



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE**

**Izabela Luíza de Souza Vieira**

**Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde no Programa de  
Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital  
Universitário de Brasília**

Brasília-DF

Julho, 2022.

**Izabela Luíza de Souza Vieira**

**Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde no Programa de  
Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital  
Universitário de Brasília**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Residência Médica em Medicina de Família e  
Comunidade no Hospital Universitário de Brasília.

Orientadora: Ana Paula Borges Carrijo

Coorientadora: Lígia Villela Rodrigues

Brasília-DF

Julho, 2022.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu Deus, que me sustentou e capacitou ao longo de todo o processo de residência médica, por sua imerecida graça, sabedoria e força concedidas diariamente. Acredito que o Senhor não está alheio aos assuntos acadêmicos. Muito pelo contrário: é o Deus de todo o conhecimento. De modo que o que sabemos só o sabemos por capacitação dele e o nosso conhecimento é uma ínfima parte do seu conhecimento infinito.

Agradeço à minha família, especialmente ao meu marido, filha, mãe, pai, irmã e irmão, pela paciência, apoio e encorajamento todos os dias. Obrigada pelo esforço de vocês para que este sonho se tornasse possível.

Agradeço aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde 03 do Guará II pela oportunidade conviver e aprender com cada um de vocês, em especial à minha preceptora direta Fabiana, às preceptoras Alexandra e Anabelle e aos demais membros da Equipe Amarela, que me acolheram tão bem sempre: Sheylla, Milton, Vanessa, Marta e Rita.

Agradeço a todos os professores e preceptores do Programa de Residência Médica pelos muitos ensinamentos e dedicação. Certamente, carrego um pouco de cada um de vocês em quem eu sou hoje como pessoa e profissional.

Agradeço, em especial, às minhas orientadoras, Ana Paula e Lígia, por serem tão brilhantes e competentes e me auxiliarem no processo de elaborar essa pesquisa que me é tão cara.

Tenho muita gratidão a cada um de vocês!

## RESUMO

**Introdução:** Esta pesquisa discute a Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS) no Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital Universitário de Brasília (HuB). A APS é um ambiente em que a prática da P4 é crucial não só para a segurança do paciente, mas também para um sistema de saúde viável do ponto de vista de custos e qualidade. Os atributos da APS, os princípios da Medicina de Família e Comunidade e a abordagem centrada na pessoa são bases importantes nesse processo. **Objetivos:** Descrever o conhecimento acerca da P4 e sua abordagem pelos preceptores e professores médicos do PRM-MFC-HuB. Identificar as estratégias e as dificuldades na aplicação do conceito de P4 durante consultas realizadas por preceptores e professores, no contexto da APS. Identificar os benefícios das ferramentas de comunicação na abordagem da P4 na consulta médica. Discutir os efeitos da intervenção para os entrevistados. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou entrevistas semi estruturadas com posterior intervenção formativo-pedagógica, em ambiente virtual, a fim de instrumentalizar os professores e preceptores com bases conceituais e ferramentas para operacionalização da P4 durante os atendimentos. **Resultados:** Houve a produção de um espaço formativo seguro de autorreflexão e autocrítica acerca da prática da P4 na APS e o conhecimento de novas ferramentas para tal, por parte dos participantes, por meio das entrevistas e da intervenção. **Conclusão:** É de grande importância a educação permanente no Sistema Único de Saúde quanto à P4 e a formação de profissionais de saúde que priorizem práticas de excelência no contexto da Estratégia Saúde Família. A prática de P4 se torna possível e efetiva quando a medicina baseada em evidências e a abordagem centrada na pessoa se encontram. Para isso, torna-se necessário apropriar-se de ferramentas de comunicação clínica nos atendimentos.

Palavras-chave: prevenção quaternária; sobremedicalização; doença iatrogênica; comunicação em saúde; relação médico-paciente; Atenção Primária à Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Tipos de Ações Preventivas conforme os níveis de prevenção.

Figura 02 - Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção da Prevenção Quaternária na consulta médica - primeira etapa.

Figura 03 - Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção da Prevenção Quaternária na consulta médica - segunda etapa.

Figura 04: Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção da Prevenção Quaternária na consulta médica e a P4.

Figura 05 - Exemplo de pictograma para ilustrar desfechos relacionados a uma intervenção.

Figura 06 - Exemplo de quadro de benefícios e malefícios de determinada conduta.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 - Eixos explicativos das doenças, tipos de abordagem e diferenciação entre sofrimento presente e futuro, para a prática da P4.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

eSF - Equipe de Saúde da Família

HuB - Hospital Universitário de Brasília

IPE - acróstico para Ideias, Preocupações e Expectativas

MFC - Medicina de Família e Comunidade

MCCP - Método Clínico Centrado na Pessoa

PRM - Programa de Residência Médica

PSO - acróstico para Psicológico, Social e Ocupacional

P4 - Prevenção Quaternária

SOAP - acróstico para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
Conceituação da Prevenção Quaternária	15
Prevenção Quaternária e Sua Relevância	17
Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Prevenção Quaternária	19
A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal	21
A Prevenção Quaternária e sua relação com a Abordagem Centrada na Pessoa e a Comunicação Clínica	21
<b>OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>25</b>
Desenho Metodológico	25
Universo de Pesquisa	25
Aspectos Éticos	26
Etapas do Estudo	26
Análise de Dados	30
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
Conceituação de Prevenção Quaternária	31
Operacionalização da Prevenção Quaternária	32
Desafios práticos da Prevenção Quaternária	33
Modelos organizativos das consultas e a prática da Prevenção Quaternária	37
Habilidades de Comunicação Clínica e a prática da Prevenção Quaternária	41
Letramento em saúde e Estratégias da Prevenção Quaternária	43
Prática da P4: como lidar em situações de negação, divergência e concessão	44
Prática da P4: Aprendendo a lidar com incertezas	46
Prática da P4: uso do Método Clínico Centrado na Pessoa	46
P4 e o referenciamento ao especialista focal	47
Segundo Momento: Intervenção	49
Contribuições da Intervenção para a prática da Prevenção Quaternária	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>



## APRESENTAÇÃO

Sou médica residente cursando o segundo ano do Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital Universitário de Brasília (HuB). Sou mãe de uma bebê de 2 anos, que nasceu no início da residência, quando estive de licença-maternidade, e agora estou gestante novamente, no último ano da residência. Ser mãe durante esse período tem me trazido vários desafios, mas também muitos aprendizados.

O tema da Prevenção Quaternária em muito me toca por ser presente na prática clínica diária da Atenção Primária à Saúde (APS). Muitos profissionais de saúde e médicos de família relatam uma pressão assistencial por solicitação de exames, realização de diagnósticos e medicalização de casos nos quais não há indicação clara de tais condutas, pois tanto profissionais de saúde quanto usuários da APS têm confundido cuidado em saúde com investigar, diagnosticar e tratar. Com isso, os reflexos são aparentes: uma sociedade que se sente cada vez mais adoecida, e profissionais, muitas vezes, cansados, começam a se questionar se estão prestando sua melhor assistência.

Para esclarecimento, estou em processo de formação, sendo tutoriada pelos preceptores e professores do programa de residência no qual atuo, os quais foram convidados a participar da pesquisa nas entrevistas e intervenção. Esclareci aos envolvidos o quanto deveriam se sentir acolhidos com relação ao tema da Prevenção Quaternária e às dificuldades que encontramos para sua prática diária. Preceptores e professores do programa me pareceram estar confortáveis durante toda a pesquisa e não se sentiram coagidos a participarem da pesquisa por obrigatoriedade. A participação se deu apenas com consentimento verbal e escrito e livre-vontade.

## INTRODUÇÃO

### Conceituação da Prevenção Quaternária

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) foi proposto por Jamouille, médico de Família e Comunidade, em 1999. Até então, já haviam sido descritos os clássicos três níveis de prevenção de Leavell & Clark - primária, secundária e terciária (TESSER, 2017).

A prevenção primária engloba ações para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou população antes do seu surgimento, por exemplo, a imunização. A prevenção secundária diz respeito às ações para detectar em estágio inicial um problema de saúde em um indivíduo ou população. Assim, facilita sua cura, reduz, ou previne sua disseminação ou efeito em longo prazo. São exemplos os rastreamentos. Enquanto que a prevenção terciária inclui as ações para reduzir os efeitos crônicos de um problema de saúde em um indivíduo ou população ao minimizar os prejuízos funcionais consequentes de um problema de saúde agudo ou crônico, incluindo reabilitação. Por exemplo, a prevenção de complicações do diabetes (TESSER, 2017).

Jamouille propôs a P4 como um tipo de prevenção relacionada não ao risco de doenças, mas ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e à medicalização desnecessária (JAMOULLE, 2000; NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2017).

O conceito de P4 que será utilizado neste estudo consiste na identificação de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sob risco de adoecimento por iatrogenias, ou sob risco por excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico, a fim de protegê-los, por meio de medidas eticamente aceitáveis (JAMOULLE, 2000; NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2017).

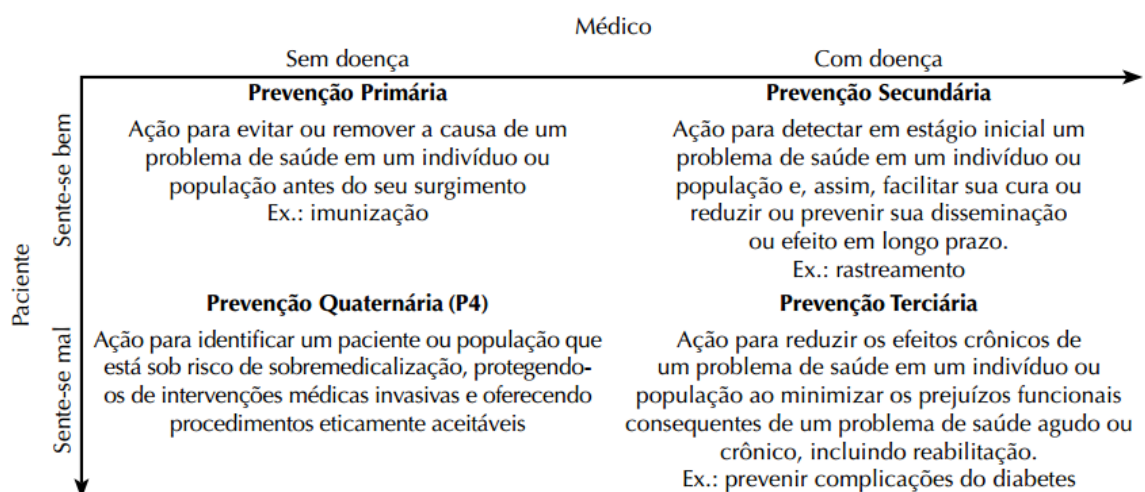
O princípio *primum non nocere*, isto é, “primeiro não causar dano” é um conceito clássico da medicina, no entanto esse viés de combate a uma medicina predominantemente medicalizadora e intervencionista tem ganhado força desde a criação do conceito de P4, em 1999. Em 2003, o termo foi oficializado pela World

Organization of National Colleges. É um conceito amplamente reconhecido na Europa, Canadá, América do Sul e Ásia. E tem sido proposto, endossado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, como central para o Sistema Único de Saúde brasileiro, o que tem induzido um movimento em toda a América do Sul (TESSER, 2017; JAMOULLE, 2015).

