

Enferm Bras 2021;20(6):764-82

doi: [10.33233/eb.v20i6.4815](https://doi.org/10.33233/eb.v20i6.4815)

ARTIGO ORIGINAL

Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde

Aline Lemes de Souza*, Carine Vendruscolo, D.Sc.**, Denise Antunes de Azambuja Zocche, D.Sc.**, Rosana Amora Ascari, D.Sc.**, Karina Schopf***, Bruna Pedroso Oliveira****

Enfermeira, Estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus de Chapecó, SC, **Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus de Chapecó, SC, *Enfermeira, Estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus de Chapecó, SC, ****Estudante do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), campus de Chapecó, SC*

Recebido em 15 de junho de 2021; aceito em 17 de dezembro de 2021.

Correspondência: Aline Lemes de Souza, Rua Agostinho Onghero, 765 Centro 89855-000 Chapecó SC

Aline Lemes de Souza: alinedbeth@hotmail.com
Carine Vendruscolo: carine.vendruscolo@udesc.br
Denise Antunes de Azambuja Zocche: denise.zocche@udesc.br
Rosana Amora Ascari: rosana.ascari@udesc.br
Karina Schopf: karinaschopf70@gmail.com
Bruna Pedroso Oliveira: brunapedrosoliveira@gmail.com

Resumo

Introdução: A prevenção quaternária tem se demonstrado fundamental nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária à saúde. O intento da prevenção quaternária é proteger indivíduos de ações nocivas, desnecessárias. Assim, conseqüentemente, estimula os profissionais de saúde a repensar sobre as condutas empregadas durante o cuidado clínico, instigando no seu exercício profissional, possibilidades para a

proteção das pessoas. *Objetivo:* Analisar as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes da atenção primária para o desenvolvimento da prevenção quaternária. *Métodos:* Estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, cujo cenário foi a atenção primária de um município de pequeno porte localizado no Extremo Oeste de Santa Catarina. A produção das informações aconteceu em setembro de 2020, através de encontro dialógico remoto em plataforma digital. Foram selecionados para a amostra nove integrantes de uma equipe multiprofissional. O tratamento das informações seguiu as etapas da análise temática de conteúdo. *Resultados:* Os profissionais de saúde reconhecem o conceito e a importância da prevenção quaternária. A cultura dos profissionais e usuários sobre valorização de práticas intervencionistas foi evidenciada como um dos desafios para a aplicabilidade da prevenção quaternária. Por isso, consideram crucial a sua incorporação no cotidiano de prática, sendo a educação permanente em saúde uma estratégia para a transformação dessa cultura. *Conclusão:* Faz-se necessária a inserção de práticas menos invasivas e que preservem a autonomia dos indivíduos em relação à sua saúde, garantindo a qualidade nos serviços. Nesse sentido, a prevenção quaternária precisa ser discutida e valorizada pelos profissionais. **Palavras-chave:** prevenção quaternária; medicalização; atenção primária à saúde; medicina de família e comunidade; terapias complementares.

Abstract

Quaternary prevention: perceptions, possibilities and challenges in primary health care

Introduction: The quaternary prevention is fundamental in the health services, mainly in the primary health care. The objective of quaternary prevention is to protect individuals from harmful and unnecessary actions. Thus, consequently, it encourages health professionals to rethink the behaviors used during clinical care, instigating possibilities for the protection of people in their professional practice. *Objective:* Analyzing the perceptions, possibilities and challenges of the primary health care professionals to the development of the quaternary prevention. *Methods:* Study of qualitative approach, of the research-action type, whose scenery was the primary care of a small municipality located in the far west of Santa Catarina. The production of information happened on September 2020, through dialogical and remote meeting in a digital platform. Nine members of a multidisciplinary team were selected for the sample. The information treatment followed the stages of the thematic analysis of content. *Results:* The health professionals recognize the concept and importance of quaternary prevention. The culture of professionals and users about valuing interventionist practices was highlighted as one of the challenges for the applicability of quaternary prevention. That is why they

consider crucial its incorporation in the daily practice, being the permanent education in health a strategy to the transformation of this culture. *Conclusion:* The insertion of less invasive practices is necessary, preserving the individual autonomy in relation to his health, ensuring the quality on the services. In this sense, the quaternary prevention needs to be discussed and valued by the professionals.

Keywords: quaternary prevention; medicalization; primary health care; family practice; complementary therapies.

Resumen

Prevención cuaternaria: percepciones, posibilidades y desafíos en atención primaria de salud

