

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

DIMÍTRIA LENG RUBER SESQUIM

**MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:
PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**VITÓRIA - ES
2019**

DIMÍTRIA LENG RUBER SESQUIM

MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:
PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dra. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra.

VITÓRIA - ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S493m Sesquim, Dimíttria Lengruber
 Médicos na prevenção quaternária : práticas desenvolvidas
 para otimização das políticas públicas da Atenção Primária em
 Saúde / Dimíttria Lengruber Sesquim. - 2019.
 80 f.: il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Prevenção Quaternária. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Latrogenia. 4. Qualidade de vida. I. Bezerra, Ítalla Maria Pinheiro.
II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 614

DIMITRIA LENG RUBER SESQUIM

**MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA:
PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTMIZAÇÃO
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 15 de março de 2019

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof Dr Luiz Carlos de Abreu
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof Dr Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

À especialidade médica que me ensina e encanta,
Medicina de Família e Comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo meu coração aos meus pais, Décio e Maria Teresa, e à minha irmã Dominique. Muitas pessoas passam a vida toda procurando pelo amor e eu tive a sorte de nascer entre ele. Obrigada por nunca me deixar desanimar, mesmo quando a caminhada parece difícil.

Agradeço aos queridos amigos e irmãos Marcelo Vetis, Orlando Westphal e Paulo Matheus Ferro Bernardo. A frase 'amigos são a família que escolhemos' traduz o que significam para mim. Obrigada pelo apoio de sempre. Este trabalho não seria o mesmo sem as suas contribuições.

Agradeço à EMESCAM pela incrível experiência de viver o Mestrado, aos funcionários da Instituição, sempre solícitos, e aos professores do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local que muito me ensinam e inspiram.

Agradeço à Dra. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra e ao Laboratório de Escrita Científica da EMESCAM pela orientação.

Agradeço a Deus por cada dificuldade. Com elas aprendo muito e fortaleço minha fé, afinal, 'dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários'.

Agradeço, ainda, aos que já se tornaram anjos e que sempre me regem, me guardam, me governam e me iluminam. Amém.

“O aqui é imenso. O agora é eterno”
(Swami Prem)

RESUMO

Introdução: A Prevenção Quaternária (P4) nasce como uma proposta de prevenir as pessoas atendidas nos sistemas de saúde das condutas médicas inapropriadas que podem causar danos à sua qualidade de vida, sobretudo no momento de desenvolvimento tecnológico vivido. Surge como uma ferramenta para combater o sobrediagnóstico e o consequente sobretratamento que iniciam a cascata iatrogênica que inclui a sobreinvestigação, sobremedicalização, o sobrerastreamento e a polifarmácia. Sugerir alternativas para uma prática médica eticamente aceitável e pautada em confiáveis evidências científicas, considerando as particularidades individuais que constituem primazia da ação em P4, conceito criado pelo médico de família belga Marc Jamouille. No entanto, observa-se que os médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) pouco entendem ou colocam em prática o conceito.

Objetivo: Analisar a atuação do médico na P4 para otimização das políticas públicas na atenção primária. **Método:** Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, desenvolvida a partir de abordagem qualitativa, conduzida de acordo com a *guideline* internacional para pesquisas qualitativas, COREQ. O estudo teve como cenário as Unidade de Saúde da Família (USF) inseridas no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Foram entrevistados pacientes das unidades e médicos com pelo menos seis meses de atuação no cenário de estudo. Os dados foram analisados à luz da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Resultados: Evidenciou-se que a maior parte dos médicos atuantes na atenção primária no município de Vitória desconhece o conceito de P4. Além disso, poucos médicos tomam atitudes de P4, sabendo ou não do conceito. Os principais motivos encontrados para a ocorrência de prescrições médicas foram a pressão social, a medicina defensiva, a *disease mongering* e a formação biomédica. **Conclusão:** O estudo evidenciou a percepção incipiente dos médicos que atuam na APS sobre a P4. Algumas condutas médicas realizadas podem ser caminhos para se alcançar a PA, porém muito ainda precisa ser feito para se evitar que a cascata iatrogênica inicie-se. O conhecimento e a prática da P4 podem conduzir às melhores práticas médicas com consequente melhoria da qualidade do cuidado, do sistema de saúde e das políticas públicas na atenção primária.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária. Latrogenia. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Quaternary Prevention (P4) was born from a proposal to prevent those people who were being attended in health systems from inappropriate medical conduct that could possibly cause damage to their quality of life, especially during a moment of great technological development. It emerges as a tool to combat overdiagnosis and overtreatment that initiates an iatrogenic cascade which includes overinvestigation, overmedicalization, overtreatment, and polypharmacy. Suggesting alternatives to an ethically acceptable medical practice, based on reliable scientific evidence and taking into account the particularities of the individual, are the primacy of action in Quaternary Prevention, a concept created by the Belgian family doctor, Marc Jamouille. However, it is observed that the doctors in Primary Health Care have little understanding of concept or even they do not put it into practice. **Objective:** To analyze the performance of the doctor in Quaternary Prevention for the optimization of public policy in Primary Health Care. **Method:** to perform a descriptive type of research developed from a qualitative approach, conducted according to the International Guideline for Qualitative Research (COREQ). The study was based on the Family Health Unit located in the municipality of Vitória, Espírito Santo, Brazil. Physicians and patients from the units were interviewed, with physicians having at least six months of practice in the study setting. The data were analyzed in the light of the content analysis technique as proposed by Bardin. **Results:** It was evidenced that most of the doctors who were practicing in Primary Health Care in the municipality of Vitória, were unaware of the concept of Quaternary Prevention. Furthermore, it was also noted that very few of the physicians performed attitude controls of Quaternary Prevention Medicine, whether having knowledge of the concept or not. The main reasons found for the occurrence of medical prescriptions were social pressure, defensive medicine, disease mongering and biomedical training. **Conclusion:** The study demonstrated the incipient perception of physicians who work in Primary Health Care on Quaternary Prevention. Some of the performed medical attention can be viewed as ways of reaching Quaternary Prevention Medicine, but much still needs to be done to prevent the iatrogenic cascade from starting. The knowledge and practice of Quaternary Prevention Medicine can lead to better medical practices with consequent improvement in the quality of care, of health system and of public policies in Primary Health Care.

Keywords: Quaternary Prevention. Latrogeny. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da exploração do material da pesquisa	41
Figura 2 - Fluxograma do tratamento dos resultados do material da pesquisa. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objeto de estudo e perguntas de pesquisa orientadoras. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	37
Quadro 2 – <i>Corpus</i> do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da Pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	38
Quadro 3 – Regras de enumeração utilizadas na pesquisa, segundo Bardin. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	43
Quadro 4 – Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin, Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	44
Quadro 5 – Categorias e evidências identificadas no estudo segundo técnica de Bardin. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018	48

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIM	American Board of Internal Medicine
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREQ	Critérios Consolidados para relatar uma Pesquisa Qualitativa
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
P4	Prevenção Quaternária
SUS	Sistema Único de Saúde
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 SAÚDE, PRÁTICAS DE CUIDADOS E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITOS	18
2.2 ENTENDENDO IATROGENIAS	21
2.3 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	22
2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	24
2.5 ATUANDO PARA O BEM DO PACIENTE: INICIATIVAS MUNDIAIS PARA UMA MEDICINA MENOS DANOSA	29
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 MÉTODO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	33
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
4.4 COLETA DE DADOS	35
4.5 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	47
5.2 CATEGORIAS E EVIDÊNCIAS DO ESTUDO	47
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	62

REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE A	71
APÊNDICE B	72
ANEXOS	73
ANEXO A	74
ANEXO B	75
ANEXO C	78
ANEXO D	80