Em 2013, membros de um grupo brasileiro em defesa da P4 escreveram o “*Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse*”, segundo Silva et al (2014 apud JAMOULLE, 2015).

A figura 01 ilustra a definição de cada tipo de ação preventiva e como se relacionam com a doença e com a experiência da doença do paciente, isto é, como ele se sente em relação ao processo saúde-doença.

Figura 01 - Tipos de Ações Preventivas conforme os níveis de prevenção.



Fonte: adaptado de Jamouille<sup>18</sup>.

Fonte: TESSER (2017).

Com relação às definições, a sobremedicalização diz respeito a um conceito que abrange condições de sobrediagnóstico, diagnóstico de anormalidades não relacionadas às doenças, avaliação médica desnecessária e tratamento excessivo (MORGAN et al., 2015; ALBER, 2017).

A iatrogenia pode ser definida como dano material ou psíquico causado ao paciente pelo profissional de saúde. É certo que todo profissional possui potencial

iatrogênico, e tal aspecto depende não apenas da capacidade técnica, mas também da relação médico-paciente (TAVARES, 2007).

A polifarmácia é definida como o consumo de múltiplos medicamentos, embora não haja consenso na literatura quanto à quantidade de medicamentos em uso especificamente para sua caracterização (STUCHI, 2016).

### **Prevenção Quaternária e Sua Relevância**

A classificação de Leavell e Clark das ações preventivas em primária, secundária e terciária foi amplamente difundida no saber médico, com grande penetração recente da prevenção na atividade clínica (TESSER, 2017).

São cada vez mais comuns doenças, anormalidades e disfunções diagnosticadas por métodos sofisticados e de alta sensibilidade, mas com pouca ou nenhuma correlação com sintomas clínicos e desfechos mórbidos. Tais condições alimentam uma espécie de reservatório de doenças ou pseudo-doenças, o que está diretamente relacionado ao fenômeno do sobrediagnóstico causado, sobretudo, pelos rastreamentos em larga escala. Tais autores defendem, ainda, que há uma forte pressão preventivista advinda da cultura atual (NORMAN; TESSER, 2009; WELCH; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2011; TESSER, 2017).

Há uma espécie de paradoxo em saúde, qual seja: apesar de a saúde ter melhorado nos países de alta renda, as pessoas sentem-se mais doentes. A isso, são atribuídos os seguintes fatores: redução da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da prevalência de doenças crônicas; maior autopercepção das pessoas em relação à saúde, ampliando a atenção dada a sintomas e sentimentos de mal estar; comercialização e divulgação midiática da saúde; progressiva medicalização da vida diária, trazendo expectativas irreais de cura e prevenção. Com a biomedicalização intensa da vida, dos cuidados em saúde e dos riscos, todas as pessoas, inclusive pessoas híidas, passam a ser passíveis de serem pacientes. (TESSER, 2017).

Observa-se a expansão do número de fatores de risco, e o aumento do número de pessoas passíveis de tratamento. Há, assim, biomedicalização e intervenção cada

vez mais precoces em estágios de "pré-doença" e especialmente em fatores de risco, com metas cada vez mais rígidas e de difícil alcance, que demandam prescrição de medicamentos. A título de exemplo, destacam-se neste contexto as seguintes condições: pré-hipertensão, pré-diabetes, hipercolesterolemia, osteopenia, formas leves de depressão e ansiedade, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, ejaculação precoce, dentre outros. Isso contribui para a expansão substancial da comercialização de fármacos, aumenta a polifarmácia principalmente entre idosos, e, conseqüentemente, as iatrogenias. E, ainda, todas essas intervenções podem gerar redução da qualidade de vida, ao converter pessoas saudáveis em pacientes crônicos (WELCH; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2011; TESSER, 2017).

Esse processo gera, também, uso desnecessário de serviços e tecnologias médicas, o desperdício de recursos em situações triviais ou fatores de risco isolados, em detrimento do cuidado em saúde aos pacientes mais gravemente adoecidos. Há, desse modo, um aumento dos gastos com cuidados em saúde ao Estado, sendo a maior parte destes recursos pouco efetivos em termos de produção de saúde, sem a melhoria de indicadores<sup>1</sup> de saúde populacional, por exemplo (NORMAN, TESSER, 2009; TESSER 2017).

A P4, portanto, passa pelos outros tipos de prevenção, pois diz respeito à necessidade de autocontenção de rastreamentos desnecessários que alimentam os reservatórios de "pseudodoenças", trazendo riscos para a saúde e medicalização de fatores de riscos sem eficácia comprovada (TESSER, 2017).

A importância do tema é evidente, pois sabe-se que a iatrogenia é a terceira causa de mortes nos Estados Unidos. E, ainda, no Brasil, 70% dos idosos sofrem de alguma doença crônica que demandará um ou mais fármacos, sendo extremamente comum a polifarmácia, especialmente nessa população. Além disso, a prática médica científica ainda é predominantemente medicalizadora e intervencionista. Há um contexto de solicitação excessiva tanto de exames de rastreamentos não preconizados como de exames complementares, gerando uma

---

<sup>1</sup> Conforme Vecina Neto e Malik (2016), os indicadores são formas mensuráveis para descrever tanto a realidade de saúde como as modificações ocorridas em vigência de um serviço ou programa de saúde. Permitem quantificar o desempenho das atividades em um processo ou do produto/serviço gerado por este, considerando metas esperadas.

cascata diagnóstica e preventiva desnecessária. Há, também, comumente, medicalização de fatores de risco que atuam mais em benefício de agendas comerciais e da indústria farmacêutica do que em prol do paciente. Isto muitas vezes desvia o foco do cuidado de casos potencialmente graves para indivíduos hígidos (NORMAN; TESSER, 2009; WELCH; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2011; STUCHI, 2016).

Apesar da relevância do tema, pouco se tem discutido a respeito no contexto da saúde coletiva e do SUS, além de ser um assunto por vezes desconhecido na prática clínica dos profissionais de saúde. No entanto, o conhecimento desse conceito pelas equipes de saúde é condição *sine qua non* para mudança do contexto atual. Há necessidade de enfoque em Prevenção Quaternária tanto a nível de educação permanente no SUS quanto a nível de formação de profissionais de saúde. Faz-se necessário que práticas de excelência sejam consolidadas no SUS como um todo e na Atenção Primária em Saúde, especificamente (NORMAN; TESSER, 2009).

Este é, inclusive, um fator motivador para a minha pesquisa com relação ao tema. Pude experimentar, durante o período de residência médica, as demandas advindas dos pacientes com relação à solicitação indiscriminada de exames, muitas vezes motivada pela desinformação, pelo medo de fatores de risco, ou mesmo por dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Ao mesmo tempo, vivenciei, enquanto profissional de saúde, a importância de se valer de ferramentas de comunicação clínica nesse processo, bem como da relação médico-paciente. Aprendi sobre a relevância de buscar práticas baseadas em evidências, a fim de proteger o paciente do potencial iatrogênico próprio a nós, profissionais de saúde. Notei, ainda, como este tema ainda é pouco discutido nos cenários da Atenção Primária à Saúde, apesar da sua pertinência e complexidade.

### **Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Prevenção Quaternária**

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. É

um sistema de saúde de abrangência nacional, que coexiste em seu âmbito de subsistemas em cada estado e em cada município. É uma rede organizada de forma regionalizada e com nível de complexidade crescente (BRASIL, 2000).

A Atenção Primária à Saúde compõe o SUS e envolve um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que visam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASÍLIA, 2017).

É a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Tem como papel a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, organização de fluxos e contrafluxos entre os vários pontos de atenção (BRASÍLIA, 2017).

Além disso, tem como princípio a longitudinalidade, que consiste em prestar assistência nos diferentes ciclos de cuidado ao longo da vida do indivíduo. Outro princípio é a integralidade, que é prestar assistência ao usuário em todos os tipos de atenção no sistema de saúde, seja para ofertar o cuidado na própria APS ou para encaminhamento aos demais níveis de atenção, como a secundária e a terciária. E, ainda, a coordenação do cuidado, que diz respeito à APS como responsável pelo direcionamento e acompanhamento corresponsável no caso de necessidade de assistência em outros níveis de atenção (BRASÍLIA, 2017).

Portanto, tendo em vista o que a APS envolve e seus princípios, nota-se a grande aplicabilidade da P4 nesse contexto. Afinal, as condutas da Atenção Primária à Saúde<sup>2</sup> serão determinantes em termos de saúde e segurança do paciente, mas também com relação aos custos em saúde ao Estado (NORMAN; TESSER, 2009).

---

<sup>2</sup> O modelo de orientação da APS é a Saúde da Família, que é baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima pré-estabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade (BRASÍLIA, 2017).

### **A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**

No Distrito Federal (DF), a Atenção Primária à Saúde ainda está em consolidação, inclusive com relação à cobertura da população por equipes de Saúde da Família (eSF). Devido à baixa cobertura que o DF apresentava, foi lançada a iniciativa Brasília 2030: uma estimativa para o ano de 2030 de um total de 780 equipes para acompanhar uma população projetada de 3.340.255 habitantes, visando cobrir 70% da população. Anteriormente, se utilizava para o cálculo de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) o quantitativo de 3.000 pessoas por equipe. Atualmente, em 2022, utiliza-se para o cálculo de cobertura o total de 4.000 pessoas. Assim, a população do DF é de 3.052.546 pessoas e conta com 605 equipes da ESF distribuídas em 176 Unidades Básicas de Saúde, o que confere uma cobertura atual de 68,4%. Esse contexto, portanto, tem melhorado, especialmente nos últimos 05 anos, mas sabe-se que idealmente, entendendo a saúde como um direito universal, a cobertura por eSF deveria ser de 100%, especialmente em áreas de grande vulnerabilidade (BRASÍLIA, 2022).