Introducción: La prevención cuaternaria ha sido mostrado un concepto fundamental en los servicios de salud, especialmente en la atención primaria. La intención de la prevención cuaternaria es proteger a las personas de acciones dañinas e innecesarias. Así, en consecuencia, incentiva a los profesionales de la salud a repensar los comportamientos utilizados durante la atención clínica, instigando posibilidades para la protección de las personas en su práctica profesional. *Objetivo:* Analizar las percepciones, posibilidades y retos de los profesionales que trabajan en los equipos de atención primaria para el desarrollo de la prevención cuaternaria. *Métodos:* Estudio con enfoque cualitativo tipo investigación-acción, cuyo ámbito fue la atención primaria de un pequeño municipio ubicado en el Extremo Oeste de Santa Catarina. La producción de información sucedió en septiembre de 2020, a través de una reunión dialógica remota en una plataforma digital. Para la muestra se seleccionaron nueve miembros de un equipo multidisciplinario. El procesamiento de la información siguió los pasos del análisis de contenido temático. *Resultados:* Los profesionales de la salud reconocen el concepto y la importancia de la prevención cuaternaria. La cultura de los profesionales y usuarios sobre la valoración de las prácticas intervencionistas, se destacó como uno de los desafíos para la aplicabilidad de la prevención cuaternaria. Por eso, que se considera crucial su incorporación a la práctica diaria, siendo la educación permanente en salud una estrategia para la transformación de esta cultura. *Conclusión:* Es necesario incluir prácticas menos invasivas que preserven la autonomía de las personas en relación a su salud, asegurando la calidad de los servicios. En este sentido la prevención cuaternaria necesita ser discutida y valorada por los profesionales.

Palabras-clave: prevención cuaternaria; medicalización; atención primaria de salud; medicina familiar y comunitaria; terapias complementarias.

Introdução

Na Atenção Primária à Saúde (APS) o cuidado que garanta a integralidade é primordial. Esse cuidado acontece por meio do planejamento e desenvolvimento de ações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), envolvendo a participação dos profissionais que realizam ações clínicas e prescrições. Tais profissionais, também, são responsáveis pelas principais estratégias promotoras da saúde, detecção precoce e rastreio de doenças, redução dos riscos ao resolver problemas relacionados a saúde e oferta de serviços para garantir o acompanhamento de baixo risco, assim como o tratamento e a reabilitação [1].

O planejamento das ações deve garantir a qualidade de vida da população e ser fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, vale lembrar, ainda, os atributos essenciais da APS, como: serviço de primeiro contato como porta de entrada; longitudinalidade; abrangência ou integralidade; coordenação/organização do cuidado; orientação comunitária; centralidade familiar, respeitando as crenças e culturas individuais e coletivas [2].

Na ESF, o trabalho interdisciplinar facilita a descentralização do cuidado, ajustando-o para formas mais integrais e resolutivas. Ainda, o trabalho das equipes de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) influencia na situação de saúde de maneira individual e coletiva [3,4]. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz parte do processo de trabalho dos profissionais de APS o planejamento e execução de ações preventivas, considerando a utilização de demais racionalidades, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) [4].

As estratégias de cuidado têm a intenção de prevenir o surgimento ou a permanência de doenças, complicações clínicas e agravos, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas, bem como compelir o uso coerente de medicamentos [4]. Entretanto, práticas intervencionistas vêm ganhando destaque através da utilização excessiva de exames, medicamentos e procedimentos. A medicalização tem tornado as pessoas dependentes dos profissionais e serviços de saúde, desapropriando-as do conhecimento sobre sua própria saúde, com diminuição do manejo autônomo da maior parte das dificuldades cotidianas - dores, adoecimentos, nascimentos e mortes - provocando, com isso, iatrogenias [5] não apenas clínicas, mas também, sociais e culturais [3].

Na década de 70, os níveis de prevenção primária, secundária e terciária foram propostos por Leavell e Clark [6], relacionando atividade médica e saúde pública, incluindo a promoção da saúde. Entretanto, nessa mesma época, emergiram as críticas à medicina institucionalizada, justificada pela ampla industrialização da saúde e

medicalização. Isso ocasionou diversas formas de iatrogêneses, ou seja, o surgimento de doenças ocasionadas pela ação da medicina [7].

Diante disso, na década de 90, emanou o conceito de Prevenção Quaternária (P4), proposto por Jamouille, um médico de família e comunidade belga, que, por meio de vários critérios, reviu como administrar o excesso de ações relacionadas as intervenções e a própria medicalização, tanto relacionada a busca de um diagnóstico, quanto ao tratamento instituído durante o atendimento clínico. Essa proposta foi oficializada pela World Organization of Family Doctors (WONCA) em 2003 [8].

O ideário da P4 partiu dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, sendo considerada um quarto nível de prevenção, com possibilidade de permear todos os demais [5]. Desta forma, o propósito principal da P4 é proteger os indivíduos de intervenções inadequadas, oferecendo alternativas eticamente aceitáveis, ou seja, identificar pessoas que estão em risco de medicalização e intervenções excessivas ou desnecessárias, e buscar ofertar alternativas preventivas e protetivas a essas condutas profissionais. A P4 ficou conhecida, também, como "prevenção da prevenção" [5,9].

Lamentavelmente, nos Estados Unidos, práticas iatrogênicas continuam sendo a terceira causa de morte. Entre essas causas estão as cirurgias desnecessárias, infecções hospitalares, erros medicamentosos e efeitos colaterais ocasionados pelo uso de medicamentos [10]. Um estudo recente, publicado pela Universidade Manchester do Reino Unido, analisou mais de 335 mil pessoas de diversos lugares do mundo. De acordo com os dados publicados, 12% da população analisada manifestou iatrogenias graves, ou seja, sequelas permanentes ou até mesmo, a morte, após ser submetida a intervenção excessiva/inadequada. A maioria dos danos foi associado a medicação, modalidade terapêutica empregada e procedimentos cirúrgicos. Do total, cerca de 6% dos danos foram considerados evitáveis [11]. Com a aplicabilidade da P4, essas iatrogenias poderiam ser reduzidas ou até mesmo, evitadas.