1 INTRODUÇÃO

A prevenção de doenças em saúde é um dos pontos primordiais para a saúde pública mundial e foram classificadas, a princípio, em três níveis: primário, secundário e terciário (LEAVELL; CLARK, 1976). A prevenção primária está relacionada com a promoção da saúde e proteção específica a uma condição de saúde. Dirige-se, em especial, a populações saudáveis, com o objetivo de diminuir ou anular o surgimento de doenças em uma pessoa ou comunidade (LEAVELL; CLARK, 1976; MORAES; NEIVA; GOMES, 2014). Por outro lado, o segundo nível de prevenção já é direcionado para o diagnóstico e tratamento precoce, objetivando impedir ou amenizar uma limitação ou invalidez. Tem como foco os grupos de pessoas doentes ou com fatores de risco que facilitam o adoecimento. Utiliza estratégias para detecção precoce de doenças, como o rastreamento de alguns cânceres. Também contempla o tratamento de indivíduos doentes ou acidentados, com diagnósticos confirmados, para que se curem ou mantenham-se funcionalmente saudáveis, evitando complicações e mortes prematuras. Já a prevenção terciária, também conhecida como reabilitação, consiste no cuidado de pessoas que apresentam sequelas de doenças ou acidentes, visando à recuperação ou à manutenção de forma a promover o equilíbrio funcional (LEAVELL; CLARK, 1976; MORAES; NEIVA; GOMES, 2014).

Com o avançar tecnológico, inclusive no campo da Medicina, houve o aumento das intervenções em saúde. Destaca-se o uso excessivo de procedimentos e medicamentos, que se tornou um problema de crescente importância tanto para os pacientes quanto para os sistemas de saúde (BERWICK; HACKBARTH, 2012; DJULBEGOVIC; PAUL, 2011; ALBERT *et al.*, 2017). Como consequência, os danos causados pelas intervenções médicas chegaram a ser a terceira causa de morte nos Estados Unidos, gerando um grave problema de saúde mundial (STARFIELD, 2000).

Aliado a esse processo, cresceram-se os estudos e a aplicação de um novo tipo de prevenção, que se encaixa em um nível de atenção à saúde inédito, denominado Prevenção Quaternária (P4), proposto em 2003 pela World Organization of Family Doctors (WONCA) - com o intuito de prevenir condutas iatrogênicas (BENTZEN,

2003).

A P4 surgiu como uma forma de administrar o excesso de intervenções e medicalizações, desde o diagnóstico até o tratamento de pacientes, ou seja, protegê-lo de intervenções excessivas, consideradas desnecessárias, e, assim, sugerir ações que são aceitáveis (MORGAN *et al.*, 2015).

Ambos, conceito e prática, vêm sendo cada vez mais discutidos de forma universal, como em 2015 quando o Conselho Americano de Medicina Interna criou cinco listas que auxiliam no abortamento dos procedimentos desnecessários realizados. O manual envolve diversas orientações às sociedades de medicina, como a de ginecologia, dermatologia, imunologia, medicina de família, medicina paliativa e outras (ABIM, 2017).

No Brasil, a temática ainda é pouco discutida no Sistema Único de Saúde (SUS), presente apenas em medidas indiretas de rastreamento propostas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012) e pouco lembrada na APS. Essa inquietação foi revelada no estudo de Norman e Tesser (2009), no qual se debateu a inexistência de discussões acerca da P4 no sistema público de saúde e, em particular, na atenção primária. Essa necessidade é evidenciada pelos autores, sobretudo pelo excesso de rastreamento, exames complementares e medicalização de fatores de risco que ocorrem de modo especial nesse primeiro nível de atenção (STARFIELD *et al.*, 2008; GÉRVAS; FERNANDEZ, 2003; GATES, 2001).

A Política Nacional de Atenção Básica, criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2012, revela que a APS deve ser a porta preferencial de acesso da população ao SUS e deve oferecer um serviço de qualidade e resolutivo (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, propõe-se que algumas ferramentas tornem-se primordiais para a resolução da problemática que motiva a utilização da P4, a saber: abordagem individualizada e centrada no usuário; medicina baseada em evidências e priorização dos cuidados na atenção primária de forma integral e longitudinal (ROSSER; SHAFIR, 1998; STARFIELD, 2002; ALBER *et al.*, 2017).

Dessa forma, quando se entende que intervenções médicas excessivas ou desnecessárias podem prejudicar a saúde das pessoas, compreende-se a importância da P4 e, assim, agrega-se a necessidade de estudos que busquem entender melhor a prática e o desenvolvimento de ações intervencionistas para a resolução da problemática. Destarte, questiona-se: **Como os médicos atuam na P4 para otimização das políticas públicas na APS?** A hipótese desse estudo é que existem ações que se caracterizam como iatrogenias e, por sua vez, implicam necessidade de estratégias de intervenções para a P4.

Portanto, investigar a percepção dos médicos em relação a essa prevenção, entendendo a sua atuação profissional na atenção primária, pode gerar mudanças nas ações em saúde no primeiro nível de atenção, mediante reorientação de práticas de saúde nos sistemas públicos. Revela-se, ainda, a importância do fato de os resultados poderem implicar otimização da política de atenção primária, uma vez que poderá dar visibilidade a condutas desnecessárias que comprometem a eficácia das ações e, por vez, causem danos à saúde. Ainda com esses resultados, existe a possibilidade de otimização de gastos financeiros, nem sempre necessários, que poderiam ser investidos para promover a saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. SAÚDE, PRÁTICAS DE CUIDADOS E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITOS

As discussões acerca da saúde e doença são reflexos do entendimento de mundo das populações e comunidades que levam em consideração valores ético-morais e culturais, que implicam diferentes percepções de saúde, doença e todo o processo de viver (HELMAN, 2003).

Ao buscar o entendimento do conceito de saúde, muitos teóricos médicos, entre eles o grego Galeno, reconheceram como fundamental o equilíbrio entre as partes primárias do corpo. Ainda na Antiguidade, buscava-se na fisiologia religiosa as respostas para a existência das doenças, que muitas vezes eram relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e animais (NORDENFELT, 2000).

Na Idade Média, a religião exerceu fundamental papel na busca pela explicação das grandes epidemias, do envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou bruxas. No Renascimento, a necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os contágios fez surgir o estudo empírico que foi de grande valia para a formação das ciências básicas (BARATA *et al.*, 1997).

Ao lembrar a prática médica na Grécia antiga, é possível dizer que ela era conduzida com foco na promoção de estilos de vida saudáveis e as doenças eram consideradas um desequilíbrio das forças da natureza. Assim, havia atuação médica de modo a auxiliar essas forças naturais para se reestabelecer a saúde, promovendo as condições apropriadas para tal e evitando ações inadequadas e intempestivas (ALMEIDA, 2005).

Na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e industrialização na Europa provocou profundas transformações sociais que culminaram com a ocorrência de epidemias. A conexão entre o aparecimento de doenças na população e as mudanças no ambiente em que elas viviam começou a ser observada e concluiu-se que os processos patológicos estavam correlacionados com as relações

sociais e ambientais (CZERESNIA, 2003).

O modelo Contagionista, que se seguiu, surgiu para buscar causas e intervenções para os problemas de saúde e tinha seu olhar biológico hegemônico, com ações de saúde hospitalocêntricas e no uso de tecnologias. Esse, juntamente com o modelo Curativista, que também tinha seu foco voltado para o tratamento das enfermidades, foi questionado após o surgimento da Medicina Preventiva, entre os anos 1920 e 1950, nos Estados Unidos e Canadá (CZERESNIA, 2003; TORRES; CZERESNIA, 2003).