### **A Prevenção Quaternária e sua relação com a Abordagem Centrada na Pessoa e a Comunicação Clínica**

Os estudos contemporâneos apontam para dificuldades na aplicação do conceito de P4 na prática clínica da Atenção Primária à Saúde. Norman (2015) se propôs a apresentar as bases clínicas e conceituais para se colocar em prática a P4 nos serviços de Atenção Primária à Saúde, bem como no ambiente de ensino e programas de residência médica em medicina de família e comunidade. E destaca o quanto tal prática pode aprimorar a relação médico-paciente, visto que esta é um dos princípios da medicina de família e comunidade.

Em termos práticos, na interpretação dos problemas ou momento do diagnóstico durante a consulta, a utilização da P4 se fará necessária, porque a prática do médico de família e comunidade envolve maior grau de incertezas, dado o espectro de indivíduos e situações a que estes profissionais estão expostos enquanto porta de entrada do sistema de saúde (NORMAN, 2015).



Nota-se que quanto mais severos os sintomas e mais localizadas as expressões físicas, mais favorecidos são os casos por uma abordagem mais direta. Esses quadros se enquadram em um modelo teórico explicativo denominado anátomo-morfológico. A exemplo, uma situação de infarto agudo do miocárdio ou de cólica renal requer que o problema seja diagnosticado e tratado, de forma mais direta, ao que se nomeia abordagem ontológica (NORMAN, 2015).

Por outro lado, a maioria dos problemas em saúde não se resumem a esse primeiro modelo. Mas, aos modelos explicativos fisiopatológico, semiológico e epidemiológico. No modelo fisiopatológico, os quadros clínicos são moderadamente definidos, a exemplo de quadros de asma, que são classificados de acordo com o nível de incapacidade funcional (NORMAN, 2015).

No modelo semiológico, o quadro clínico é mais indefinido ou complexo, que pode ser manifestado por uma gama de sinais e sintomas que se manifestam de maneira muito individual, como por exemplo casos de dores lombares ou cefaleia inespecíficas, fibromialgia, quadros de ansiedade/depressão (NORMAN, 2015).

No modelo epidemiológico, não há manifestação de sintomas que possam ser atribuídos à condição, seriam casos em que há fatores de risco que supostamente aumentam determinados desfechos, a exemplo, os quadros enquadráveis como pré-diabetes, colesterol alto, alto risco cardiovascular, tabagismo (NORMAN, 2015).

Tais modelos - fisiopatológico, semiológico e epidemiológico - irão se beneficiar muito mais de uma abordagem dinâmica, em detrimento da abordagem ontológica. Isto é: aquela que valoriza a vivência dos pacientes, administra a vasta gama de sintomas - geralmente pouco enquadráveis em patologias -, construindo interpretações contextualizadas - isto é, centradas no indivíduo, e não na doença - que dêem algum sentido às vivências e contribuam para a terapêutica. Para isto utiliza-se como aliados: o tempo, o acesso facilitado ao sistema de saúde e a longitudinalidade do cuidado (NORMAN, 2015).

Norman (2015) traz uma forma de operacionalização da P4 na consulta na APS. Por operacionalização, entende-se “tornar operacional”, ou seja, “estar pronto e

apto para funcionar” (OPERACIONALIZAR, 2022).

Para isto, o autor utilizou como substrato organizativo da consulta o modelo aprimorado de Calgary-Cambridge, que será exposto ao longo desta pesquisa (KURTZ et al., 2003; NORMAN, 2015).

O modelo aprimorado de Calgary-Cambridge é intercambiável com o SOAP - forma de registro de saúde orientado por problemas utilizado nos prontuários digitais, inclusive na APS no DF. SOAP é o acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano no registro do prontuário, e tem seu papel no raciocínio clínico e na organização da consulta. (NORMAN, 2015; GUSSO, 2018).

Ao propor modelos organizativos de consulta para promover P4, Norman (2015) ressalta que para a promoção de P4 no contexto da APS, além de resistência às fortes pressões preventivistas da cultura atual, é requerido dos profissionais de saúde habilidades comunicativas, empatia e abordagem centrada no indivíduo (TESSER, 2017; GÉRVAS; PÉREZ FERNANDEZ, 2012).

Porém, o que se nota é que nos ambientes acadêmicos de maneira geral tem sido ensinada uma medicina cada vez mais padronizada em protocolos, que induzem a generalização e interpretações dos tratamentos, impedindo a personalização das interpretações e do cuidado (NORMAN, 2015; BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Portanto, as generalizações com relação aos pacientes vão de encontro à necessidade de personalização do problema de saúde apresentado pela pessoa que busca o cuidado, e isso interfere em todas as etapas do cuidado em saúde. Nesse sentido, as ferramentas de comunicação clínica, cuja abordagem colocam a pessoa no centro do cuidado, são primordiais para a prática da P4 no contexto da APS (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a responder: quais estratégias ou ferramentas os preceptores e professores do Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital Universitário de Brasília (HuB) utilizam para praticar a Prevenção Quaternária no contexto da

APS? E quais desafios eles têm encontrado nesse caminho?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Primário**

Descrever o conhecimento acerca da Prevenção Quaternária e sua abordagem pelos preceptores e professores médicos do programa de residência médica em medicina de família e comunidade do Hospital Universitário de Brasília.

### **Objetivos Secundários**

1. Identificar as estratégias e as dificuldades na aplicação do conceito de Prevenção Quaternária durante consultas realizadas por preceptores e professores, no contexto da Atenção Primária à Saúde;
2. Identificar os benefícios das ferramentas de comunicação na abordagem da Prevenção Quaternária na consulta médica.
3. Discutir os efeitos da intervenção para os entrevistados.

## **METODOLOGIA**

### **Desenho Metodológico**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou entrevistas semiestruturadas individuais com os profissionais médicos atuantes no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário de Brasília. Posteriormente, foi realizada intervenção com os participantes, por meio de momento formativo-pedagógico, com apresentação de bases conceituais para operacionalização da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde. Foram apresentadas, ainda, ferramentas de comunicação clínica para lidar com as dificuldades inerentes do processo e, ao final, houve uma avaliação dos efeitos tanto das entrevistas para os participantes, quanto da proposta apresentada na intervenção.

Os eixos teóricos discutidos na intervenção foram a Prevenção Quaternária, e sua relação com os atributos da Atenção Primária à Saúde, com os Princípios da Medicina de Família e Comunidade, a comunicação clínica, a abordagem centrada na pessoa e a relação médico-paciente.

### **Universo de Pesquisa**

Foram entrevistados seis profissionais médicos atuantes no programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Brasília, sendo que três são preceptores e três são professores e atuam como médicos de família e comunidade em outros cenários além da residência médica. Os demais não demonstraram interesse em participar da pesquisa (03) ou tiveram problemas pessoais que comprometeram a participação no projeto (04).

Na intervenção, além da pesquisadora e das orientadoras (02), estiveram presentes cinco dos seis participantes que foram entrevistados previamente.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

- **Critérios de inclusão**

- Ser professor médico vinculado ao programa de residência médica

em MFC-HuB.

- Ser preceptor médico vinculado ao programa de residência médica em MFC-HuB.
- Aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

- **Crítérios de exclusão**

- Médicos que se recusem a participar da pesquisa.

### **Aspectos Éticos**

A coleta dos dados foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CAAE 53043821.7.0000.5558) e documentada em diário de campo, com gravação de vídeo e áudio durante as entrevistas e a intervenção, e em conformidade com o cronograma da pesquisa.

No momento da entrevista, foram esclarecidas logo no início, junto aos entrevistados, as regras de procedimento, tais como permissão ou não para utilização de gravador durante a entrevista e confidencialidade da fonte, e também a forma de utilização dos dados obtidos na entrevista. Os entrevistados já haviam lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à coleta de dados.

### **Etapas do Estudo**

- **Revisão de literatura**

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura utilizando-se na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) as seguintes palavras-chaves: prevenção quaternária; sobremedicalização; iatrogenia; comunicação em saúde; relação médico-paciente; Atenção Primária à Saúde.

- **Entrevistas**

A entrevista pode desempenhar papel vital para um trabalho científico, visto que

permite ao pesquisador coletar informações que não seriam possíveis somente através da pesquisa bibliográfica e da observação (BRITTO JUNIOR, 2011; MINAYO et al., 2015).

Richardson (1999 apud BRITTO JUNIOR, 2011) conceitua o termo entrevista a partir de duas palavras que o compõem, entre e vista: “vista refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas”. É um diálogo a dois, que ocorre por iniciativa do pesquisador, com o propósito de fornecer informações a um objeto de pesquisa (MINAYO et al., 2015).

Neste trabalho, a utilização da entrevista permitiu explorar o conhecimento e a prática dos preceptores e professores do programa de residência médica em MFC do HuB com relação à prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, pelas quais o entrevistado pode falar livremente sobre o tema, sem se restringir à pergunta inicial (MINAYO et al., 2015).

Foi utilizada a técnica de entrevista individual semi-estruturada por videoconferência. A entrevistadora fez uso de roteiro para seguir a sequência de tópicos que almejava percorrer e guiar a investigação com sagacidade e boa escuta, evitando interrupções não intencionais que pudessem prejudicar a qualidade da informação a ser obtida.

Devido à pandemia de COVID-19 no presente momento, optou-se pela pesquisa em ambiente virtual, após aprovação do Comitê de Ética. As ferramentas metodológicas têm sido testadas em ambiente virtual semanalmente, por meio do uso de plataformas digitais nos canais teóricos do PRM-MFC-HuB, e mostram-se compatíveis. Para a coleta de dados, optou-se pela plataforma digital *Teams* como prioritária por ser esta a plataforma oficial da Universidade de Brasília para aulas e reuniões, bem como por oferecer acesso seguro, gratuito e qualidade no áudio, no vídeo e na gravação.