Assim, a P4 faz jus a uma das premissas éticas profissionais da saúde de, em primeiro lugar, não causar danos [12]. Na APS, porta de entrada do sistema de saúde e para a inserção comunitária, todos os profissionais podem auxiliar no processo de desmedicalização [13], inclusive os profissionais que compõem os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que atuam junto as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB). O Nasf-AB entre suas ações realiza assistência direta aos usuários e, portanto, os profissionais também são responsáveis por evitar as consequências do intervencionismo excessivo.

Evitar essas consequências ainda é um dos desafios da APS brasileira, que representa, em grande medida, o modelo biomédico, o que torna as práticas assistências fragmentadas, deixando as pessoas cada vez mais subalternas do uso das

tecnologias associadas à prevenção [14]. Diante disso, é importante enfatizar que a P4 corrobora para a construção de práticas aceitáveis, também conhecidas como "boas práticas" que incidem sobre os outros tipos de prevenção [9].

Assim, a P4, além de necessária nos serviços de saúde, também, exige conhecimento e habilidade profissional, já que as principais causas iatrogênicas estão relacionadas com a ação/conduita no cotidiano diário dos profissionais [5,15]. Para não realizar ou não indicar ações preventivas duvidosas ou inapropriadas, os profissionais precisam resistir às pressões intervencionistas da cultura atual. Esse propósito demanda habilidades comunicativas, empatia e trabalho adicional, para fomentar significância e consenso entre os indivíduos, acalmar medos e ressignificar suas crenças, como aquela de "realizar exames para ver se está tudo bem". Ao induzir a produção, sistematização e coletivização de saberes e práticas profissionais, centrados em condutas éticas, pode-se contribuir para evitar a medicalização excessiva, a qual pode ser utilizada como estratégia de prevenção e cuidado, reduzindo possíveis danos [3].

Com base nesses pressupostos, emerge a seguinte questão de pesquisa: quais as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes da atenção primária para a implementação da prevenção quaternária? Logo, o objetivo do estudo foi analisar as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes da atenção primária para o desenvolvimento da prevenção quaternária.

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação [16], realizado no mês de setembro de 2020, cujo cenário foi a APS de um município de pequeno porte, localizado no Extremo Oeste de Santa Catarina (SC). Foram incluídos profissionais de nível superior das eSF, eSB e Nasf-AB, com pelo menos, seis meses de vínculo com a instituição. Excluíram-se os profissionais que estavam afastados (férias, atestados ou licenças) no momento da produção das informações. Participaram da pesquisa nove profissionais: uma enfermeira, duas cirurgiãs dentistas, duas médicas, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma educadora física e uma nutricionista.

Optou-se pela pesquisa-ação por permitir a participação ativa dos sujeitos envolvidos, favorecendo a aprendizagem e troca de conhecimento. Ainda, por estimular o planejamento, o desenvolvimento colaborativo da equipe e a proposição de ações voltadas à solução de problemas identificados no cotidiano de trabalho [16].

A produção das informações ocorreu mediante um encontro remoto, tendo em vista a necessidade de isolamento social, ocasionada pela pandemia da COVID-19. Foi

utilizada a plataforma Microsoft Teams®. As etapas da pesquisa foram adaptadas seguindo a seguinte ordem: 1) Coleta de dados; 2) Saber formal e informal; e 3) Aprendizagem [16]. O encontro foi mediado por uma enfermeira pesquisadora, com suporte bibliográfico e técnico para este tipo de abordagem.

Durante o encontro remoto, a mediadora utilizou perguntas disparadoras: 1) O que entendem sobre prevenção? 2) Quais os tipos de prevenção? 3) Já ouviram falar em P4? O que significa? 4) Que ações realizam na condição de equipe para a P4? As questões estimularam o diálogo, a identificação de potencialidades e problemas da equipe, relacionados à temática, além da proposição de possíveis ações para qualificar a atuação dos profissionais no desenvolvimento da P4. Essas estratégias também promoveram a criatividade dos envolvidos, que participaram de forma proativa do processo pedagógico [17].

Como metodologia complementar, utilizou-se o diário de campo, e o registro foi adaptado de Falkembach [18] e organizado em três partes: a) descrição das observações, b) interpretações do que foi observado, e c) conclusões preliminares, abordando os desafios, as dúvidas e imprevistos ocorridos durante o encontro. Os depoimentos dos participantes, durante os diálogos proporcionados pelos encontros, foram gravados e transcritos, mantendo a originalidade das informações [19].

Todas as informações produzidas foram analisadas de acordo com as etapas da análise temática de conteúdo [20]: 1) pré-análise (leitura na íntegra e transcrição das informações prestadas pelos participantes); 2) exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (classificação das informações a partir da pré-análise); 3) interpretação (a partir da classificação das informações, desvendar os principais conceitos implícitos, através da discussão teórica). Emergiram as categorias temáticas: a) percepções dos profissionais em relação à prevenção quaternária; b) possibilidades dos profissionais para o desenvolvimento da prevenção quaternária e; c) desafios dos profissionais para o desenvolvimento da prevenção quaternária.