Essa nova visão sobre a medicina deveria dar enfoque à promoção da saúde, prevenção das doenças, buscar a reabilitação do doente, além da transformação do ensino médico de modo que a prática do profissional tivesse uma nova atitude nas relações com o sistema de saúde. Assim, foi marcado o nascimento da epidemiologia dos fatores de risco e a utilização da estatística para estabelecer relação de causalidade com as patologias (CZERESNIA, FREITAS, 2009).

No entanto, foi no século XIX que aflorou a patologia celular, a fisiologia, a bacteriologia e o desenvolvimento de pesquisas, dando lugar, deste modo, a medicina de ciência empírica para ciência experimental (NORDENFELT, 2000). A medicina moderna direciona sua atuação para o corpo e a doença, na busca de um estado biológico normal (BACKES *et al.*, 2010). Desta maneira, a concepção de saúde que orienta a biomedicina originou-se na ciência moderna e caracterizou-se por explicar os fenômenos da vida com visão reducionista sob a influência da epistemologia cartesiana.

A saúde era compreendida a partir do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença. Com o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, essa visão foi assumindo papel significativo, refletindo na organização dos serviços de saúde no mundo ocidental. As bases do Relatório sustentavam a ideia de que o estudo da medicina era centrado na doença, não sendo consideradas áreas sociais e o coletivo, o que intensificou as críticas a esse modelo (KEMP; EDLER, 2004).

Frente às múltiplas visões acerca do conceito de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, divulgou o conceito de saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (OMS, 1948). Essa definição gerou múltiplas críticas pela amplitude, caráter subjetivo e idealização de perfeito contentamento, aproximando-se de algo inalcançável.

Em 1978, em decorrência dessas críticas, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, foram discutidos pontos fundamentais para que essa saúde de conceito ampliado fosse alcançada. As desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos foram lembradas, bem como a responsabilidade dos governos em prover saúde e o papel fundamental da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde (FERTONANI; PIRES, 2014).

A partir das discussões mundiais que sucederam a essa conferência, pôde-se caracterizar a saúde como um processo que abrange diferentes contextos da vida das pessoas, como social, cultural, político e econômico. Como consequência, entende-se que as mudanças que ocorreram na sociedade acabaram por contribuir, também, com o processo de transformação da saúde e dos problemas das comunidades (BRASIL, 2012). Bezerra, Lima Neto e Silva (2011) vão além nesse pensamento e consideram as mudanças acima referidas como transformadoras do processo saúde/doença, influenciando na prestação dos serviços de saúde e na qualidade de vida da população.

Leavell e Clark (1976) tiveram papel fundamental ao apontar a doença como resultado do processo chamado história natural da doença onde o modo de adoecer sofria múltiplas interferências. Seus estudos resultaram nos três níveis de prevenção estudados de maneira ampla: primário, secundário e terciário (STARFIELD; HYDE; HEATH, 2008). O primeiro nível de prevenção tem seus esforços voltados para evitar ou remover causas de um problema de saúde específico, evitando o adoecimento. Já o segundo nível age quando a patologia está instalada e tem seu foco no tratamento precoce o que facilita a cura ou reduz as complicações da doença. O terceiro nível volta-se para as medidas tomadas para reduzir os efeitos

crônicos de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população, minimizando o comprometimento funcional (BENTZEN, 2003).

Nos dias atuais, a incorporação de ações preventivas na prática médica tem avançado muito. Entretanto, na realização dos cuidados preventivos, é imperativo ter a certeza de que os benefícios são maiores do que os riscos, que a gestão da incerteza diagnóstica e os riscos terapêuticos sejam, de fato, favoráveis às ações de saúde (SACKETT, 2002).

Contudo, têm-se observado excessos de intervenções, de maneira assídua sem fundamentos clínicos e científicos justificáveis. Tais práticas foram vistas em 1995 por Jamoulle e Roland, levando-os a propor outro nível de prevenção denominada Prevenção Quaternária (P4), a qual foi aceita pela WONCA em 1999 (MOYNIHAN; SMITH, 2002).

2.2. ENTENDENDO IATROGENIAS

Tem-se na (P4) as ações que evitam ou atenuam o excesso de intervenções em saúde, a prevenção das iatrogenias e das prevenções inapropriadas, tendo como principal objetivo a detecção de pessoas em risco de sobretratamento, com objetivo de protegê-las e sugerir alternativas eticamente aceitáveis (JAMOULLE *et al.*, 2002). A prática desse conceito foi uma reação às iatrogenias do atuar médico, que ressalta a necessidade de incluir novas atitudes, de uma relação mais próxima às comunidades, aos serviços de saúde, à promoção e à proteção da saúde do indivíduo e de sua família, que veio a enfatizar a importância de discutir medidas que visam a diminuir essas iatrogenias, de preferência no momento de maior expansão da APS.

O conceito de Doença Iatrogênica é descrito pelos Descritores em Ciência e Saúde (DECS) como “Qualquer situação adversa que ocorra com um paciente como resultado de tratamento por um médico, cirurgião, ou outro profissional da área de saúde, especialmente infecções adquiridas pelo paciente no curso do tratamento”. Tal conceito tem sido bastante discutido na atualidade, pois, a medicalização da vida

diária está se tornando um problema mundial.

Quando um diagnóstico é desnecessário esse é chamado de sobrediagnóstico. Não significa um diagnóstico errado, porém, não traz repercussões na vida do paciente. Isso acontece, por exemplo, na detecção de pequenos tumores assintomáticos encontrados de forma acidental (incidentalomas). Deve-se, então, pesar na balança o benefício de realizar uma intervenção. Afinal, se um dano for desencadeado a partir de tal investigação, o que antes não interferia na vida do paciente poderá ser um problema para sua saúde. Igualmente interessante, é pesar nessa balança a expectativa de vida do paciente e o quanto uma intervenção desnecessária poderia influenciar o momento de finitude de um paciente muito idoso (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018).

Ao realizar um sobrediagnóstico inicia-se a cascata iatrogênica. Dessa forma, sucede-se o sobretratamento, ou seja, quando é feito um tratamento apesar da relação entre os benefícios e malefícios se mostrar desfavorável. Um sobretratamento, além de não interferir no prognóstico de uma condição de saúde, pode causar um efeito adverso que afeta a qualidade de vida do paciente (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018). Gross *et al.* (2016) destacam três formas de iatrogenias dentro do sobretratamento: indicação de tratamento sem procedência, tratamentos excessivos e tratamentos inadequados tecnicamente.

Dessa forma, a (P4) pode ser ferramenta no enfrentamento da iatrogenia nos sistemas de saúde no mundo todo, na medida em que tenta prover o cuidado com o máximo de qualidade e com o mínimo de intervenção desnecessária possível.

2.3. PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A P4 começou a ser discutida pelo médico de família belga Marc Jamoulle em 1985. O novo conceito, contudo, só foi oficializado pela WONCA em 2003 (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Define-se, de forma mais objetiva, P4 como uma forma de identificação dos indivíduos com maior chance de sofrerem intervenções médicas excessivas e, assim, oferecer uma assistência que seja considerada essencial para a sua condição, protegendo-o de intervenções médicas desnecessárias e com potencial iatrogênico. Para que essa proteção ao paciente ocorra, os cuidados médicos devem ser cientificamente aceitáveis, sendo esses de precisão comprovada e justificados com a menor intervenção possível para o paciente, porém, prezando por alta qualidade (GÉRVAS, 2006; BENTZEN, 2003).