Foram enviadas mensagens via *whatsapp* para apresentar a pesquisa aos preceptores e professores e verificar os interessados, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. A partir disso, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada interessado, via *whatsapp*. Alguns dias antes e no dia do encontro, o participante foi avisado, por meio de mensagens via *whatsapp* e via *e-mail*, quando foi enviado o TCLE para leitura e assinatura.

Antes de cada entrevista, foi realizada a abertura de uma sala virtual na plataforma *teams*, e verificados áudio, som e conectividade, 05 minutos antes da entrevista. Nos primeiros 05 minutos, foram dadas as boas-vindas ao entrevistado e a pesquisadora confirmou a assinatura do TCLE. Então, o participante era entrevistado de acordo com o roteiro de pesquisa descrito, dentro do tempo estimado previamente, cerca de 30 a 60 minutos. A pesquisadora prestava, então, esclarecimentos sobre como seria o processo de análise dos dados e já convidava o participante para o segundo momento do projeto, a intervenção.

Os temas pesquisados nas entrevistas foram o conceito da Prevenção Quaternária, a sua aplicabilidade e operacionalização e dificuldades para tal, além de sua relação com a comunicação clínica e a relação médico-paciente.

Foi aplicado o roteiro abaixo para a entrevista.

- 1) O que é Prevenção Quaternária para você?
- 2) Como você aplica a Prevenção Quaternária durante o seu atendimento na Atenção Primária à Saúde?
- 3) Quais são as dificuldades que encontra para colocar a Prevenção Quaternária em prática?
- 4) Como você utiliza a comunicação clínica para aplicar a Prevenção Quaternária?
- 5) Como o Método Clínico Centrado na Pessoa te auxilia para aplicar a Prevenção Quaternária?
- 6) Observações ou sugestões que gostaria de fazer sobre o tema abordado.

O áudio e o vídeo das entrevistas foram gravados, e posteriormente houve

transcrição e análise de dados, a partir dos referenciais teóricos.

- **Intervenção**

Vinte e um dias após o término de todas as sessões de entrevistas, o projeto contou com um segundo momento: a intervenção com os participantes da pesquisa.

Diferente do momento de entrevistas, que aconteceu apenas com a presença da pesquisadora e do entrevistado, a intervenção ocorreu na sala virtual contando com todos os participantes (exceto 01 participante, que não pôde estar presente por problemas pessoais) concomitantemente na plataforma virtual. As orientadoras do projeto também estiveram presentes na sala virtual, e contribuíram ao final da discussão.

Para que esse momento acontecesse, foi realizado agendamento prévio com todos os participantes da pesquisa e considerada a disponibilidade de todos. Alguns dias antes do encontro e no dia do encontro, os participantes foram lembrados, por meio de mensagens via *whatsapp* e via email. Cerca de 05 minutos antes, foi realizada a abertura da sala virtual para entrevista na plataforma *teams*, quando foram verificados áudio, som e conectividade. Nos primeiros minutos, foram dadas boas-vindas aos participantes e esclarecimento de como funcionaria o momento.

Então, foi realizada a apresentação, por parte da pesquisadora, dos artigos *“Prevenção quaternária: as bases para a sua operacionalização na relação médico paciente”* e *“Habilidades de comunicação na prevenção quaternária”*, com duração de cerca de 50 minutos, utilizando a apresentação de slides. Os artigos foram enviados previamente aos participantes para leitura prévia.

Em seguida houve um momento de reflexão, em que os participantes foram questionados: *“Como acham que esta pesquisa pode ser útil nos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde?”*, a fim de identificar os efeitos da pesquisa quanto à incorporação de métodos para prática da P4 nos atendimentos, e os participantes foram ouvidos e conduzidos nessa reflexão por cerca de 30



minutos.

Nos últimos minutos, foram prestados esclarecimentos sobre como se daria o processo de análise dos dados, e por fim a pesquisadora mencionou como as ferramentas de comunicação estudadas foram úteis em um caso bem ilustrativo atendido na APS, sem mencionar dados sigilosos do caso.

Procedeu-se, então, com o fechamento da sessão, com agradecimento aos participantes. O tempo de duração da sessão foi de 90 minutos. O áudio e o vídeo da intervenção foram gravados, e posteriormente houve transcrição e análise de dados, a partir dos referenciais teóricos.

### **Análise de Dados**

As entrevistas e a intervenção foram analisadas de forma qualitativa, com categorização das respostas em grandes temas e agrupamento das variáveis.

Foram cumpridas as seguintes etapas da análise de conteúdo descrita por Bardin (2016):

1. Ordenação de dados: mapeamento dos dados envolvidos no trabalho por meio da transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos;
2. Classificação dos dados: serão identificados os dados relevantes e elaboradas categorias específicas;
3. Análise final: haverá busca por articular os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo à questão de pesquisa e seus objetivos.

Ao longo da sessão Resultados e Discussão, as falas dos entrevistados serão identificadas pela letra E com um número, que se refere à ordem em que foram entrevistados, garantindo o sigilo e a proteção do participante.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados e agrupados para apresentação e discussão nas seguintes categorias: Conceituação da Prevenção Quaternária; Operacionalização da Prevenção Quaternária; Desafios práticos da Prevenção Quaternária; Modelos organizativos das consultas e a prática da Prevenção Quaternária; Habilidades de comunicação clínica e a prática da Prevenção Quaternária; Letramento em saúde e estratégias da Prevenção Quaternária; Prática da P4: como lidar em situações de negação, divergência e concessão; Prática da P4: aprendendo a lidar com as incertezas; Prática da P4: uso do Método Clínico Centrado na Pessoa; P4 e o referenciamento ao especialista focal; Segundo Momento: Intervenção; Contribuições da Intervenção para a prática da Prevenção Quaternária.

### Conceituação de Prevenção Quaternária

Os entrevistados demonstraram conhecimento acerca do conceito de Prevenção Quaternária. Disseram que P4 é evitar gerar danos ao paciente por meio de demandas desnecessárias com relação a exames ou tratamentos sem benefícios reais, evitando, portanto, a iatrogenia. Trouxeram, ainda, a questão da não maleficência enquanto princípio fundamental da medicina.

E4 pontuou: *“Realizar Prevenção Quaternária não é só não solicitar determinado exame sem indicação. É orientar o paciente acerca de quais formas de prevenção ele tem disponíveis diariamente, em suas escolhas e nos seus hábitos de vida. Porém, às vezes parece mais fácil fazer um exame ou tomar uma pílula, do que optar pelo autocuidado”*.

Tal conceito mencionado por E4 se assemelha ao conceito de prevenção redutiva ou prevenção a menos, trazido por Rose (2010), que consiste em: “remover ou reduzir alguma exposição artificial de modo a restaurar o estado de normalidade biológica” (ROSE, 2010, p. 148).

Seriam ações de correção de excessos ou faltas, de hábitos, erros alimentares ou de modos de vida não saudáveis, por exemplo: menos sedentarismo, agrotóxico, tabagismo, alcoolismo, psicotrópico, aditivos químicos, psicoativos. Na escala social, se aplicaria como: menos violência e desigualdade social na distribuição da riqueza etc (ROSE, 2010).

Verifiquei que a maioria dos participantes aplicaram facilmente P4 à solicitação de exames e prescrição de tratamentos, porém não a relacionaram inicialmente com o referenciamento de pacientes a outros especialistas, o que talvez demonstre uma perspectiva incompleta do conceito de P4 e de sua aplicabilidade à APS. Este ponto será melhor discutido no subitem P4 e o referenciamento ao especialista focal.

### **Operacionalização da Prevenção Quaternária**

Sabe-se, porém, que a maior dificuldade da P4 não está em seu conceito, mas em torná-la operacional e praticá-la durante os atendimentos em saúde (JAMOULLE, 2015; NORMAN, 2015).

Quando questionados acerca de como aplicam a P4 no atendimento, os participantes responderam que se valem de vários recursos com este fim, dentre eles: medicina baseada em evidências, relação médico-paciente, comunicação clínica, Método Clínico Centrado na Pessoa, escuta ativa, exame físico direcionado, trabalho em equipe no contexto das Equipes de Saúde da Família<sup>3</sup>, visita domiciliar, abordagem familiar e atributos da APS, como a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

Destacaram que a Atenção Primária à Saúde é um ambiente muito propício para a prática da P4 devido aos seus atributos e sua relevância no sistema de

---

<sup>3</sup> Equipe de Saúde da Família (eSF): equipe de saúde responsável por um território determinado, considerando critérios de vulnerabilidades, de até 4.000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade, um Enfermeiro ou um Enfermeiro de Família e Comunidade, técnicos de enfermagem e até seis Agentes Comunitários de Saúde (BRASÍLIA, 2017).

saúde enquanto porta de entrada. E também a relação da P4 com os princípios da Medicina de Família e Comunidade, com destaque para a relação médico-paciente.

São princípios da MFC: Ser um médico clinicamente qualificado, isto é, ter sua prática médica baseada nas melhores evidências. Ter atuação definida pela comunidade, ou seja, conhecer a comunidade e promover ações individuais e coletivas que sejam compatíveis com esse contexto. Ser o recurso de uma população definida, isto é, ser envolvido com a comunidade e ofertar o melhor tipo de cuidado possível. Desenvolver a boa relação médico-paciente, ou seja, ter vinculação com o usuário do sistema de saúde, e se valer da longitudinalidade para isso (GUSSO, 2018).

Segundo McWhinney (1996), o MFC deve, além de compreender a natureza física das enfermidades, buscar compreender os pacientes e que significado o adoecer traz às famílias, isto é, a experiência da doença.

Outra forma de operacionalização que foi citada também diz respeito aos casos mais complexos, em que se notem crises de mudança de ciclo de vida familiar<sup>4</sup> ou conflitos familiares, quando a visita domiciliar e a abordagem familiar<sup>5</sup> podem ser úteis no processo de cuidado e, assim, favorecer a prática da P4.

### **Desafios práticos da Prevenção Quaternária**

Dentre as dificuldades enfrentadas na prática da P4, foram destacadas: dificuldades na comunicação clínica, especialmente com o paciente que deseja intervenções desnecessárias, além de uma cultura preventivista notada na

---

<sup>4</sup> O ciclo de vida familiar consiste em uma sequência de transformações na história do desenvolvimento da família. Cada família atravessa diferentes fases em suas vidas, e cada nova etapa torna-se um desafio para que a família se organize e obtenha novamente o equilíbrio. Cada nova fase exige mudanças emocionais e realização de tarefas práticas para haver o equilíbrio dentro do sistema familiar e assim prosseguir para a próxima fase do ciclo (GUSSO, 2018).