Este estudo é um recorte de um projeto matricial aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEPSH) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), sob parecer nº 3.375.951 de 06 de junho de 2019. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e encaminhado para os participantes do estudo, que assinaram e o devolveram, via e-mail, para as pesquisadoras. Com a finalidade de preservar as identidades, utilizaram-se codinomes por meio da associação da letra D – de depoimento, seguida da primeira letra da categoria profissional e sequência numérica.

Resultados

Percepções dos profissionais em relação à prevenção quaternária

Os depoimentos dos participantes apontaram para um ideário sobre a P4, condizendo com práticas preventivas de quaisquer danos aos indivíduos, provocados por exames, medicamentos e procedimentos desnecessários ou inadequados.

Prevenir danos aos pacientes, exames desnecessários, medicamentos desnecessários. (DE8)

Prevenir [...] cirurgias desnecessárias. (DO9)

Evitar [...] qualquer tipo de prescrição que não seja necessária no momento para o paciente, que não seja adequada. (DN4)

Para realizar tais ações preventivas e evitar iatrogenias, referiram o importante trabalho multiprofissional e o reconhecimento do indivíduo em seu modo de viver, considerando suas singularidades no processo saúde-doença.

[...] ter esse cuidado mais perto do paciente, observar o paciente na sua rotina, na sua vida diária, ir a campo [...] conhecer o ambiente que o paciente vive [...]. (DF2)

[...] um olhar multiprofissional para esse paciente para evitar que ele venha a ter uma complicação [...] uma nova cirurgia ou talvez tenha uma nova sequela, ou dano irreversível. (DE8)

[...] eu acho que o coletivo tem muito a somar para os pacientes ou futuros pacientes. Eu entendo que a prevenção é crucial para o nosso trabalho. (DP1)

Para os profissionais, a medicalização excessiva, sobretudo os psicotrópicos, além de causar danos, encarece o SUS, justificando a necessidade da P4.

A maioria da população faz uso de medicação psiquiátrica, de longa data, mais de dez anos, isso é uma falha [que justifica a prevenção quaternária] porque essas pessoas, na grande maioria, não necessitariam continuar usando essas medicações. Então, é um custo para o Sistema de Saúde que está acontecendo e querendo ou não a gente está submetendo o paciente a um uso de medicamento que vai causar efeitos colaterais, e não teria necessidade de estar usando. (DM6)

Possibilidades dos profissionais para o desenvolvimento da prevenção quaternária

Para os profissionais, uma das possibilidades para o desenvolvimento da P4 é o trabalho em equipe, capacidade e conhecimento técnico da equipe e a assistência integral aos indivíduos.

Um dos pontos fortes que a gente tem é a própria equipe [...] todos nós profissionais somos bem capacitados, [...] visão voltada para o paciente. Eu acho que isso é um ponto muito forte [...] essa união que a gente tem [...]. (DF2)

A gente trabalha bem em conjunto, tem uma boa dinâmica, facilita o trabalho. (DM6) [...] é muito válido trocar uma ideia com um colega, no caso, sobre um paciente, do que eu resolver tudo sozinha [...] facilita muito o entendimento e a compreensão do que precisa ser percebido. (DP1)

[...] estamos ali para pensar como um todo em relação a população [...] se defendermos algo que seja nosso, em equipe a gente pode ter grandes conquistas, a gente pode chegar no objetivo principal. (DP1)

Apesar de considerarem falha a adesão pela população, as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) foram consideradas importantes na APS e identificadas como uma das possibilidades alternativas para os profissionais desenvolverem a P4.

Há uma falta, às vezes, de entendimento [da população] [...] sobre essa questão das práticas [PICS] viria a somar de uma forma bem positiva. (DP1)

[...] não tem nenhum malefício, o que a maioria das medicações traz [...] quantos problemas de saúde a gente poderia estar resolvendo ou amenizando com o Reiki [...] é uma estratégia [...] que vem ao contrário da medicalização, do uso abusivo da medicação. (DF2)

[...] porque tudo isso [adesão às terapias] exige mais participação do paciente [...]. (DF2)

Desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da prevenção quaternária

Em relação a não aplicabilidade da P4 na prática, os participantes apontam como desafios o desconhecimento da gestão e da população sobre o tema, bem como a influência de agentes políticos e os aspectos culturais que envolvem a prática de medicalização excessiva.

[...] falta o entendimento da população e da própria gestão. (DF2)

Existe [conhecimento da população em relação a P4], mas num nível mínimo, são poucos pacientes que eu consigo de fato realizar uma [prática de] prevenção quaternária. (DM6)

Não estamos conseguindo fazer a prevenção [...] porque fatores externos estão influenciando [influência de agentes políticos]. (DO9)

Pela questão cultural, não ter a mesma linguagem de conduta [...] a gente não tem muito apoio para fazer [...]. (DM6)

Além dos aspectos culturais, a própria abordagem profissional, principalmente de especialistas, foi considerada como agravante, nos casos de medicalização excessiva. Para os participantes, através do relato das pessoas na vivência da prática, a linguagem utilizada durante a abordagem especializada desestimula o envolvimento dos indivíduos no seu processo de cura, gerando não só dependência medicamentosa, como falsa crença na sua eternidade. Os participantes consideraram a falta de autoconhecimento e autocuidado e o sobrediagnóstico, como meio de tornar as pessoas dependentes do uso de medicação para situações que fazem parte da vida, e que passam a ser compreendidas como doença, corroborando para que surjam cada vez mais, ou novos problemas, que passam a ser vistos pelos indivíduos, como de responsabilidade profissional.