Melo e Braga (2003) tentam explicar os fatores que contribuem para que intervenções médicas em demasia aconteçam. No aspecto do paciente, o autor destaca: falsas expectativas dos doentes; promoção da doença na população, marketing do medo; ideia de que prevenir é sempre melhor que tratar; falta de conhecimentos de saúde dos cidadãos; pressão consumista dos doentes e queixas vagas como hipocondria, somatização e neurose. Quando o autor tenta entender os fatores que influenciam o médico no momento da tomada de decisão são destacados: desatualização médica de conhecimentos; influência da indústria farmacêutica; excesso de diagnósticos e medicalização; incerteza médica e medicina defensiva.

Desta forma, é necessário conhecer as medidas epidemiológicas para definir uma intervenção a um paciente. Além disso, devem-se passar esses preceitos para o usuário e desmistificar a cultura pré-existente para melhorar as ações médicas e empoderar os usuários, contribuindo com a P4 (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996; MELO; BRAGA, 2003).

Em relação aos excessos de diagnósticos, é perceptível que esses são influenciados pela 'medicina defensiva'. A inexistência de uma avaliação adequada dos fatores de riscos, além das queixas clínicas vagas que não são em sua totalidade explicadas pelos pacientes, contribuem para a solicitação exacerbada de exames complementares para se encontrar um diagnóstico. Tal investigação poderia ser resolvida de maneira que trouxesse menos intervenções e gastos, por meio de técnicas, como: exame físico, anamnese detalhada e observações dos sinais e sintomas (SOUSA, 2006; NUNES, 2006).

Com a execução de técnicas invasivas que auxiliam no diagnóstico, abre-se oportunidade para o aparecimento de pseudodiagnósticos que podem contribuir para a medicalização também desnecessária. Além disso, não contribui para o entendimento do profissional e do usuário em relação à origem do seu problema, gerando, ainda, uma prática curativista (BALINT, 1998; MOYNIHAN; HEATH; HENRY, 2002).

Para realizar mais Prevenção Quaternária é necessário que se trabalhe com uma visão centrada no ser biopsicossocial, compreendendo que o paciente pode estar sujeito a ter queixas que não possuem explicações, e que se evite rotulação de diagnósticos que contribuem para pseudodiagnósticos. Desta forma, gerar empoderamento e comunicação entre profissional e usuário torna-se fundamental. Deve-se enfatizar que a formação dos profissionais de saúde precisa ser executada de maneira contínua para que contribua para a prática preventiva, aliada à utilização de protocolos e manuais baseados em boa evidência científica que auxiliam na assistência (GÉRVAS, 2006; ALMEIDA, 2005; JAMOULLE *et al.*, 2002; MOYNIHAN; HEATH; HENRY, 2002; BALINT, 1998).

No Brasil, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) como um dos principais cenários de reorientação de práticas médicas excessivas, devido à oportunidade de se decidir em equipe, ou seja, os profissionais de saúde em conjunto atuam na discussão da melhor intervenção a ser feita no usuário, consideram os aspectos que o permeiam e o contexto biopsicossocial. Assim, fornecem assistência necessária e não danosa às pessoas.

2.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A primeira vez que se pensou em uma rede organizada de saúde foi na Inglaterra, em 1920. Nessa época, o Rei da Inglaterra, George V, solicitou ao médico Lord Dawson of Penn que elaborasse um documento em que o objetivo fosse criar níveis hierarquizados de saúde. Então, criaram-se três níveis: em primeiro lugar viriam os centros primários de saúde; depois haveria os centros secundários de saúde e; por

último, os hospitais de ensino seriam o nível terciário. Cada um deles respondia aos vários graus de necessidades de serviços médicos da população (ROMAN, 2009).

Segundo o relatório de Lord Dawson, o primeiro nível de atenção deveria focar a medicina curativa e preventiva, sendo necessário ser conduzido por um médico distrital. Esse profissional seria concretizado como *general practitioner*, ou o médico de família e comunidade, como é conhecido no Brasil. A base do que foi proposto mantém-se nos dias de hoje: o primeiro nível de cuidados refere-se à APS, com as Unidades de Saúde, porta de entrada do sistema; a atenção secundária diz respeito aos especialistas e hospitais de médios recursos, acessíveis por encaminhamento da APS; já a prevenção terciária concerne aos hospitais de referência, tipicamente os hospitais-escola (ROMAN, 2009).

Foi a primeira vez que se pensou em regionalização da saúde, por meio da qual a população pudesse ter acesso à saúde perto de sua casa e ser atendida por médico conhecedor da realidade desse local e dos fatores responsáveis pelo processo saúde-doença. A partir de então, a saúde passa a ser vista com maior atenção e discutida em conferências mundiais.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata em 1978, expressou a necessidade de ação urgente para promover a saúde de todos os povos do mundo. Assim, a atenção primária começou a ser entendida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o cuidado o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 define três importantes conceitos para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição de um SUS. Esse sistema estaria calcado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade e foi resultado de intenso movimento social denominado Reforma Sanitária, que tinha como objetivo construir um sistema universal de saúde para o país (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2012).

Com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) foram enfatizados pelo MS como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010). Em 2004, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) definiu Atenção Primária como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações adstritas (CONASS, 2004).

A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua qualidade de vida (CONASS, 2004).

Nesse primeiro nível de atenção, o profissional médico pode aliar o seu conhecimento ao de outros profissionais que atuam no serviço, como também a utilização de apoio matricial, evitando ações excessivas, a saber: medicalização, exames complementares e rastreamento (NORMAN; TESSER, 2009; LIMA *et al.*, 2016). Isso se deve, sobretudo, à abordagem dinâmica ao paciente atendido na APS, onde o cuidado centra-se no paciente como um todo. Por essa forma de ação valoriza-se a vivência da pessoa, aspectos psicológicos, sociais, biológicos e constroem-se interpretações contextualizadas aliadas ao fácil acesso e à longitudinalidade do cuidado. Assim, se na APS a abordagem for voltada para a pessoa, as chances de iniciar uma cascata iatrogênica são menores (NORMAN; TESSER, 2015a).

Deste modo, com as críticas ao modelo assistencial hegemônico geraram-se propostas alternativas. Assim, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada, adotando a concepção ampliada de saúde inspirada no que foi definido

na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, no direito universal à saúde, como definido na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2003) e nas diretrizes da Política de Atenção Primária de Saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. A ESF propõe-se a implementar um novo modelo assistencial baseado na integralidade, com foco na família e na comunidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde como multideterminada (ANDRADE; NARVAI, 2013).

Segundo o MS, a ESF visou à mudança de modelo assistencial e à organização da Atenção Primária, tendo como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a um cuidado centrado na família e entendido a partir de seu ambiente físico e social. Além disso, a ESF foi uma estratégia para organização do sistema de saúde de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2012).

A expansão da ESF pode ser comprovada em números. Em 2000, a quantidade de municípios cobertos era de 2.584, com estimativa da população coberta de 25.737.109 pessoas, a proporção de cobertura populacional estimada estava em 15,70%. Após dezesseis anos observa-se 5.468 municípios com ESF, com estimativa da população coberta de 125.444.674 pessoas e a proporção de cobertura populacional estimada de 64,67% (DAB, 2016).

No contexto da Atenção Primária, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica pautada na clínica que desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. Assume, portanto, papel fundamental na promoção da Atenção Integral à saúde (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

Em 2002, a WONCA descreveu os seguintes objetivos específicos da especialidade (ALLEN *et al.*, 2002):

- atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária, a partir de uma abordagem biopsicossocial e existencial do processo saúde-adoecimento;
- desenvolver áreas integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo;

- priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, mencionando, sempre que necessário, outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, perto de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de gênero ou faixa etária;
- desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adstrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação com ênfase na utilização do método científico e epidemiológico;
- estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- desenvolver novas tecnologias em Atenção Primária à Saúde;
- desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e capacidade de autoaprendizagem e empoderamento dos indivíduos;
- desenvolver a capacidade de atuação médica humanizada, relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Assim, desenvolver essas habilidades no campo da ESF requer, também, a inclusão na prática clínica da Prevenção Quaternária. Implica a resistência ante os abusos a respeito da definição de saúde, fator de risco e doença; exige autonomia, um conhecimento científico bem embasado, habilidades de comunicação e resolubilidade. A opção pela Prevenção Quaternária também parte de um compromisso com os pacientes e com a profissão que se exerce; é parte do contrato de confiança entre a profissão médica e a sociedade (NORMAN; TESSER, 2015a).