<sup>5</sup> Abordagem familiar diz respeito à abordagem que o médico de família e comunidade poderá se valer a fim de mobilizar recursos internos da família, diminuir o estresse e ajudar a solucionar os problemas biomédicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo de cuidado ao paciente (GUSSO, 2018).

população de maneira geral, bem como a falta de conhecimento pelo paciente acerca do modelo da Estratégia de Saúde da Família, e da especialidade Medicina de Família e Comunidade.

Nota-se, em consonância com o que foi dito pelos entrevistados, que as principais dificuldades geralmente descritas por médicos são: pouca habilidade em comunicação clínica; medo de não realizar um diagnóstico ou fragilizar a relação médico-pessoa e a dificuldade em negar uma demanda (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Ainda em relação aos desafios da operacionalização da P4, foram pontuadas a problemática da rede de saúde fragmentada e com pouca articulação da APS com os demais níveis de atenção - secundária e terciária, o que demonstra prejuízo da coordenação do cuidado pela APS e da integralidade. Ademais, a baixa cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Distrito Federal, com grande dano ao funcionamento das equipes, a organização do tempo de consulta e a pressão assistencial, que sofreu incremento com a pandemia de COVID-19.

Foi pontuada a problemática de o DF ainda apresentar baixa cobertura de Equipes de Saúde da Família (eSF) e de Agentes Comunitários de Saúde. Isto é preocupante pois entendendo a saúde como direito universal, idealmente a cobertura por eSF deveria ser de 100%, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade. Ademais, sabe-se do papel primordial que cabe principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde: promover o vínculo entre os usuários e as equipes e, dentro da Unidade Básica de Saúde ou em visita domiciliar, por meio do acolhimento em tempo adequado, de forma a expandir a capacidade de trabalho das equipes, considerando os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades próprios do território (PIRES, 2010; BRASÍLIA, 2017; BRASÍLIA, 2022).

Os participantes mencionaram que, tendo em vista o papel central do ACS na

territorialização<sup>6</sup> da área adscrita, essa dificuldade de recurso humano leva a equipe a não conhecer sua população adscrita<sup>7</sup> como seria desejável para promover ações em saúde e para melhor organização da agenda da equipe, a fim de vencer a pressão assistencial. Isso prejudica, conseqüentemente, toda a Equipe de Saúde da Família, de forma que o desconhecimento apropriado do território, suas fragilidades e potencialidades pode ser uma barreira para a prática da P4.

A consolidação da APS foi expressa como um desafio na realidade do DF. Muitos usuários ainda têm como referência os antigos Centros de Saúde, onde as equipes continham especialistas focais como médico Clínico, Pediatra e Ginecologista-Obstetra. Desse modo, é comum que muitos usuários cheguem na APS demandando exames e condutas próprias de um sistema com enfoque na doença, que geralmente levaria a uma conduta com excesso de exames desnecessários, sobremedicalização e, não raro, a iatrogenias.

As narrativas dos médicos mostram que os pacientes acreditam que "ter saúde" está vinculado a fazer exames periódicos, e não necessariamente promover mudanças de hábitos de vida, de modo que, por vezes, o cuidado em saúde é terceirizado ao médico e à equipe, e o paciente não se vê como protagonista nesse processo. Assim, desconstruir essa cultura tem sido fruto de um trabalho árduo, diário e persistente, o que envolve a operacionalização da P4 durante os atendimentos.

Ainda, destacou-se que o desconhecimento acerca do papel da APS também abrange os demais níveis de atenção - rede secundária e terciária. Alguns entrevistados avaliam uma rede muito fragmentada nesse sentido, de pouca comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. Isso

---

<sup>6</sup> Territorialização diz respeito à “metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde” (BRASÍLIA, 2017).

<sup>7</sup> Adscrição do território envolve: “cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão” (BRASÍLIA, 2017).

dificulta o seguimento de usuários que foram referenciados aos demais níveis de atenção e prejudica a integralidade e a coordenação do cuidado. A literatura destaca a importância de se fazer uso dos atributos da APS para a prática da P4, a exemplo da coordenação do cuidado, da integralidade e da longitudinalidade (NORMAN, 2015; GUSSO, 2018).

Foi citada, também, que uma dificuldade inerente ao processo de praticar P4 durante os atendimentos é a organização do tempo de consulta. Alguns entrevistados elencaram que isso pode aumentar o tempo de consulta, e muitas vezes torna-se utópico promover P4 na dinâmica de muitos atendimentos.

E1 relatou: *“Há dias em que estamos cansados, com uma pressão assistencial que nos assombra. Nesses dias, é mais difícil realizar a Prevenção Quaternária. A gente acaba, muitas vezes, cedendo (...).”*

Esse discurso foi expresso durante a pandemia de COVID-19, quando a APS passou por um momento desafiador, inclusive em termos de grande pressão assistencial.

Enquanto pesquisadora e a partir dos apontamentos, questionei-me se o estresse e o cansaço próprios de um sistema de saúde com grande pressão assistencial seriam, nesse sentido, limitadores à promoção de P4. Porém, acredito que, na verdade, promover P4, a longo prazo, pode poupar-nos tempo e esforços. Isto porque proporcionará educação em saúde<sup>8</sup> do paciente e da comunidade, de modo que a tendência é que, no futuro, solicitações desnecessárias sejam cada vez menos comuns por parte de usuários que são acompanhados por Equipes de Saúde da Família que se valham da longitudinalidade e da demora permitida no processo de cuidado. Além disso, acredito que solicitar exames desnecessários, além de trazer possíveis riscos ao paciente, trará consigo novas demandas que ocuparão ainda mais tempo do

---

<sup>8</sup> Educação em saúde é um espaço de diálogo em que há interlocução de saberes e práticas entre gestores, profissionais de saúde e usuários. Entende-se que deve ser um projeto de transformação coletiva e social duradouro, de onde vem inclusive o termo ‘educação permanente’ (DUNCAN et al., 2013).

profissional de saúde em um outro momento.

Demora permitida (ou observação assistida) consiste em uma estratégia de monitorar os indivíduos com sintomas ou sinais inespecíficos por algumas semanas. Estima-se que 40% dos pacientes que trazem uma queixa nova ao médico de família melhora sem que seja estabelecido um diagnóstico e realizada qualquer intervenção. Durante o período de demora permitida, a probabilidade pré-teste de que o problema seja uma doença passível de definição diagnóstica ou de um teste diagnóstico aumenta. Logo, a prevalência da doença no grupo a ser investigado cresce e, assim, os riscos de falso-positivo e falso-negativo do teste são reduzidos. A "tintura do tempo" desempenha papel importante em melhorar valores preditivos positivos dos testes diagnósticos, isto é, em detectar os verdadeiros doentes (NORMAN; TESSER, 2009; STARFIELD, 2002).

A demora permitida deve estar aliada a uma rede de segurança em que o paciente possa retornar em caso de agravamento, uma vez descartados os sinais de alerta, além de que deve estar bem orientado sobre o que fazer em caso de mudança de padrão de sintomas (NORMAN, 2015).

Assim, a prática da P4 induz os profissionais a manterem proximidade longitudinal e centrarem o cuidado nas pessoas e suas vivências, protegendo-as de desvios induzidos pelo automatismo da ânsia diagnóstica e terapêutica (NORMAN, 2015).

### **Modelos organizativos das consultas e a prática da Prevenção Quaternária**

A fim de facilitar a organização da consulta, inclusive a organização do tempo, Norman (2015) utilizou o modelo de Calgary-Cambridge como substrato organizativo da consulta para operacionalizar a P4. Este modelo está configurado idealmente para uma consulta médica de 10 minutos de duração, sendo dividida em dois momentos principais: (1) coleta de dados e (2) manejo clínico (NORMAN, 2015).



A coleta de dados do Modelo de Calgary-Cambridge corresponderia às etapas Subjetivo e Objetivo do SOAP, enquanto que o manejo clínico corresponde às etapas Avaliação e Plano do SOAP. Os dois métodos sugerem fluxo unidirecional, isto é, que primeiro se esgote a primeira fase para depois seguir para a segunda (NORMAN, 2015).

Apesar de os participantes da presente pesquisa terem se interessado pelo modelo de Calgary-Cambridge como substrato organizativo da consulta para promoção de P4, questionaram o tempo de 10 minutos e todos foram unânimes em dizer que o atendimento com enfoque na pessoa levará mais tempo. Questionaram se essa realidade talvez se aplique ao Reino Unido, mas não ao Brasil, e levantaram a hipótese de esta poder ser uma questão transcultural.

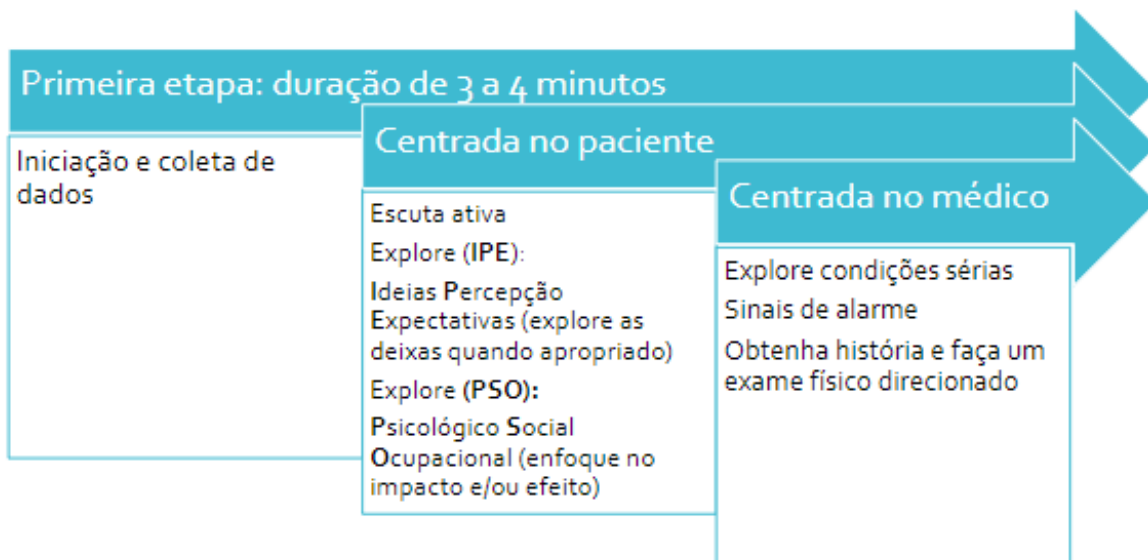
Enquanto pesquisadora, considero a questão do tempo de consulta uma questão delicada e que de fato pode ser afetada por questões culturais. Apesar disso, acredito que à medida que nos valemos da longitudinalidade, fortalecemos o vínculo com a comunidade a quem prestamos assistência, fazemos uso sistemático do registro clínico em prontuário, isso tende a nos proporcionar consultas marcadas por agilidade, sem deixarem de ter foco na pessoa, favorecendo a promoção de P4, sem necessariamente haver aumento do tempo de consulta.