Porque o médico que me prescreveu [a medicação] e disse que é para o resto da vida [referindo-se à depoimentos de pessoas atendidas nos serviços de saúde]. (DM6)

[...] muitos problemas físicos acabam por se tornar problemas psicológicos, a pessoa não está a fim de fazer parte dessa cura. (DO9)

Eu preciso do paciente para o tratamento, se não, ele não vai nunca ser efetivo. (DP1)

Surgem problemas novos ou maiores [...]. (DN4)

Para os participantes, há um fácil acesso da população a exames, consultas especializadas e medicamentos, fator dificultador para o desenvolvimento da P4.

Fácil acesso a exames, tanto laboratorial como de imagem, fácil acesso a especialistas, fácil acesso a medicações das mais variadas. (DM6)

Ainda, em relação aos desafios de desenvolver a P4, os profissionais revelaram a falta de autonomia profissional na prática, que interfere diretamente, nas ações profissionais e na definição das prioridades na assistência. Destacaram o excesso de especialização como um problema para uma atenção integral.

[...] muitas vezes, a gente é questionado pelo próprio paciente e pela gestão [...] às vezes encaminha para especialista [...] poderia ser resolvido na Unidade Básica de Saúde, mas, então, em virtude dessa falta de autonomia dos profissionais [...] a gente acaba sendo limitado. [...] Todos da equipe têm um conhecimento muito grande [...] acabam não conseguindo colocar em prática, acabam sendo barrados. (DE8)

É bem fácil a pessoa não aceitar a nossa conduta, vai num médico, paga [particular], e consegue o que ela quer. (DM6)

[...] a pessoa sai do Posto [Unidade Básica de Saúde] e resolve de outras formas [...] passando por cima do nosso conhecimento. (DO9)

Quem não aceita [as condutas], são dessa ideia de que: "eu vou conseguir no especialista se eu quiser, eu vou conseguir fazer o exame, eu vou conseguir medicação de outra forma" [...]. (DM6)

Os profissionais reconheceram a Educação Permanente em Saúde (EPS), operacionalizada pelas reuniões de equipe e discussão de casos, como ferramenta fundamental para o desenvolvimento da P4. No entanto, consideraram as reuniões de equipe pouco resolutivas devido a escassa frequência e falta de planejamento dos encontros. Esse déficit impede o desenvolvimento de novas ações e estratégias pelas equipes.

[...] a importância das reuniões [...] a gente consegue discutir, um determinado problema de saúde, que isso também é um modo de prevenir [...] evitar um agravamento. (DF2)

[...] a questão das reuniões de equipe é bem importante, mas nunca foi feito de maneira satisfatória e no momento não existem [...]. (DM6)

Apesar das PICS serem identificadas pelos participantes como um potencial recurso auxiliar na P4, ainda são consideradas um desafio, já que há pouca adesão e resistência da população, que tende a buscar por tratamentos com resultados imediatos.

[...] as pessoas são muito do medicamento [...] não confiam muito no floral, embora tenha um efeito muito mais positivo, no meu ponto de vista, [...] às vezes, a dor que o paciente tem é oriunda de um outro problema, mais emocional. Ele [o floral] vem a somar muito positivamente nos tratamentos. (DP1)

[...] a dificuldade de nós implantar as terapias é que ela tem o efeito a longo prazo [...]. (DF2)

Se a saúde é vista como um bem de consumo, o medicamento é visto como o próprio artigo de luxo e já a prevenção [...] o uso dos florais [...] não é visto com o mesmo valor [...]. (DN4)

Discussão

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) foi reconhecido pelos profissionais de saúde, bem como pode se evidenciar que há compreensão sobre a importância da sua aplicabilidade na prática clínica da APS. A P4 torna-se fundamental, principalmente quando inserida nos serviços públicos de saúde [10], pois promove melhorias que

interferem positivamente na saúde da população, além de permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas em outros níveis, que podem contribuir para redução da morbimortalidade [21].

A P4 propõe o estímulo reflexivo em relação a medicina desnecessária, nos diversos cenários da prática. Para tanto, são necessários processos dialógicos sobre situações problemáticas relacionadas a falta de P4 na prática clínica, permitindo o aprimoramento de condutas preventivas, com redução de danos provocados pelo próprio atendimento ou conduta profissional [9,22]. Nesse sentido, ficou evidente que os profissionais de saúde têm consciência sobre a importância do trabalho multiprofissional, e as ações não devem ser focadas somente na condição de doença, mas respeitados outros aspectos, individuais ou coletivos, como o ambiente no qual o indivíduo está inserido, determinante no processo saúde-doença. O trabalho multiprofissional amplia a visão desse processo, ao envolver profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, com habilidades e atitudes distintas e com um propósito que ultrapassa o âmbito individual. Associado ao respeito às condições familiares e socioambientais, isso gera favorecimento para o desenvolvimento de ações que ultrapassam o modelo biomédico [3].