Assim, em tempos de grande extensão da Atenção Primária à Saúde no Brasil via ESF, ressalta-se que praticar a Prevenção Quaternária é reconhecer, escutar e auxiliar um paciente no seu sofrimento sem causar um dano desnecessário à sua

saúde. Além disso, a P4 é um caminho para que o gasto em saúde seja racional e criterioso para prover o cuidado necessário (JAMOULLE *et al.*, 2002).

Destaca-se, então, a importância de se ensinar Prevenção Quaternária aos profissionais de saúde incentivando a educação permanente e influenciando a formação desses profissionais (NORMAN; TESSER, 2009).

2.5. ATUANDO PARA O BEM DO PACIENTE: INICIATIVAS MUNDIAIS PARA UMA MEDICINA MENOS DANOSA

Para tentar frear ou simplesmente conscientizar o mundo sobre os possíveis danos causados pela prática médica, alguns movimentos surgiram, a destacar: *Choosing Wisely*, *Slow Medicine* e *Less is More*.

Choosing Wisely ou 'escolhendo sabiamente', trata-se de uma iniciativa da *American Board of Internal Medicine* (ABIM) que busca promover o diálogo entre pacientes e médicos e estimular conversa embasada nos riscos e benefícios de tratamentos e procedimentos. Para a fundação, a melhor escolha pelo cuidado deve ser suportada por evidências, não duplicidade de outros testes ou procedimentos já recebidos, livres de dano e realmente necessários (ABIM, 2017).

A ABIM teve origem nos Estados Unidos em 2012 e está presente em vários países, constituída por várias sociedades americanas de especialidades médicas e organizações que representam outros membros da equipe de atendimento clínico. Esses, em conjunto, estão trabalhando para embasar médicos, pacientes e outros interessados em assistência médica a pensar e falar sobre o uso excessivo de recursos de assistência médica nos Estados Unidos (ABIM, 2017).

O *Choosing Wisely* possui 76 associações médicas americanas, que definem recomendações para cada área de saúde, gerando Prevenção Quaternária e, assim, criaram uma lista de práticas que são usadas em excesso, seguindo as diretrizes (ABIM, 2017):

- as práticas devem ser usadas com frequência e/ou ter um custo significativo;
- deve haver evidências, em geral, aceitas para apoiar cada recomendação;
- cada item deve estar dentro do alcance e controle dos membros da organização;
- o processo deve ser documentado de forma meticulosa e disponível ao público mediante solicitação.

Os resultados dos primeiros cinco anos da iniciativa estão descritos no '*Choosing Wisely – a special report in the first five years*'. De acordo com o documento, nos primeiros anos, mais de 80 sociedades médicas já se juntaram como parceiras; 525 sociedades médicas realizaram recomendações “escolhidas sabiamente”; 1.330 artigos de periódicos referenciaram o *Choosing Wisely*; 1,9 milhões de visitas ao portal www.choosingwisely.org foram realizadas em 2016 e 19 países criaram suas próprias campanhas *Choosing Wisely* pelo mundo (ABIM, 2017).

Seguindo a mesma linha de conscientização para diminuir danos aos pacientes, surgiu o *Slow Medicine*. A primeira vez que se falou em *Slow Medicine*, ou ‘medicina devagar’, foi em 2002 no artigo ‘Invitation to a Slow Medicine’ do cardiologista italiano Alberto Dolaro, em um suplemento do *Italian Heart Journal*, atualmente *Journal of Cardiovascular Medicine*. A filosofia *Slow Medicine* também vem da Itália e iniciou como associação ‘enogastronômica’ (de vinhos e alimentação). O objetivo era apoiar e defender a boa comida, o prazer gastronômico e um ritmo de vida mais lento. Em seguida, essa iniciativa foi ampliada para abranger a qualidade de vida e, como consequência lógica, a própria sobrevivência do planeta em que vivemos. Esse movimento resgata a primazia do tempo na ciência e na arte de cuidar. Tempo para ouvir, tempo para refletir, tempo para construir relações sólidas e duradouras entre médicos, pacientes, famílias e comunidade (VELHO, 2016).

O movimento está baseado nos princípios: tempo, individualização, autonomia, autocuidado, conceito positivo de saúde, prevenção, qualidade de vida, medicina integrativa, segurança em primeiro lugar, uso parcimonioso da tecnologia, paixão e compaixão. De acordo com Domenighetti, um defensor do *Slow Medicine*, apenas 11% das 3.000 intervenções de saúde têm boa evidência para apoiá-los. Cerca de quatro quintos dos novos medicamentos são cópias de drogas antigas, a maioria

dos médicos (80-90%) é seduzida pelas empresas farmacêuticas (SMITH, 2012).

O *Slow Medicine* é um chamado para a ação e para a não ação, considerando o cuidado multidisciplinar, e o uso consciente e cientificamente comprovado para lidar com o *Fast* e o *Slow* juntos.

Os movimentos como *Choosing Wisely*, *Slow Medicine* e *Less is More Medicine* traduzem a nova visão do cuidar em uma época em que a Medicina está altamente influenciada pela tecnologia. Nesse novo tempo a pessoa é o centro e o motivo principal da atenção à saúde e é responsabilidade dessa atenção o melhor cuidado com o mínimo de malefícios.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação do médico na Prevenção Quaternária para otimização das políticas públicas na atenção primária.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a percepção dos médicos sobre Prevenção Quaternária.

Identificar as ações quaternárias desenvolvidas.

Descrever as ocorrências de prescrição médica.

Identificar os motivos que contribuem para que condutas desnecessárias ocorram.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, desenvolvida a partir de abordagem qualitativa, conduzida de acordo com a *guideline* internacional para pesquisas qualitativas, Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ), ou seja, Critérios Consolidados para Relato de Pesquisa Qualitativa, obedecendo aos 32 itens estabelecidos pela *checklist* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2010), surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, intuição e subjetividade. Ainda segundo a autora, essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Dessa forma, considerando que a pesquisa exigiu uma aproximação com a realidade dos sujeitos da pesquisa, envolvendo interpretações das relações de significados referentes à P4, buscando o entendimento dos médicos atuantes na ESF sobre o quarto nível de prevenção à saúde, entendeu-se que esta pesquisa precisava de abordagem qualitativa.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo, Brasil, que possui cerca de 351.875 habitantes (IBGE, acesso em 21 abr. 2018).

O estudo teve como cenário as Unidades de Saúde da Família inseridas na ESF do referido município, que conta com um total de 29 Unidades de Saúde, sendo que 23 estão inseridas na ESF, perfazendo 79 equipes.

A cidade de Vitória está dividida em seis macrorregiões de saúde. Assim, foram sorteadas unidades básicas de cada uma dessas regiões para se ter uma amostra que consiga caracterizar todo o território levando em consideração que em cada região, e na própria população, existem peculiaridades que podem interferir no atendimento médico.

Essas unidades foram mapeadas a partir do contato prévio com a Escola Técnica do SUS (ETSUS) do município de Vitória – ES. Para chegar aos profissionais, foi realizado um agendamento para iniciar a coleta de dados.