Os participantes da pesquisa elencaram a questão do tempo de consulta como um obstáculo à promoção da P4. Porém, Norman (2015) propõe um modelo organizativo para uma consulta rápida e que permita a prática da P4.

Na coleta de dados do modelo em questão, o paciente é encorajado a falar sobre o problema ou queixa principal, o contexto em que ocorre, os componentes biopsicossociais e biográficos. No final desta etapa, quando o paciente já expressou suas preocupações, ideias e expectativas, o médico faz algumas perguntas fechadas, explora sinais de alerta e faz o exame físico direcionado. Esta etapa está ilustrada na figura 02 (NORMAN, 2015).

Figura 02 - Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção

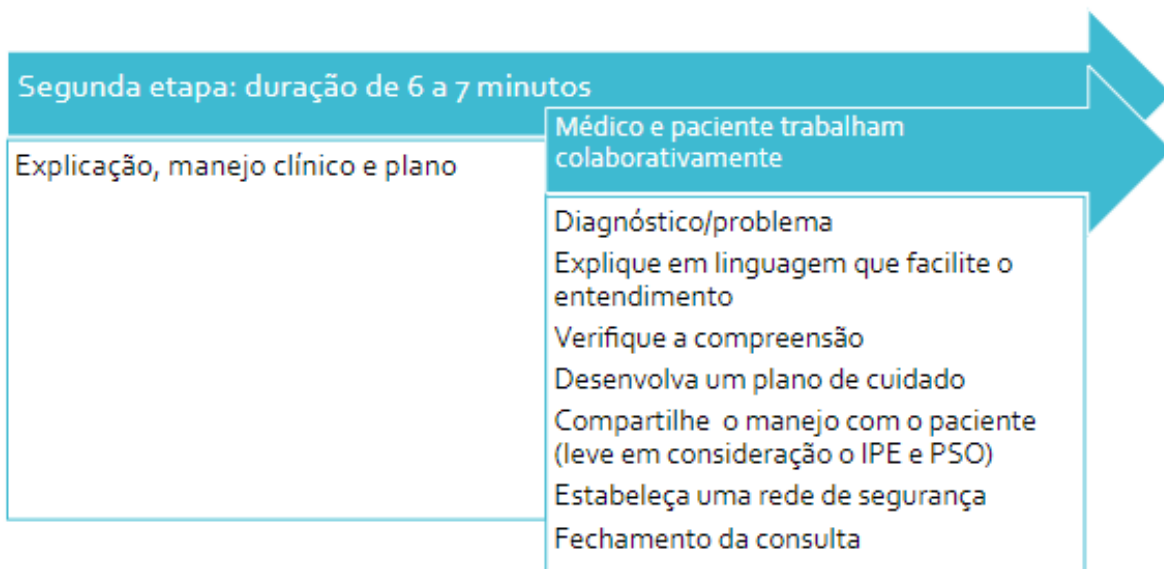
da Prevenção Quaternária na consulta médica - primeira etapa.



Fonte: NORMAN (2015).

No segundo momento deste modelo - corresponde ao manejo clínico -, o médico compartilha sua impressão e interpretação sobre os problemas do paciente ou o diagnóstico, para que juntos possam elaborar o plano terapêutico. Esta etapa está ilustrada na figura 03 (NORMAN, 2015; NORMAN; TESSER, 2009).

Figura 03 - Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção da prevenção quaternária na consulta médica - segunda etapa.

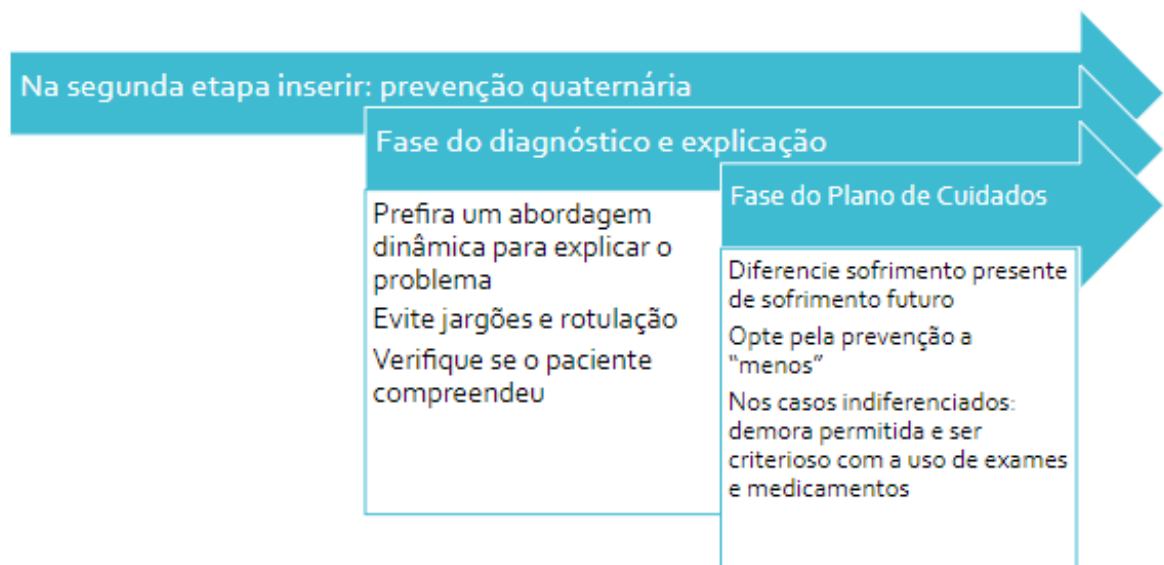


Fonte: NORMAN (2015).

Neste modelo aprimorado de Calgary-Cambridge, a inserção das prevenções, inclusive a P4, localiza-se preferencialmente na segunda etapa, a qual envolve diagnóstico e plano terapêutico (NORMAN, 2015).

Sobre a elaboração do plano conjunto, este deve ser elaborado com base no acrônimo IPE (Ideias, Preocupações e Expectativas) e no PSO (Psicológico, Social e Ocupacional) - dados coletados no primeiro momento. Além disso, é necessário ancorar o sofrimento no tempo, localizando-o no presente e separando-o do adoecimento futuro. A prática da P4 demanda diferenciação entre sofrimento presente e probabilidade de adoecimento futuro. Neste segundo caso, é preciso ter cautela para não medicalizar pessoas saudáveis com intenção de evitar adoecimentos futuros, como demonstrado a seguir na figura 04 (NORMAN, 2015).

Figura 04 - Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge como matriz para a inserção da Prevenção Quaternária na consulta médica e a P4.



Fonte: NORMAN (2015).

Apesar de Norman (2015) utilizar como substrato organizativo da consulta para operacionalização da P4 o modelo de Calgary-Cambridge aprimorado, mais comumente no Brasil tem-se utilizado o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Este é organizado em quatro componentes, quais sejam: (1) Explorar a saúde, a doença e a experiência; (2) Entender a pessoa como um todo; (3)

Elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas; (4) Intensificar a relação entre a pessoa e o médico (STEWART et al., 2017).

A tabela 01 é estratégica para entender a P4 aplicada aos eixos explicativos das doenças e sua abordagem em relação ao tempo.

Tabela 01 - Eixos explicativos das doenças, tipos de abordagem e diferenciação entre sofrimento presente e futuro, para a prática da P4.

<b>P4</b>				
<b>Aumenta a sua necessidade na medida em que se distancia do sofrimento presente</b>				
Tempo	Adoecimento presente			Adoecimento futuro
Eixo	Anatomopatológico.	Fisiopatológico	Semiológico	Epidemiológico
Quadros clínicos	Bem definidos	Moderadamente definidos	Indefinidos/Complexos	Imaterial/Risco
Abordagem	Ontológica/Dinâmica	Preferencialmente dinâmica	Dinâmica	Probabilístico Prefira prevenção "a menos"
"Manejo: exames e tratamento"	Direcionado para a condição (ex. tuberculose, angina pectoris, DPOC)	De acordo com o grau de disfunção e/ou severidade do quadro (ex. asma leve, moderada e grave)	Excluir sinais de alerta  Evitar excessos de sintomáticos  Aguardar evolução do quadro (demora assistida)	Evitar a medicalização de prevenção primária  Desencorajar checkups e/ou rastreamento (ex. PSA, mamografia < 40 anos)

Fonte: NORMAN (2015), adaptado.

### **Habilidades de Comunicação Clínica e a prática da Prevenção Quaternária**

Quando questionados acerca do uso das ferramentas de comunicação clínica, foi reconhecida a importância da ferramenta para promover P4.

Foi ressaltado, também, o papel do SOAP em relação ao seu papel para raciocínio clínico, e também para elaboração de lista de problemas e conduta compartilhada com o paciente, que seriam ferramentas úteis no processo de promover P4.

As habilidades de comunicação clínica têm sido vistas como uma ponte entre a teoria e a prática da P4. Apesar de a pouca habilidade em comunicação clínica ainda ser vista na prática clínica de muitos médicos de maneira geral, sabe-se que esta é uma tecnologia leve, que requer treinamento e aperfeiçoamentos diários, além do conhecimento acerca da medicina centrada na pessoa (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Outro item da comunicação clínica, que foi destacado pelos participantes, diz respeito à importância de o médico falar de maneira inteligível ao paciente, evitando jargões ou expressões próprias do ambiente acadêmico. E, ainda, sobre fazer uso da linguagem para aplicação da competência cultural, isto é, explicar problemas e diagnósticos a partir do universo da pessoa, inclusive fazendo uso de metáforas que auxiliem no processo.