Os participantes se reconheceram como detentores de um conhecimento científico capaz de resultar em boas práticas, inclusive, como a visão holística em relação ao indivíduo. Para o desenvolvimento da P4, acreditam que uma possibilidade é o compartilhamento de saberes e a discussão de problemas relacionados a saúde individual ou coletiva, buscando a resolutividade de maneira interdisciplinar. Cumpre destacar que, na APS, é necessário reavaliar as condutas clínicas com periodicidade e, nessa direção, ações colaborativas são essenciais. Isso demanda de habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe. Dessa forma, para além da multiprofissionalidade, é premente operar em uma equipe interprofissional [5].

Os profissionais associaram a falta de P4 no contexto clínico, ao encarecimento dos sistemas de saúde, principalmente, quando ações intervencionistas acontecem de maneira equivocada. De certa forma, para Depallens *et al.* [21], o uso indiscriminado de tecnologias duras não tem gerado melhorias significativas nos indicadores de morbimortalidade e, ainda, tem encarecido os custos em saúde, com enfraquecimento do vínculo profissional-paciente. Nesse mesmo contexto, a literatura [10,22] sinaliza que a redução de riscos por condutas desnecessárias possibilita melhorias na gestão dos recursos públicos e na oferta dos serviços, conseqüentemente, diminuindo custos supérfluos para os sistemas de saúde. Contudo, no contexto clínico, favorável à redução de condutas desnecessárias, está a Prática Baseada em Evidências (PBE) e o cuidado multiprofissional oportuno, de acordo com as necessidades da pessoa que, além de

opções para a qualificação da prática, possibilitam a oferta da melhor evidência científica, com redução de danos iatrogênicos, fortalecendo a relação profissional-paciente [10,22].

Em relação às PICS, os profissionais reconheceram que a sua utilização pode facilitar o desenvolvimento da P4, pois além de promover o autocuidado, favorece a participação e o envolvimento do indivíduo no seu processo de cura. As PICS, ainda, foram consideradas pelos profissionais como terapias desmedicalizadoras, já que sua utilização na prática não traz malefícios e pode ser indicada para diversos problemas relacionados à saúde.

No contexto da APS, com a regulamentação institucional e legitimação social, as PICS tiveram uma grande revalorização e expansão nas últimas décadas [23]. Na P4, as PICS têm favorecido a sua aplicabilidade e contribuído para a humanização do cuidado. Diferente dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos biomédicos, comumente adotados na prática, as PICS contribuem no cuidado, reduzindo danos [24].

Metelski *et al.* [14] et Ferraz *et al.* [23] sugerem que as PICS propõem estratégias voltadas para a autonomia, por vezes, desconstruindo o processo normativo imposto pelo modelo biologicista e medicalizante das indústrias farmacêuticas. Diante disso, na APS, as PICS ampliam o leque terapêutico, podendo ser utilizadas para muitas queixas comuns. Todavia, é necessária a sua indicação paralela ao cuidado convencional biomédico, com isso, favorecendo o rompimento do monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico, excessivamente medicalizadoras e causadoras de iatrogenias [14,25].

Os profissionais de saúde destacaram que a falta de conhecimento sobre P4, tanto pela gestão, como pela população, dificulta a sua aplicabilidade no cotidiano profissional, principalmente pela interferência cultural, ainda muito voltada para a valorização da medicalização.

Frente a cultura da medicalização, cabe salientar que somente o trabalho em equipe multidisciplinar e interprofissional, como principal estratégia de desenvolvimento da P4, é insuficiente. Historicamente, a medicalização teve uma intensificação a partir do século XXI, influenciada pelo grande desenvolvimento das biotecnologias, da individualização e avaliação técnica das doenças e fatores de risco. Na APS, a generalização das noções de adoecimento tem favorecido as práticas intervencionistas, com alto potencial de danos [26].

Quanto às ações preventivas, observou-se no discurso dos participantes, a falta de compreensão pela gestão sobre as condutas preventivas adotadas por eles na prática. Nesse contexto, para Paiva *et al.* [27] o poder executivo no âmbito das três esferas, tem um importante papel na organização dos serviços de saúde, devendo participar da gestão do SUS em consonância com as suas regulamentações específicas.

Em relação a facilidade de acesso a exames, medicamentos e serviços especializados, os profissionais de saúde apontaram este, ser um elemento dificultador da aplicabilidade da P4 na APS, pois sinalizam para o estímulo a medicalização e ao mesmo tempo, um desestímulo para o autocuidado. Sem dúvida, o fácil acesso a tecnologias diagnósticas expandiu intensamente nas últimas décadas, porém seu uso indiscriminado nem sempre traz benefícios, já que os achados não intencionais são um dos grandes contribuintes do sobrediagnóstico e tratamentos excessivos [5].

Os profissionais consideraram que não há confluência entre as orientações da APS e do serviço especializado, no qual a abordagem do indivíduo é mais focada na doença. Na prática clínica, principalmente na área médica especializada, sobrediagnósticos ou resultados falsos positivos não são questionáveis, porém, existe uma cobrança maior em relação ao diagnóstico. Desta forma, há um favorecimento para a solicitação adicional de testes diagnósticos, com expansão e generalizações das doenças. Ainda, o grande avanço da ciência tecnológica, pela facilidade de acesso e preferência cultural, tornou, de certa maneira, falho o processo de investigação diagnóstica, fazendo com que o conhecimento médico passasse a ser independente das experiências subjetivas dos indivíduos [28].