O projeto foi apresentado ao departamento responsável do município (ETSUS), para a sua possível aprovação de execução. Após essa etapa e aprovação no comitê de ética em pesquisa com seres humanos, foi realizada uma visita à Secretaria de Saúde do referido município para coletar informações sobre os profissionais e endereços dessas unidades.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são médicos atuantes em Unidades de Saúde e usuários dessas unidades. Para a escolha dos médicos, optou-se como critérios de inclusão: médico inserido na unidade de saúde há pelo menos seis meses e a presença desses no período de coleta estabelecido. No total de 79 médicos atuantes nas Unidades de Saúde no município de Vitória, foram ouvidos 27 médicos de diferentes unidades, havendo duas recusas. Dessa forma, 10 Unidades de Saúde localizadas em diferentes pontos do município foram representadas.

Os usuários foram selecionados de forma aleatória a partir de sorteio, tendo como base os prontuários registrados na ESF para identificação desses participantes. O critério de inclusão foi: ser paciente da região atendida pelo médico participante da pesquisa.

Após a seleção do médico, optou-se por sortear um paciente de cada médico entrevistado. Isso aconteceu de forma aleatória a partir de sorteio, tendo como base

os prontuários registrados na ESF da Rede Bem-Estar da Prefeitura Municipal de Vitória, após a autorização prévia do ETSUS para identificação destes usuários. Logo depois do sorteio, sucederam-se as entrevistas individuais. Para estabelecer o número de usuários entrevistados foi considerado o processo de saturação de falas. Considerou-se que o processo de saturação de falas acontece quando o pesquisador, após analisar as informações coletadas com certo número de participantes, percebe que novas entrevistas passam a apresentar repetições de conteúdo, trazendo acréscimos pouco significativos para a pesquisa em vista de seus objetivos (TURATO, 2003).

4.4 COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos, a entrevista e a observação. O primeiro foi a entrevista semiestruturada direcionada aos médicos (APÊNDICE I) e usuários (APÊNDICE II). Em relação ao médico, essa abordou acerca dos saberes e práticas profissionais da P4. Para os usuários do segundo sorteio, a entrevista contemplou sua vivência na unidade de saúde, queixas e condutas realizadas.

As entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do pesquisador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. As entrevistas partem de certos questionamentos que não nascem *a priori*, mas de informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar. Nesse sentido, o informante tem a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

Para aplicação da entrevista junto aos médicos, foram realizados contatos prévios e/ou visitas para agendamento. As entrevistas aconteceram antes das consultas, no início do turno ou depois dessas consultas. Essas eram gravadas e, em seguida, transcritas pelos pesquisadores.

Para ampliar o olhar advindo das falas dos entrevistados e em busca de maior aproximação do objeto de investigação, realizou-se a observação do prontuário dos pacientes entrevistados como recurso de coleta de dados no estudo, mediada por uma *checklist*. O instrumento constou de elementos que permitiram identificar as condutas médicas diante da assistência do usuário na unidade, tais como queixa principal e condutas realizadas. Porém, essa observação foi limitada devido às poucas informações contidas nos prontuários médicos, impossibilitando uma análise coerente para atingir os objetivos previstos.

Nesse sentido, ao analisar a percepção e atuação dos médicos quanto à P4, o olhar dos usuários e o registro da assistência prestada, contemplou-se a triangulação dos dados que significa utilizar-se de diversas estratégias para a explicação de um fenômeno de forma qualitativa, tornando os resultados mais fidedignos e permitindo análise conforme os objetivos propostos (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

As entrevistas realizadas forneceram um material empírico que, juntamente com os coletados pela observação, foram organizados a partir da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que dispõe em três etapas para melhor direcionar a análise, a conhecer:

1) pré-análise: o processo de pré-análise utilizado nesse estudo iniciou-se com a transcrição na íntegra das entrevistas realizadas com os médicos e usuários. Em um documento no programa Microsoft Word. As falas foram organizadas de acordo com as questões do roteiro de entrevistas;

2) exploração do material: essa fase consistiu-se, essencialmente, de operações de codificação ou enumeração, em função de regras formuladas (de antemão) e que estão descritas abaixo;

3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase os resultados brutos foram tratados de forma que, ao final, possuísem um significado. Nela, foi possível propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou a respeito de outras descobertas inesperadas.

Precedeu-se, então, com a leitura flutuante ampla do material e, a partir dos objetivos do estudo, as categorias temáticas que norteariam a interpretação final foram estabelecidas, como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Objeto de estudo e perguntas de pesquisa orientadoras. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Percepção sobre Prevenção Quaternária	• O que você entende por Prevenção Quaternária à saúde? (Médico) • Como você percebe a importância desse nível de prevenção na Atenção Primária à Saúde? (Médico).
Interação Médico/Paciente: Caminhos para Prevenção Quaternária	• O que você leva em consideração na hora de fazer uma prescrição médica? (Médico) • Quais atitudes você faz no dia a dia de trabalho que envolve Prevenção Quaternária? (Médico) • Na sua percepção, como foi realizado o atendimento médico na última consulta em sua Unidade de Saúde? (Paciente).
Ocorrência de Prescrição Médica: Ações e Condutas	• Como você age diante de um paciente que deseja fazer um exame que não está indicado para o mesmo? (Médico) • Quais foram os motivos que o levaram a procurar atendimento médico? • Você solicitou algum exame ao médico que lhe foi negado? Por quê? (Paciente) • Você solicitou algum medicamento ao médico que lhe foi negado? Por quê? (Paciente).

Fonte: A autora (2019).

Segundo Bardin (1977), o corpus diz respeito ao conjunto de documentos expostos para a análise. Dos quatro objetivos iniciais propostos no projeto de pesquisa, com a primeira análise do material, optou-se por organizar em categorias os objetivos da seguinte forma: Percepção sobre Prevenção Quaternária; Interação Médico/Paciente; Caminhos para Prevenção Quaternária e Ocorrência de Prescrição Médica. Os participantes foram identificados por letras, sendo P identificando pacientes e M identificando médicos. A letra de identificação foi seguida pelo número da ordem de transcrição (por exemplo: P1 e M1). Além disso, essa identificação foi separada por vírgula do número que identifica a respeito de qual questão da entrevista o participante falou. Por exemplo, M1,1 mostra a fala do médico que teve a primeira transcrição feita, falando sobre o primeiro tópico da entrevista. Assim, foi elaborado o Quadro 2 que mostra os objetivos iniciais do estudo e a análise do material.

Quadro 2 - Corpus do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa relacionados às categorias temáticas. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Continua