Sobre isso, Norman (2015), destaca que as palavras escolhidas pelos médicos deveriam pertencer ao universo cultural das pessoas e ser cuidadosamente escolhidas para que crenças, medos e ansiedades pudessem ser acolhidos e processados conjuntamente, de modo a tematizar tranquilamente as complexidades e incertezas inerentes ao processo do cuidado. Sendo a palavra a maior ferramenta da P4, deve-se evitar expressões populares ou técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. É preciso deixar claro por meio dos termos que se utiliza que certas condições não se constituem doenças, mas fatores de risco. Por exemplo, comunicar que a pressão está um pouco alta é diferente de usar a palavra “hipertensão”, que implica em um diagnóstico de doença crônica (NORMAN, 2015).

Elencou-se, ainda, a importância do uso de pictogramas para explicar a não necessidade de exames, bem como de tratamentos não preconizados.

A seguir, na Figura 05, há um exemplo de pictograma utilizado para ilustrar desfechos de uma intervenção, a fim de facilitar o entendimento do paciente e a conduta compartilhada.

Figura 05 - Exemplo de pictograma para ilustrar desfechos relacionados a uma intervenção.

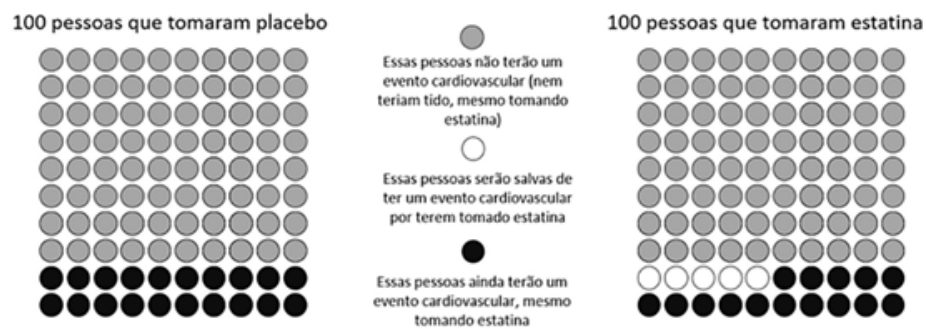


Figura 2. Uso de estatina para prevenção primária de doenças cardiovasculares. Adaptado de: Guia de referência rápida: prevenção cardiovascular.<sup>23</sup>

Fonte: BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA (2021).

## Letramento em saúde e Estratégias da Prevenção Quaternária

Letramento em saúde é o termo utilizado para o conhecimento das pessoas para compreender e aplicar informações de saúde que impactam nas decisões da vida cotidiana relativas ao autocuidado, prevenção de doenças e promoção de saúde, melhorando a qualidade de vida. Por isso, o analfabetismo pode ser uma dificuldade no processo de cuidado em saúde e, mais do que isso, na prática de P4 neste contexto, sendo necessárias abordagens alternativas de comunicação com o paciente (MARQUES; LEMOS, 2018).

Nesse sentido, E3 compartilhou que em sua equipe há altos índices de analfabetismo e, por isso, a equipe teve que se reinventar no processo de comunicação com os pacientes, fazendo uso de prescrição diagramada, em detrimento da receita médica escrita tradicional, por exemplo. Tem sido verificado que indivíduos com menor escolaridade têm mais chance de ter letramento em

saúde inadequado (MARQUES; LEMOS, 2018).

#### **Prática da P4: como lidar em situações de negação, divergência e concessão**

Além disso, os participantes pontuaram a importância do equilíbrio entre a medicina baseada em evidências e a relação médico-paciente. Isso porque, muitas vezes, o paciente demanda por exames desnecessários cuja recusa poderá fragilizar a relação médico-paciente. Por outro lado, há uma responsabilidade ética que cabe ao médico e envolve o princípio da não maleficência.

A maioria relatou que, diante de uma situação de discordância com o paciente com relação à conduta, acaba optando por ceder, caso não haja malefício com a conduta a ser tomada.

Acredito que seja natural haver discordâncias entre médico e paciente, afinal o encontro clínico é o encontro de duas agendas, de duas demandas, as quais precisarão ser alinhadas. Realmente avalio que dosar medicina baseada em evidências e a relação médico-paciente se faz necessário em situações de discordância. Em minha prática, também já cedi em alguns momentos à demanda do paciente quando este se manteve em seu posicionamento mesmo após debate, pois se tratava de casos que a solicitação do exame não traria malefícios, e fortaleceria a relação médico-paciente.

Nessas situações, é importante o médico avaliar o que pode estar por trás de um pedido de exames e explorar a experiência do paciente, além de conhecer seus medos, crenças e expectativas. Isso porque os *check ups* são motivos frequentes de consultas na APS. Este é, portanto, um momento oportuno para uma consulta personalizada e centrada na pessoa. E, ainda, uma oportunidade para o diálogo, para compartilhar informações, desmistificar crenças equivocadas e para promover educação em saúde. É preciso, assim, entender que tanto médico quanto paciente têm expectativas e demandas na consulta, e estas precisam ser alinhadas (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Há, ainda, técnicas de comunicação clínica para lidar com situações de negação, divergência e concessão. É primordial nesse processo que haja concordância mútua do médico e do paciente com relação à definição da lista de problemas - que corresponderia ao A (Avaliação) do SOAP. Porém, nem sempre isso será possível. Um exame desnecessário para o médico pode ser primordial para o paciente (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Um participante da pesquisa fez um contraponto com Norman (2015) quando o autor afirma que a inserção das prevenções, inclusive a P4, localiza-se preferencialmente na segunda etapa do Modelo de Calgary-Cambridge, a qual envolve diagnóstico e plano terapêutico. O participante pontuou que, no seu entendimento, a aplicação da P4 na verdade começaria na primeira etapa (coleta de dados) do Modelo de Calgary-Cambridge, ou no S do SOAP. Isto porque é ainda nesse primeiro momento em que há negociação de quais demandas serão abordadas em consulta, e isso faz parte da promoção de P4. Concordo com tal posicionamento, até porque os dois momentos são interdependentes e o primeiro momento é o que favorecerá a elaboração do plano terapêutico conjunto, na segunda etapa.

Diante de situações de divergência, é importante, ainda, atentar para a comunicação não verbal, devendo-se manter o contato visual com o paciente e demonstrar serenidade e tranquilidade, inclusive no tom de voz. Além disso, pode-se legitimar a divergência, ressaltando que ela existe, ou então normalizá-la, dizendo ao paciente que é frequente que outros pacientes pensem como ele. Deve-se, ainda, colocar na balança o vínculo com paciente, os malefícios da intervenção desejada e a ansiedade do paciente caso sua demanda não seja atendida. Caso o médico entenda ser melhor não solicitar o exame requerido, ele pode lançar mão de duas técnicas: (1) disco arranhado: ele repete em tom de voz lento e tranquilo o porquê de não solicitar determinado exame, após nova argumentação do paciente; ou (2) parênteses: pactuação com o paciente de que tanto ele quanto o médico buscarão estudar e refletir sobre a intervenção requerida e a decisão ficará para uma próxima consulta (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).



### Prática da P4: Aprendendo a lidar com incertezas

Outra situação que costuma deixar muitos médicos desconfortáveis são as incertezas na tomada de decisão clínica, especificamente no Plano Terapêutico do SOAP, que representa a finalização da consulta. Como agir quando as evidências não apontam para um único caminho?

Nesse momento, é importante individualizar a consulta e lançar mão das ferramentas de decisão compartilhada. Por exemplo, o médico pode lançar mão da estratégia “pergunta-fala-pergunta”, em que se dá ao paciente a oportunidade de argumentar por que o paciente julga que determinado exame ou conduta seriam ou não importantes para ele. Outra forma é pedir para o paciente fazer uso da "listagem de prioridades", elencando o que é relevante para ele no processo de cuidado em saúde. Ou então, fazer uso da “tabela de prós e contras”, em que o médico escreve benefícios e malefícios conhecidos da intervenção discutida na conduta compartilhada, para que fique mais claro ao paciente, como ilustrado na figura 06 (BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Figura 06 - Exemplo de quadro de benefícios e malefícios de determinada conduta.

**Tabela 1.** Benefícios e malefícios do uso da estatina para Carlos. Adaptado de: thennt.com, Statin in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease.<sup>22</sup>

<b>Benefícios do uso de estatinas</b>	<b>Malefícios do uso de estatinas</b>
Não tem redução estatisticamente significativa a mortalidade	Gera dor por dano muscular em 1 a cada 21 pessoas
Evita 1 a cada 217 infartos (que não gerariam morte)	1 a cada 204 pessoas desenvolve diabetes
Evita 1 a cada 313 derrames (que não gerariam morte)	
<b>Benefícios do uso de estatinas para Carlos</b>	<b>Malefícios do uso de estatinas para Carlos</b>
Sensação de segurança	Ter que tomar um comprimido todos os dias

Fonte: BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA (2021).

### Prática da P4: uso do Método Clínico Centrado na Pessoa

Quando indagados acerca do uso do Método Clínico Centrado na Pessoa para

promoção de P4 nos atendimentos, os participantes relataram ser primordial ver o paciente como um todo, conhecer bem seu contexto social, econômico, religioso e pessoal, bem como ter vínculo com o paciente. Destacaram a importância de entender acerca da doença do paciente, mas também da experiência com o adoecimento, que é muito individual para cada um. Informaram que fazem uso da conduta compartilhada nos atendimentos e isso auxilia no processo de envolver o paciente no plano terapêutico, evitando exames e tratamentos desnecessários. Em consonância com o que traz a literatura, julgam ser impossível realizar P4 sem fazer uso do M CCP (NORMAN, 2015; TESSER, 2017; BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Como demonstrado neste trabalho, aplicar o Método Clínico Centrado na Pessoa na consulta apresenta grande potencial para a prática da P4, e vai na contramão de uma medicina cada vez mais padronizada em protocolos, que induzem a generalização e interpretações dos tratamentos, pressupondo homogeneidade dos doentes, e impedindo a personalização das interpretações e do cuidado. Por isso, aprender a operar a P4 na prática clínica passa pelo fortalecimento e reconstrução da capacidade crítica e epistemológica dos médicos, capacidades notadamente em declínio (NORMAN, 2015; BARBOSA; CALDEIRA; MAFRA; GAZOLA, 2021).