Outro desafio identificado pelos profissionais de saúde, principalmente no atendimento especializado, foi a abordagem reducionista das pessoas durante o atendimento clínico. Trata-se de um fator contribuinte para dependência do uso de medicamentos por longos períodos ou até mesmo, durante a vida toda. O sobrediagnóstico potencializa o uso de medicamentos para situações que fazem parte da vivência das pessoas, as quais passam a ser rotuladas como doença.

Notoriamente, a linguagem também tem potencial iatrogênico, principalmente quando são utilizadas expressões como verídicas. Um exemplo, é afirmar que uma doença não tem cura ou que o uso de um medicamento é para a vida toda. Expressões como esta podem causar danos, uma vez que servem de estímulo para alimentar uma condição clínica, que passa a ser considerada como doença pelo indivíduo [14].

Certamente, a abordagem profissional tem contribuído para a medicalização, seja pela pouca qualificação técnica, desgaste profissional ou, até mesmo, pela desumanização da prática. Ao longo dos anos, associado a influências da mídia e na crença de cura e prevenção através de tecnologias duras, houve a mercantilização de doenças, criando uma demanda que pressiona os profissionais e serviços de saúde para realização de mais procedimentos, mais consultas, mais exames, mais medicamentos, muitas vezes desnecessários [10,29].

É notória a preocupação dos profissionais de saúde em relação a participação do indivíduo no seu processo de cura. Eles reconhecem que se nem sempre há o

envolvimento ideal no seu tratamento. A falta de autonomia foi apontada como elemento dificultador para a aplicabilidade da P4 na prática clínica. Por vezes, tanto a gestão como a população não aceitam as condutas protetivas estabelecidas pelos profissionais, fazendo com que problemas que poderiam ser solucionados na APS, sejam referenciados para os serviços especializados.

No contexto da P4, promover a participação do indivíduo no seu processo de saúde através do empoderamento educativo, melhora a segurança dos cuidados, possibilitando a participação ativa e mobilização para a promoção da saúde, com diminuição de riscos e danos [29]. O empoderamento educativo possibilita aos pacientes além do autoconhecimento, o autocuidado, e favorecendo a criação de habilidades necessárias para responsabilização pelas decisões acerca de sua saúde. Ao empoderar os indivíduos com informações de qualidade, conseqüentemente, melhoram-se o vínculo profissional-paciente, produzindo resultados mais prudentes e qualificados de saúde [30]. No entanto, no contexto da prática, a falta de autonomia profissional pode estar relacionada a dificuldade em lidar com incertezas e com sintomatologias inespecíficas, levando por vezes, pelo medo ou preocupação, o indivíduo a tornar-se dependente do atendimento e o profissional, prescritor de cuidados desnecessários [5,14].

A P4 requer a implementação constante da educação profissional, com conteúdo voltados para a interprofissionalidade. Nesse contexto, o uso de metodologias ativas como processo de ensino-aprendizagem é essencial, pois além de favorecer a autonomia, permite uma abordagem crítica em relação a situações/problemas da prática [21]. Nessa direção, os profissionais de saúde reconheceram a EPS como uma possibilidade de fomentar a aplicabilidade da P4 na prática clínica.

Como limitação do estudo cita-se que o estudo não abordou os demais atores sociais envolvidos no cuidado, como o indivíduo, a comunidade e o gestor, os quais, certamente, apresentam saberes singulares às temáticas que envolvem a P4.

Conclusão

Os profissionais de saúde reconheceram o conceito e a importância da P4 na sua prática clínica, e reconhecem que tal ação tangencia outras que permeiam a APS. Eles demonstraram uma certa responsabilização sobre as condutas empregadas na prática em relação aos danos iatrogênicos. No contexto de suas práticas, a escassa utilização da P4 está associada ao encarecimento dos serviços de saúde e a organização institucional, tornando-se premente refletir sobre a existência de diversas formas de cuidado à saúde, favoráveis para a aplicabilidade da P4, entre elas, as PICS.

Nesse cenário, a EPS, também, foi reconhecida como uma estratégia favorável, possibilitando a interprofissionalidade, a qual influência nas decisões da equipe sobre a P4.

Em relação a aplicabilidade da P4, os profissionais sinalizaram desafios, principalmente, frente à cultura da medicalização, presente tanto na instituição quanto no ideário da população. Há pouco reconhecimento das ações preventivas empregadas na prática clínica e uma valorização expressiva de práticas intervencionistas, como a realização de exames, uso de medicamentos e encaminhamentos especializados, interferindo, principalmente, na falta de autonomia profissional. Para os profissionais, no atendimento especializado, tanto a abordagem reducionista como a linguagem utilizada, durante o atendimento, corroboram para a medicalização e o sobrediagnóstico, tornando as pessoas cada vez mais dependentes dos profissionais e serviços de saúde.