Percepção sobre Prevenção Quaternária	Interação Médico/Paciente: Caminhos para Prevenção Quaternária	Ocorrência de Prescrição Médica: Ações e Condutas
<i>“Já é uma coisa muito específica dos muitos pacientes que não têm mais muito talvez o que, o fazer” (M 2,4).</i>	<i>“Quando eu faço a prescrição médica eu levo em consideração toda a história clínica que o paciente me traz, eu levo em consideração o exame físico que eu faço desse paciente pra unir essas duas...para eu conseguir avaliar qual é o exame, qual é a medicação que realmente ele precisa” (M 1,1).</i>	<i>“Quando eu vou passar um, um exame quando eu opto por não fazê-lo eu sempre explico o paciente por que...mas eu não peço” (M 1,2).</i>
<i>“Cuidados paliativos seria uma prevenção quaternária” (M 8,4).</i>	<i>“A necessidade de compreensão do paciente e levar em consideração se ele será capaz de manter o uso correto, regular de todo medicamento” (M 3,1).</i>	<i>“Tento explicar, porque o nosso público aqui ele é formado de muitas pessoas de classe média um pouco diferente, que tem esse costume de consultar para check-up né” (M 4,2).</i>
<i>“Importante para a cura, de uma doença crônica ou de uma doença grave, que merece internação hospitalar, mas que não faz parte do nosso dia a dia aqui na Unidade Básica de Saúde né” (M 12,4).</i>	<i>“A patologia do paciente né...” (M 6.1).</i>	<i>“Muitas vezes eu falo: ó, isso é o que você quer, mas nem sempre é o que eu quero. Quem tem autoridade aqui sou eu” (M 5.2).</i>
<i>“Uma reabilitação quer seja física ou mental” (M 16,4).</i>	<i>“A indicação e descrição do, o... a medicação que for mais adequado à patologia dela” (M 5.1).</i>	<i>“Então eu explico o porquê de fazer e o porquê de não fazer” (M 8.2).</i>
<i>“Então a quaternária deve ser depois do hospitalar né? Deve ser depois do hospitalar... Reabilitação?” (M 21,4).</i>	<i>“A patologia do paciente, é... também se o paciente tem condição ou não de se auto medicar a partir da prescrição, ... se ele vai ter condição de adquirir o remédio se é um remédio do SUS ou se é um remédio que ele vai ter que comprar; se ele tem questão de interação né medicamentosa; se ele tem alguma doença” (M 8.1).</i>	<i>“Se você orienta bem o paciente, mostra a ele que ele não precisa, que ele não está na faixa etária, que vai ser um dano que um benefício... No final ele te agradece” (M 11.2).</i>
<i>“Cuidado que a gente tem com o paciente, para que ele não faça tratamentos excessivos, uso de medicamentos de forma inadequada, exames de forma inadequada. É tudo aquilo que excede o necessário para a atenção daquele paciente” (M 1.4).</i>	<i>“Levo em consideração a necessidade do paciente” (M 9.1).</i>	<i>“Tento explicar, por tudo quais são... Primeiro qual é a função do médico, sua principal função do médico é que tem que decidir qual é o exame necessário para aquele paciente” (M 12.2).</i>

Quadro 2 - Corpus do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa relacionados às categorias temáticas. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Continuação

<i>“Eu acho que é mais a reabilitação” (M 20.4).</i>	<i>“O tratamento mais indicado para aquela doença, a idade do paciente, o sexo” (M 10.1).</i>	<i>“Nego, nego depois ouço muito, mas nego” (M 14.2).</i>
<i>“Acho que quando a gente age demais de maneira a prejudicar o paciente dependendo da medicação ou até mesmo exames demasiadamente” (M 4.4).</i>	<i>“Depois de dar o diagnóstico... vai escolher dentro das classes de medicações o que ele tem condições de ter naquele momento e de manter posteriormente” (M 11.1).</i>	<i>“Caso ele insista muito, eu às vezes, se for um exame de baixo custo, hemograma ou algo assim eu acabo passando, caso ele insista muito” (M 15.2).</i>
<i>“Evitar danos ao paciente” (M 6.4).</i>	<i>“É, primeiro a doença, sintomas né, concluir uma história” (M 12.1).</i>	<i>“Isso geralmente acontece: o paciente solicita um exame, e você tem que convencer o paciente se precisa ou não precisa dele” (M 16.2).</i>
<i>“Que eu peça, ou solicite um exame, ou prescreva algum medicamento que vai trazer mais malefício do que benefício” (M 25.4).</i>	<i>“Eu levo em consideração a necessidade do paciente, se ele precisa ou não daquela prescrição, de acordo com o que ele me fala de queixa né, na anamnese, em pontos de diagnóstico” (M 13.1).</i>	<i>“A gente fala que não tem indicação, a gente tem muito problema, paciente bate de frente, paciente reclama, fala que não gostou do atendimento, que não sou uma boa médica, liga para 156” (M 17.2).</i>
<i>“As prevenções em relação à própria conduta médica na verdade né, as iatrogenias” (M 7.4).</i>	<i>“A etiologia... Para tentar botar a melhor conduta, o melhor tratamento para aquela doença tá?” (M 14.1).</i>	<i>“Realmente a pressão é grande aí a gente é taxado como mau médico, mas a pressão é grande” (M 18.2).</i>
<i>“Então é muito importante ser trabalhada essa prevenção porque acaba que passa despercebido mesmo, a gente fica numa rotina tão maçante, que aí às vezes a vontade assim do cansaço às vezes você vai sem perceber” (M 1.5).</i>	<i>“Eu vou fazendo perguntas pra ver se eu fico já fico com algum diagnóstico diferencial” (M 20.1).</i>	<i>“A gente sempre tenta convencer o paciente de que não tem necessidade” (M 19.2).</i>
<i>“Usando um pouco a medicina baseado em evidências, fazendo aquilo que tem evidências a ser comprovados de maneira a tornar o serviço mais eficaz e até economicamente mais viável né” (M 4.5).</i>	<i>“Primeiro de tudo, o conhecimento do paciente, o medicamento que ele toma já há... anteriormente, quais são as doenças que ele tem, e saber do que ele costuma tomar, se o paciente melhora e também se é alérgico ou não, alérgico ao medicamento, pra poder passar a prescrição” (M 16.1).</i>	<i>“Eu tento conversar com ele e ver o motivo pelo qual ele quer fazer esse exame” (M 20.2).</i>

Quadro 2 - Corpus do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa relacionados às categorias temáticas. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Conclusão

<i>“Volta a trabalhar com a equipe multiprofissional também” (M 8.5).</i>	<i>“O diagnóstico do paciente” (M 22.1).</i>	<i>“Só dizer não, não tem porque fazer tá tudo bem, a gente pode esperar mais 6 meses, e aí é mais conversado” (M 20.2).</i>
	<i>“Às vezes o paciente não entende muito bem, não sabe ler. Então a gente tem que colocar tudo isso em consideração às vezes até desenhar na receita” (M 19.1).</i>	<i>“Às vezes o médico, ele se coloca na posição de superioridade e não ouve o paciente... Então eu costumo ouvir, agora quando realmente não tem nada a ver ou então está fazendo um exame na qual eu não posso pedir, eu oriento e explico para ele o motivo” (M 23.2).</i>
	<i>“Primeira coisa é você ouvir o paciente” (M 23.1).</i>	<i>“Ótimo, ela me escuta, sempre que peço um exame a médica me passa” (P 18.2).</i>
	<i>“Eu tento atender o paciente como um todo, não vejo só a doença nele não, tento ver o contexto familiar” (M 21.1).</i>	<i>“Ela sempre passa quando eu peço, assim, quando é necessário” (P 18.2).</i>
	<i>“Nós temos aqui quase todas as semanas com as equipes de saúde e com os diferentes profissionais da equipe saúde, para podermos não sobrecarregar e manusear essas situações aqui conosco na Unidade de Saúde” (M 21.6).</i>	<i>“Eles são maravilhosos aqui né, são ótimos, apesar de ser público, uma saúde pública, mas aqui a gente é muito bem atendida” (P 4.2).</i>
	<i>“Nasf tem o farmacêutico, tem assistente social, tem o psicólogo, tem a dentista, tem enfermeira, o médico, então fica muito fácil a gente fazer um manejo de paciente” (M 17.6).</i>	<i>“O motivo é que eu não tenho plano de saúde” (P 11.1).</i>
	<i>“Procuro ouvir o paciente, porque eu acho importante ter o tempo de ouvir, porque o tempo de ouvir vai fazer com que você conheça mais esse paciente, a sua vida. Eu acho que a escuta, ela é fundamental” (M 23.6).</i>	<i>“Então, daqui do posto, é minha primeira referência, antes de ir para o hospital” (P 17.1).</i>
	<i>“Agora pontos negativos que a gente tem em toda saúde é atraso de fazer exame” (P 3.3).</i>	

Fonte: A autora (2019).