Em minha experiência enquanto médica residente na especialidade de medicina de família e comunidade, pude verificar o quanto o M CCP é uma ferramenta importante para evitar os sobrediagnósticos e a sobremedicalização. Capacita o profissional para uma conduta, de fato, personalizada, o que protege o paciente, e impede que o médico seja levado pela ânsia de diagnosticar e tratar situações corriqueiras, cotidianas ou fatores de risco que não requerem medicalização.

#### **P4 e o referenciamento ao especialista focal**

E4 relatou, durante o processo de entrevistas, ter entendido que a P4 é mais ampla

do que imaginava por aplicar-se, inclusive, ao referenciamento ou não dos pacientes aos demais níveis de atenção em saúde. Até então, E4 entendia que a P4 dizia respeito a evitar solicitação desnecessária de exames ou tratamentos sem reais benefícios. Portanto, pude verificar que o processo de entrevista semi-estruturada foi importante para ampliar a compreensão dos participantes acerca da Prevenção Quaternária.

E4 e E6 trouxeram a importância dos médicos de família enquanto “filtros” no sistema de saúde. Há países nos quais o pagamento aos médicos de família se dá por captação, em que há uma lista de pacientes para cada médico geral. Estes desempenham papel de filtro, do inglês *gatekeeper*. Nestes modelos de saúde, não há acesso livre aos especialistas: o médico geral (*general practitioner*) decide o momento do referenciamento e para qual especialista o paciente será referenciado. Ou seja, o Estado e a sociedade delegam aos médicos gerais, geralmente médicos de família e comunidade, a decisão clínica para o seguimento do paciente e a coordenação do seu cuidado, buscando obter melhores resultados em saúde e controle de gastos. E nota-se que em países com pagamento por captação e médicos gerais com papel de filtro, há maior controle de gasto sanitário, ao mesmo tempo em que há excelentes resultados em saúde (GUSSO, 2018).

Não ter livre acesso ao especialista focal sem a sua real necessidade é um passo muito importante na promoção de P4 na APS. Afinal, ter um médico de família e comunidade atuando como “filtro” e coordenando o cuidado é essencial para que o paciente não seja referenciado a um especialista sem indicação, de modo que fique exposto a uma cascata diagnóstica e terapêutica iatrogênica (GUSSO, 2018).

Percebo que a forma como o SUS é estruturado, em níveis de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada pode ser um fator facilitador para a promoção de P4. Porém, esse me parece ainda um longo caminho a ser percorrido, em termos de educação em saúde dos usuários do sistema.

Sobre isso, Norman e Tesser (2009) pontuaram que muitos especialistas focais têm seu raciocínio clínico modificado em função de sua peculiar situação social e

institucional, havendo reduzida responsabilidade para com os problemas de saúde na globalidade dos seus pacientes e aumentada responsabilidade para com as patologias de sua especialidade. É como se o especialista focal precisasse garantir que o doente não tem alguma doença de sua especialidade (NORMAN; TESSER, 2009).

Assim, ao invés de se construir um diagnóstico do problema de saúde do paciente, na medicina especializada tende a haver uma sensação de obrigação por parte do especialista de eliminar as doenças da especialidade possíveis de existirem no paciente – pois não se admite que um especialista deixe passar um diagnóstico de sua especialidade em um doente: isto seria uma declaração de incompetência (NORMAN; TESSER, 2009).

### **Segundo Momento: Intervenção**

Após a coleta de dados realizada por meio da entrevista semiestruturada, foi elaborado um encontro, denominado "intervenção", para realizar apresentação de artigos sobre a temática da operacionalização de P4 na APS aos participantes do estudo.

### **Contribuições da Intervenção para a prática da Prevenção Quaternária**

Após esta apresentação, os participantes foram indagados: *“Como acham que a pesquisa - o que envolve a entrevista, a leitura dos artigos e a intervenção - pode ser útil nos atendimentos realizados na Atenção Primária à Saúde?”*

Os participantes destacaram que, desde a entrevista, foram estimulados a um processo de expansão do conceito de P4 e do conhecimento de ferramentas para praticá-la, além de um processo de autocrítica e autorreflexão. Muitos participantes pontuaram que após participarem da pesquisa têm, inclusive,

revisado fluxos de atendimento que já estavam acostumados a realizar, sem tanto pensamento crítico a respeito.

Agora, sentem-se munidos com ferramentas de comunicação clínica e abordagem centrada na pessoa para lidarem com a discordância e com as incertezas inerentes do processo de cuidado em saúde.

Afirmaram que pretendem fazer maiores abordagens em educação permanente acerca do assunto com os demais membros da Equipe de Saúde da Família. Pretendem trabalhar o conceito e a prática da P4 nos atendimentos com os demais membros, pois é essencial que a equipe esteja alinhada com relação à importância da P4 na APS.

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde o desafio de aplicarem o que foi dito por Gervas & Pérez-Fernández (2006, 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.

Destacaram, ainda, que tentarão aplicar aos atendimentos a importância de diferenciar sofrimento presente e futuro, a fim de não serem tomados por uma ânsia diagnóstica e terapêutica que pode ser iatrogênica.

Relataram que terão mais cautela para não medicalizar situações corriqueiras, por exemplo em casos de doenças inespecíficas que podem se beneficiar de muitas outras medidas não farmacológicas, especialmente com relação à prescrição indiscriminada de psicotrópicos.

Os participantes chegaram à conclusão de que promover P4 na APS é um processo contínuo, e um conhecimento que se adquire a cada dia, havendo muitas

ferramentas para ajudarem no processo.

Realizar esta pesquisa trouxe para mim um processo empolgante de autorreflexão e autocrítica com relação à minha prática profissional. Agora, sinto-me mais bem equipada nos quesitos de comunicação clínica e Método Clínico Centrado na Pessoa para lidar com as dificuldades próprias de promover P4 nos atendimentos. Trouxe, também, a percepção do quanto discutir temas pertinentes como este no contexto do programa de residência médica traz crescimento mútuo aos participantes. Fui estimulada durante esse processo, junto aos meus professores e preceptores, a continuar crescendo com relação ao tema de aplicação da P4 na prática diária dos atendimentos e na sua divulgação para com os demais profissionais de saúde que atuam na APS.

Houve, ainda, a peculiaridade de a pesquisa ter sido realizada em ambiente virtual, devido à pandemia de COVID-19, e esta se mostrou, em minha opinião, não somente uma ferramenta factível, mas com grandes perspectivas para as pesquisas acadêmicas, dada a facilidade e comodidade que proporciona, sem interferir em aspectos éticos e na qualidade da coleta de dados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em tempos de automatismos diagnóstico e terapêutico por parte de muitos profissionais de saúde e da cultura preventivista por parte da população, falar sobre Prevenção Quaternária tornou-se indispensável.

Para isto, faz-se urgente o ensino em larga escala da Prevenção Quaternária no contexto da Atenção Primária à Saúde. É de grande importância a prática da educação permanente no SUS e a formação de profissionais de saúde que priorizem práticas de excelência na APS, no contexto da Estratégia Saúde Família, permitindo, assim, a diminuição da medicalização e da iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebidas no Brasil.

E não somente isso, mas a prática da Prevenção Quaternária se torna possível

quando a medicina baseada em evidências e o Método Clínico Centrado na Pessoa se encontram.

Por meio da presente pesquisa, os professores e preceptores médicos do programa de residência médica em medicina de família e comunidade do Hospital Universitário de Brasília demonstraram conhecimento acerca do conceito de P4, apesar de reconhecerem os desafios para operacionalizá-la durante seus atendimentos.

Perceberam, também, a importância da comunicação clínica e da abordagem centrada na pessoa para contornar tais desafios. Reconheceram que o desconhecimento acerca do assunto ou a não utilização de ferramentas para sua prática seria prejudicial ao cuidado em saúde do usuário da Atenção Primária à Saúde.

Por meio da construção de espaços dialogados entre pesquisadora e participantes houve a produção de um espaço formativo seguro de autorreflexão e autocrítica acerca da prática da Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde e a importância da utilização de ferramentas de comunicação clínica e da relação médico-paciente para tal.

Com isso, os participantes puderam desenvolver métodos próprios para aplicar a prevenção quaternária em seus atendimentos por meio da intervenção proposta, e poderão replicar tal conhecimento em seus locais de atuação, inclusive nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Federal.

## REFERÊNCIAS

ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care: a qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 99, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, 2000.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2017.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Documento norteador para o Plano de Expansão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal 2022 a 2030**. Brasília, 2022.

BRITTO JUNIOR, A. F.; FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-50, 2011.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**. Artmet: Grupo A, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582711149/>. Acesso em: 11 jun. 2022.

GÉRVAS, J; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. **Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria**. 2. ed., Espanha: Gac Sanit, 2006. p. 66-71

GUSSO, G. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios**,



**Formação e Prática.** Artmed, Brasil, v. 2, 2018.

KURTZ, S. et al. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. **Academic Medicine**, Canadá, v. 78, n. 8, p. 802–809, 2003.

MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, LOCAL, v. 16, n. 2, p. 535–559, 2018.

MCWHYNNNEY, I. R. The importance of being different. **Br J Gen Pract**, Brasília, v. 46, p. 433-436, 1996.

MINAYO, M. C. S. et al (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 108.

MORGAN, D.J. et al. Setting a research agenda for medical overuse. **BMJ**. 2015.

NORMAN, A. H. Prevenção quaternária: as bases para a sua operacionalização na relação médico-paciente. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ed. 9, v. 25, p. 2012-2020, 2009.

OPERACIONALIZAR. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/operacionalizacao/>>. Acesso em: 12 set. 2021.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 1009–1019, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327 p.

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

SILVA, A. L.; MANGIN, D.; PIZZANELLI, M.; JAMOULLE, M.; WAGNER,

H. L. SILVA, D. H. et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, ed. 9, v. 33, p. 371-374, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed, 2002.

STUCHI, B. P. **Polifarmácia em idosos na atenção primária**. 2016. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Programa de Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015.

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). 2000.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W. et al. **Medicina Centrada na Pessoa**. Artmed: Grupo A, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714256/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

TAVARES, M. T. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Rev Bras de Educação Médica**. v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007.

TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev. Saúde Pública**. v. 51, n. 116, 2017.

VECINA, N. G; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L.; WOLOSHIN, S. **Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health**. [s.l.] Beacon Press, 2011.