisis?** BMJ. 2014;348:g3725.

38 Santos I. **Conflitos de natureza ética nos rastreios.** Saúde & Tecnologia. 2012; (7):5-8.

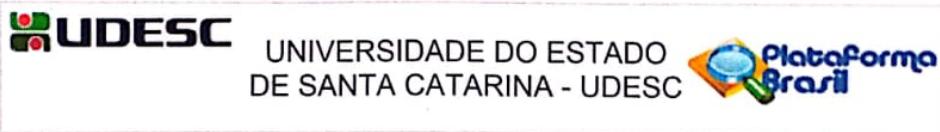
39 Weingarten M, Matalon A. **The ethics of basing community prevention in general practice.** J Med Ethics. 2010; 36(3):138-41.

40 Gérvas J, Pérez-Fernández M. **El fundamento científico de la función de filtro del médico general.** Rev bras epidemiol; 2005. 8(2): 205-18.

41 Tesser CD. **Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde.** Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro; 2019. 17(2), e0020537.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACES COM AS MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE

Pesquisador: Carine Vendruscolo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10420819.0.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

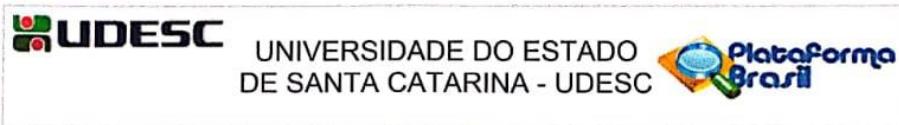
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.375.951

Apresentação do Projeto:

Esta submissão trata-se da busca de atendimento às pendências anotadas no Parecer 3.293.437 de 29 de abril de 2019. Assim, este estudo tem como pesquisadora responsável Carine Vendruscolo e participação de Fernanda Fabiana Ledra, Kiossan da Silva Bernardi Galli, Arnaldo Korb, Edlamar Kátia Adamy, Letícia de Lima Trindade, Leila Zanatta, Silvana dos Santos Zanotelli, Denise Antunes de Azambuja Zocche e Clarissa Bohrer da Silva. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica, qualitativa, do tipo estudo de caso múltiplo, envolvendo participantes que serão incluídos por serem profissionais da APS de quatro municípios selecionados dentre os estratos de faixa populacional e possuir no mínimo seis meses de atuação no cargo, sendo que serão excluídos da pesquisa os profissionais que estejam afastados da atividade por qualquer motivo no momento da coleta de dados, totalizando 400 participantes. A produção e registro das informações qualitativas (entrevistas e acompanhamento longitudinal de caso) tem início previsto para ocorrer em 01/08/2019 e o encerramento do contato com os participantes está programado para 31/10/2022, tendo propósito principal como vinculado à grande área das Ciências da Saúde (Área 4), com Propósito Principal do Estudo (OMS) como relacionado à Saúde Coletiva / Saúde Pública, caracterizado como não internacional, sem dispensa do TCLE, sem retenção de amostras para armazenamento em banco, sem uso de fontes secundárias de dados e sem solicitação de sigilo da integra do projeto.

Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.375.951

Objetivo da Pesquisa:

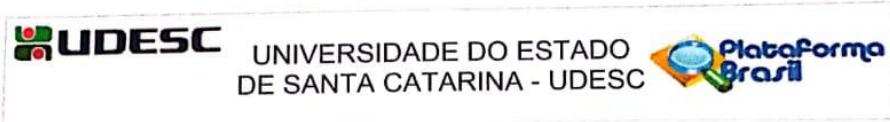
O estudo tem como objetivo primário compreender as concepções de profissionais da saúde e trabalhadores da APS sobre a Prevenção Quaternária (P4). Tem ainda como objetivos secundários (a) identificar as ações dos profissionais e trabalhadores da APS relacionadas à P4; (b) acompanhar e analisar, longitudinalmente, um ou mais casos de usuários da APS, relacionado à P4; (c) promover ações de educação permanente com os profissionais e trabalhadores sobre P4 e possíveis iatrogênias das ações clínico-sanitárias, visando o fomento de melhores práticas de saúde na APS. Para tanto, tem como hipótese que as concepções dos trabalhadores e profissionais de saúde na APS sobre a P4 são superficiais e marcadas pelo modelo biomédico, assim como suas práticas, as quais não incorporam o modelo e os atributos que orientam a APS e a determinação social do processo saúde-doença, por vezes, causando danos; e que portanto, são necessárias ações de educação permanente na direção da qualificação dos profissionais e trabalhadores das equipes de AB/SF, voltadas à compreensão do conceito de P4, à prevenção de iatromias das ações clínico-sanitárias e ao fomento das melhores práticas de saúde na APS. Com base na análise destes objetivos apresentados é possível verificar que aparentemente os objetivos podem ser considerados adequados ao delineamento proposto e não indicam potenciais inadequações éticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora responsável informa que os riscos serão mínimos e sustentam-se explicitamente na Resolução nº 466/2012. A pesquisadora responsável considera-se que, pelo fato de participar de uma atividade de grupo, os participantes possam sentir algum desconforto ou estresse, e que se isto ocorrer, a dinâmica será interrompida até que o participante se sinta à vontade para retornar. Além disto, o participante poderá também optar por encerrar sua participação na atividade a qualquer momento da sua realização e em caso de ocasionar algum incomodo de fundo emocional ou psicológico, ele será encaminhado ao acompanhamento psicológico no município de origem.

A pesquisadora responsável também informa que os benefícios do estudo residem na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da região estudada, a partir de movimentos de EPS que permitam o repensar dos profissionais sobre as práticas na P4, bem como a oportunidade de reestruturar sua forma de assistir, a partir dos indicadores e produtos da pesquisa, e que ainda o estudo resultará na produção de conhecimento acerca da temática e de estratégias para a realização de melhores práticas na P4. A pesquisadora responsável entende ainda que o estudo poderá fomentar o intercâmbio entre diferentes contextos de organização da saúde e do processo de trabalho, proporcionado a ampliação do olhar dos pesquisadores sobre o fenômeno em estudo, além do intercâmbio de estudantes entre os programas de pós-graduação das universidades.

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007 | CEP: 88.035-001 |
| Bairro: Itacorubi | |
| UF: SC | Município: FLORIANÓPOLIS |
| Telefone: (48)3664-8084 | Fax: (48)3664-8084 |
| E-mail: cepsh.udesc@gmail.com | |



Continuação do Parecer: 3.375.951

envolvidas.

Com base nas informações analisadas entende-se que os riscos estão adequadamente classificados estão devidamente suportados quanto às formas de minoração e atuação, nos casos que ocorrerem, respeitando deste modo, as exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS e os benefícios potenciais estão, salvo melhor juízo, adequados à relação risco-benefício.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, ainda que apresentada em formato pouco tradicional, está suficientemente apresentada e pode ser considerada bem econômica, mas indica grande relevância científica e social pelos seus potenciais benefícios à prevenção em saúde. Apesar de sua economia, apresenta os detalhamentos necessários à compreensão de uma pesquisa, ressentindo-se apenas de informações detalhadas sobre as condições/estruturas envolvidas nos procedimentos de avaliação e intervenção próprios do estudo, mas sem prejudicar substancialmente sua análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando os termos apresentados neste protocolo de submissão, até a presente análise pode-se considerar que:

O projeto básico está suficientemente apresentado e apesar de sua economia de informações pode ser considerado minimamente adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

O projeto detalhado está suficientemente apresentado e apesar de sua economia de informações pode ser considerado adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

A carta resposta apresenta de forma organizada todas as providências realizadas pela pesquisadora.

O TCLE está apresentado no modelo exigido pelo CEPHS/UDESC e pode ser considerado adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

O roteiro do caso apresenta informações suficientes que permitem considerá-lo adequado à pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

| | | | |
|-----------|---------------------------|---------|-----------------------|
| Endereço: | Av. Madre Benvenuta, 2007 | CEP: | 88.035-001 |
| Bairro: | Itacorubi | | |
| UF: SC | Município: FLORIANÓPOLIS | | |
| Telefone: | (48)3664-8084 | Fax: | (48)3664-8084 |
| | | E-mail: | cepsh.udesc@gmail.com |



Continuação do Parecer: 3.375.951

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram providenciadas (ou justificadas) as seguintes adequações e/ou correções e/ou inclusões:

- 1) Incluir no projeto básico, na medida do possível e obviamente com intuito de expectativas, as condições/estruturas necessárias às avaliações e intervenções que serão realizadas para coleta dos dados. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 2) Incluir no projeto básico os procedimentos e cuidados exigidos para a observação da atuação dos profissionais de saúde nos atendimentos em domicílio. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA A ALTERAÇÃO)
- 3) Incluir no projeto básico informações, e preferencialmente documentações na Plataforma Brasil, que assegurem o financiamento principal pela Universidade do Estado de Santa Catarina quanto aos diferentes itens do orçamento total de R\$ 46.000,00, incluindo-se neste caso, análise pelo setor responsável pelas horas-aulas destinadas ao projeto. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA A ALTERAÇÃO)
- 4) Incluir no TCLE informações que permitam aos participantes terem a expectativas das condições/estruturas necessárias às avaliações e intervenções que serão realizadas para coleta dos dados. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 5) Incluir no TCLE rigorosamente e detalhadamente todos os procedimentos e cuidados exigidos para a observação da atuação dos profissionais de saúde nos atendimentos em domicílio, em especial, quanto aos direitos de intimidade, condição de participação, e de imagem, entre outros, dos pacientes que estarão sendo atendidos neste procedimento. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 6) Ainda que devidamente explicada as divergências de identificação do responsável pela DCCIE, neste caso, das informações que apontam que o mesmo é o responsável pelo fundo municipal de saúde de Jardinópolis e pela coordenação do Colegiado Intergestores Regional Oeste, caso este estudo seja aprovado, deverá ser entregue a posteriori a DCCIE dos órgãos responsáveis de cada uma das prefeituras selecionadas, e dependendo da dinâmica de cada município, inclusive a DCCIE das unidades de saúde envolvidas. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA)

Endereço: Av. Madre Bonvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com





UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 3.375.951

- 7) Anexar, em documentos separados, os instrumentos de pesquisa do estudo. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 8) Retificar e padronizar o número de participantes em todos os documentos. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 9) Anexar a Carta resposta apontando o atendimento ou justificativa de cada uma das pendências acima. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)

Considerações Finais a critério do CEP:

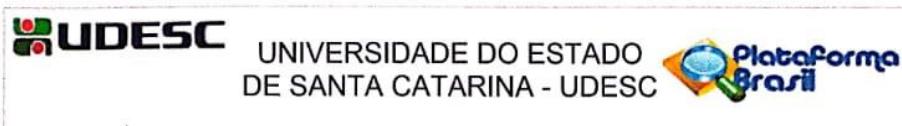
O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPHS via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPHS. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPHS via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPHS via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1313356.pdf | 08/05/2019 19:31:21 | | Aceito |
| Outros | carta.pdf | 08/05/2019 19:28:37 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 08/05/2019 19:28:08 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Outros | roteirocaso.pdf | 08/05/2019 | Carine Vendruscolo | Aceito |

| | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007 | CEP: 88.035-001 |
| Bairro: Itacorubi | |
| UF: SC | Município: FLORIANÓPOLIS |
| Telefone: (48)3664-8084 | Fax: (48)3664-8084 |
| | E-mail: cepsh.udesc@gmail.com |



Continuação do Parecer: 3.375.951

| | | | | |
|--|--|---------------------|--------------------|--------|
| Outros | roteirocaso.pdf | 19:24:34 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.pdf | 08/05/2019 19:23:45 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Parecer Anterior | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3293437.pdf | 02/05/2019 15:56:55 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Outros | roteirogrupos.pdf | 02/05/2019 15:53:05 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Outros | roteiroentrevista.pdf | 02/05/2019 15:52:36 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Outros | roteiroobservacao.pdf | 02/05/2019 15:52:01 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Outros | Fotografias.pdf | 02/05/2019 15:50:38 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao.pdf | 15/03/2019 16:16:12 | Carine Vendruscolo | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 15/03/2019 16:15:24 | Carine Vendruscolo | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Renan Thiago Campestrini
 (Coordenador(a))

Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007
 Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado e iniciação científica, intitulada **PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACES COM AS MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE**, que fará entrevistas, grupos focais, observação não participante e acompanhamento longitudinal de caso, tendo como objetivos: 1) Compreender as concepções de profissionais e trabalhadores da saúde da APS sobre a Prevenção Quaternária (P4); 2) Identificar as ações dos profissionais da saúde e trabalhadores da APS relacionadas à P4; 3) Acompanhar e analisar, longitudinalmente, um ou mais casos de usuários da APS, relacionado à P4; 4) Promover ações de educação permanente com os profissionais e trabalhadores sobre P4 e possíveis iatrogênias das ações clínico-sanitárias, visando o fomento de melhores práticas de saúde na APS. No caso de profissionais de saúde, serão previamente marcados a data e horário para as entrevistas, grupos focais e observações, utilizando roteiros, sendo que as suas respostas serão registradas. Estas medidas serão realizadas em local combinado previamente, podendo ser no seu trabalho ou universidade, deixando-o a vontade para permanecer durante o tempo necessário, de maneira confortável. Também serão realizadas oficinas e dinâmicas, posteriormente. Não é obrigatório participar de todos os grupos ou responder a todas as perguntas. No caso dos usuários do serviço, serão realizadas observações durante consultas clínicas e no seu domicílio, com a sua autorização, tomando-se as devidas providências para que sua intimidade e rotina não sejam afetadas e deixando-o à vontade para modificar esse acompanhamento, de acordo com suas demandas. Possíveis imagens só serão registradas mediante sua autorização. Caso se sinta desconfortável, em algum momento do procedimento, pode solicitar ao pesquisador que se retire.

O(a) senhor(a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão resarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, pelo fato de responder a uma entrevista, pois o senhor(a) poderá sentir algum desconforto ou estresse. Em caso de desconforto ou estresse a entrevista ou grupo de discussão serão interrompidos até que o senhor(a) se sinta à vontade para retornar. Nos casos de acompanhamento em consultas ou procedimentos, também poderá haver desconforto ou estresse e, neste caso, será providenciada a interrupção imediata da coleta de dados. Poderá também optar por encerrar a entrevista a qualquer momento da sua realização. Em caso de suscitar algum incomodo de fundo emocional ou psicológico, o senhor(a) será encaminhado ao acompanhamento psicológico, oferecido pelo serviço de apoio da UDESC, em Chapecó.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número ou codinome de sua escolha.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da região estudada, a partir de movimentos de EPS que permitam o repensar dos profissionais sobre as práticas na P4, bem como a oportunidade de reestruturar sua forma de assistir, a partir dos indicadores e produtos da pesquisa. O estudo resultará na produção de conhecimento acerca da temática e de estratégias para a realização de melhores práticas na P4. Além disso, fomentará o intercâmbio entre diferentes contextos de organização da saúde e o processo de trabalho, proporcionado a ampliação do olhar dos pesquisadores sobre o fenômeno em estudo, além do intercâmbio de estudantes entre os programas de pós-graduação das universidades envolvidas.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Carine Vendruscolo
NÚMERO DO TELEFONE: (49) 999203222

ENDERECO: Rua Barão do Rio Branco, 1044 E

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPSh/UDESC
Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

ANEXO C - CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



GABINETE DO REITOR

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada **“TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____

Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO MUNICÍPIO



MUNICÍPIO DE BANDEIRANTE - SC

ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE PARECER CONSUBSTANCIADO
Nº .01/2020.

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisa em Nível: Mestrado Profissional em Enfermagem

Pesquisador Responsável: Karina Schopf

Orientador Responsável: Carine Vendruscolo

Instituição Proponente: Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

DADOS DO PARECER:

Apresentação do Projeto: Este projeto tem a finalidade de desenvolver uma Tecnologia Educacional para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária.

Objetivos da Pesquisa:

Objetivo geral: Desenvolver uma Tecnologia Educacional para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária.

Objetivos específicos:

- Analisar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária.

- Sugerir e instrumentalizar a equipe para a elaboração de um Infográfico para orientar a equipe multiprofissional da APS para as práticas voltadas à Prevenção Quaternária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática apresentada para o desenvolvimento da pesquisa possui relevante importância para o processo de educação em saúde e melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Conclusão: Aprovado

Data do Parecer: 16/04/2020

Secretário Municipal de Saúde

Selso Neiland

Luciano Fiorentin
COREN-SC 101167-ENF

Responsável pela APS

Luciano Fiorentin