A P4, indubitavelmente, deve fazer parte das políticas públicas e, tanto o apoio institucional como a forma de organização dos serviços de saúde são essenciais ao favorecimento da sua aplicabilidade. Para que haja uma maior responsabilização e conscientização profissional em relação as condutas intervencionistas no cotidiano de prática, há a necessidade de uma gestão democrática, com a participação ativa da equipe, visando a construção colaborativa de estratégias e ações que garantam a qualidade nos serviços ofertados.

Agradecimentos

Agradecemos a FAPESC e UDESC, pois o trabalho originou-se do Macroprojeto "Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde".

Conflitos de interesses

Não há conflito de interesses

Fontes de financiamento

Trabalho financiado com recurso da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Edital de Chamada Pública FAPESC N° 027/2020 Apoio à Infraestrutura para Grupos de Pesquisa da UDESC - Termo de Outorga N° 2021TR1006.

Contribuição de cada autor

Concepção e desenho do estudo/pesquisa: Souza AL, Vendruscolo C; *Análise e interpretação dos dados:* Souza AL, Vendruscolo C, Zocche DAA, Ascari RA, Schopf K, Oliveira BP; *Revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito:* Souza AL, Vendruscolo C, Zocche DAA, Ascari RA, Schopf K, Oliveira BP

Referências

1. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(5):1499-509. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015

2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2018;42(spe1):52-66. doi: 10.1590/0103-11042018s104
3. Vendruscolo C, Tesser CD, Pires DEP, Fonseca GS, Stipp MAC. A prevenção quaternária e a interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde. In: Vendruscolo C, Tesser CD, Adamy EK, eds. *Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2021.
4. 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
5. Schopf K, Vendruscolo C, Tesser CD, Zocche DAA, Souza, AL. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma revisão da literatura. In: Vendruscolo C, Tesser CD, Adamy EK, eds. *Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2021.
6. Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill Inc.; 1976.
7. Tabet LP, Martins VCS, Romano ACL, Sá NM, Garrafa V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde Debate* 2017;41:1187-98. doi: 10.1590/0103-1104201711516
8. Jamoulle MD. 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). [Internet]. 1999. [cited 2021 Mar 21]. Available from: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>
9. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saúde Pública* 2017;51:116. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051000041
10. Pellin PP, Rosa RS. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional. *Saberes Plurais: educação na saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 20];2:1-14. Available from: <https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351/51266>
11. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2019;366:l4185. doi: 10.1136/bmj.l4185
12. Pulhiez GC, Norman AH. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;16(43):2430. doi: 10.5712/rbmfc16(43)2430
13. Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract* [Internet]. 1982 [cited 2021 Dec 20];32(241):463-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972593/>

14. Metelski FK, Vendruscolo C, Geremia DS, Silva KJ. Ações do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: interfaces com a prevenção quaternária. In: Vendruscolo C, Tesser CD, Adamy EK, organizadores. *Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2021.
15. Peer RF, Shabir N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *J Family Med Prim Care* 2018;7(2):309-14. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_329_17
16. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
17. Souza JB, Heidemann ITSB, Bitencourt JVOV, Aguiar DCM, Vendruscolo C, Vitalle MSS. Enfrentamento da COVID-19 e as possibilidades para promover a saúde: diálogos com professores. *Rev Enferm UFSM* 2021;11(12):1-24. doi: 10.5902/2179769261363
18. Falkembach EMF. *Diário de campo: um instrumento de reflexão*. Ijuí: Contexto e Educação 1987;2:19-24.
19. Azevedo V, Carvalho M, Fernandes-Costa F, Mesquita S, Soares J, Teixeira F, et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Rev Enferm Referência* 2017;4:1-12. doi: 10.12707/riv17018
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Depallens MA, Guimarães JMM, Faria L, Cardoso AJC, Almeida-Filho N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface* 2020;24(Suppl1):e190584. doi: 10.1590/interface.190584
22. Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. *BMC Family Practice* 2017;18:99. doi: 10.1186/s12875-017-0667-4
23. Ferraz IS, Climaco LCC, Almeida JS, Aragão AS, Reis LA, Filho IEM. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. *Enfermería Actual de Costa Rica* 2020;38:196-208. doi: 10.15517/revenf.v0i38.37750
24. Riccò I. Searching for a 'new magical world': the contradictions of CAM and new age therapies in the West. *Anthropol Med* 2020;27(1):96-109. doi: 10.1080/13648470.2018.1544605
25. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento, MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate* 2018;42:174-88. doi: 10.1590/0103-11042018s112
26. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ Saúde* 2019;17:e0020537. doi: 10.1590/1981-7746-sol00205

27. Paiva R, Randow R, Diniz LP, Guerra VA. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais* 2018;28(Supl 5):e-S280523. doi: 10.5935/2238-3182.20150102
28. Palmeira ABP, Gewehr RB. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23:2469-78. doi: 10.1590/1413-81232018238.15842016
29. Figueiredo KC, Khalaf DK, Oliniski SR, Meier MJ. Prevenção quaternária e bioética: reflexões iniciais para a educação interprofissional e a prática colaborativa. In: *Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Moriá; 2021.
30. Souza GF, Oliveira KDP, Queiroz SMD. Educação em saúde como estratégia para a adesão ao autocuidado e às práticas de saúde em uma unidade de saúde da família. *Rev de Medicina* 2019;98:30-39. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v98i1p30-39



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.