Assim, a partir da leitura do *corpus* do estudo e depois da adequação dos objetivos do estudo, foram definidas as regras para a codificação das Unidades de Registro (UR) e Unidades de Contexto (UC). Bardin (1977) recomenda que, após a

utilizadas as seguintes regras:

- a) Frequência Simples (FS): corresponde à frequência de aparição das palavras ou temas. Quanto mais essas se repetirem, mais significação ou sentido tem a expressão, dando maior importância à UR, ou seja, quanto mais ela aparece, mais ela é relevante;
- b) Frequência Ponderada (FP): quando se atribui maior importância a uma aparição com um sistema de ponderação em que para cada palavra, tema ou sentido é valorado por ordem de importância, traduzindo a expressão ou intensidade de um elemento;
- c) Direção (D): utilizando a escala bipolar de sete pontos (ou graus), com uma direção que pode ser favorável (+ polo positivo), desfavorável (- polo negativo), ou neutro (0), atribuindo aos elementos do texto uma nota entre -3 a +3.

Os critérios definidos para as regras de enumeração foram utilizados nas três categorias temáticas, considerando a Categoria I, Percepção sobre Prevenção Quaternária, sendo atribuído valor com maior importância para os termos descritos tal qual como no conceito de P4.

Na Categoria II, com os caminhos que levam à realização de P4, todos os termos que descrevem ações de P4 foram considerados na frequência simples, porém, aquelas ações que, de fato, fazem parte do conceito de P4 e que foram ditas pelos médicos que apresentaram a percepção sobre P4 mais próxima do real tiveram mais força no critério de direção.

Na Categoria III, foram consideradas as frases que descrevem possíveis interferências para se realizar uma prescrição médica, com especial atenção para aquelas advindas da formação médica, visão social e cultural.

O Quadro 3 apresenta as regras de enumeração utilizadas na pesquisa, segundo Bardin (1977), para melhor organização dos dados obtidos.

Quadro 3 - Regras de enumeração utilizadas na pesquisa, segundo Bardin (1977). Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Categorias	Frequência Simples e Frequência Ponderada	Direção
Percepção sobre Prevenção Quaternária	Os critérios definidos na frequência simples seguiram o número de aparições de termos que compõem o conceito de P4, estando ou não literalmente descrito dentro desse conceito. Na frequência ponderada foi atribuído maior peso aos termos descritos no conceito de P4.	Os critérios utilizados na análise da direção foram dos polos (-3) para a aparição de três ou mais termos não literais a (+3) quando apareciam três ou mais termos literais.
Interação Médico/Paciente: Caminhos para Prevenção Quaternária	Os critérios definidos na frequência simples seguiram o número de termos que descrevem ações de P4.	Nos critérios utilizados na análise da direção nas ações de P4, foi considerado como o polo negativo mais extremo (-3) as ações que não têm qualquer relação com a percepção sobre o conceito de P4. As falas que incluíram as ações que têm relação com P4 aproximaram-se do polo positivo (+3).
Ocorrência de Prescrição Médica: Ações e Condutas	Os critérios definidos na frequência simples seguiram as frases que descrevem possíveis motivos que interferem na ocorrência de prescrição médica, incluindo formação médica, visão social ou cultural.	Nos critérios utilizados na análise da direção nas ocorrências de prescrição médica, foi considerado como o polo negativo mais extremo (-3) o aparecimento de motivos que menos interferiram na ocorrência de prescrição médica aos que mais interferiram nessa prescrição (+3).

Fonte: A autora (2019).

A definição das regras permitiu dar maior significado aos depoimentos e, com o recorte das palavras-chave ou ideias dos participantes da pesquisa, procedeu-se à contagem das FS e FP, sendo definida a ordem de prioridade das UR, considerando a importância das palavras. Na sequência, foi aplicada a regra de Direção e a partir dessas regras, foram definidas as UCs do estudo.

Após a aplicabilidade das regras, realizou-se a construção das URs organizadas com palavras-chave que deram sentido a cada categoria, originando as UCs, em que é apresentada a compreensão de cada unidade a partir do entendimento dos médicos e pacientes, conforme demonstrado no Quadro 4.

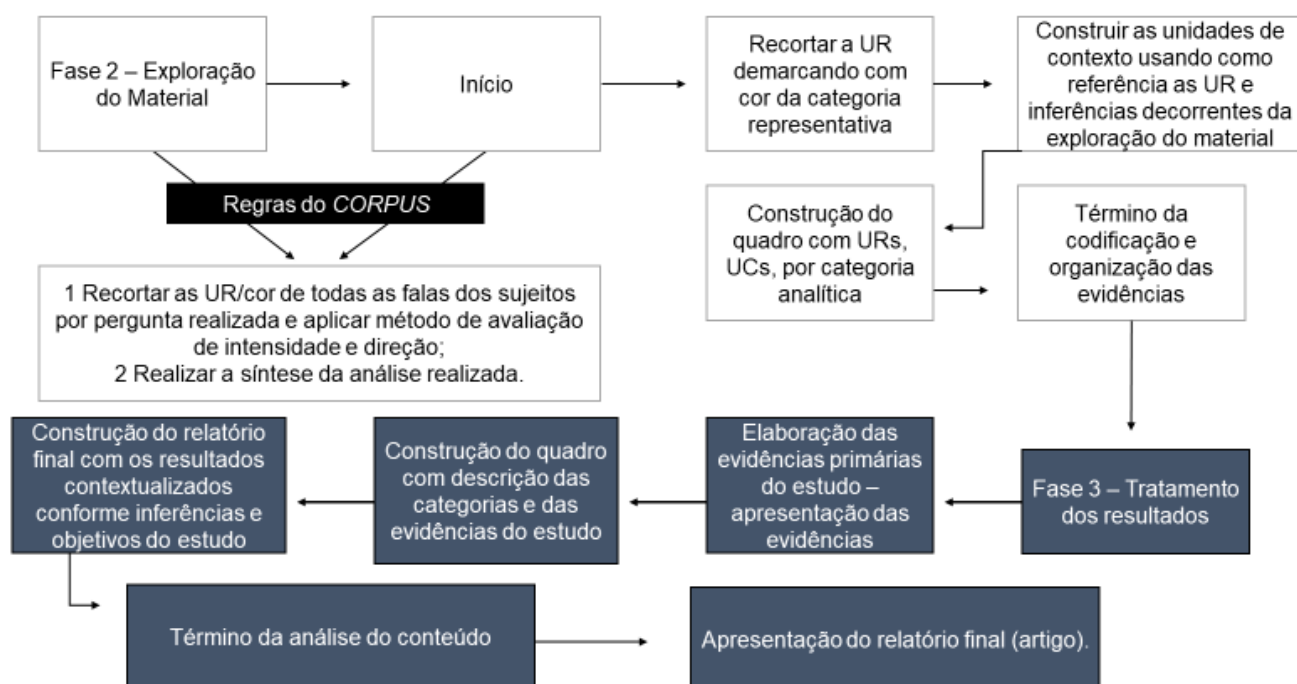
Quadro 4 - Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas, segundo técnica de Bardin (1977), Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Unidade de Registro (UR)	Unidade de Contexto (UC)	Categorias Temáticas
Cuidados paliativos Reabilitação; iatrogenia; evitar danos ao paciente.	É entendido que a Prevenção Quaternária pode estar relacionada com um maior nível de cuidado que se preocuparia em atender aqueles pacientes que necessitam de especial atenção. Por isso, é vista como cuidados paliativos e reabilitação. Por outro lado, também entende-se que pela P4 se pretende evitar danos ao paciente, um nível de prevenção às iatrogenias.	Percepção Sobre Prevenção Quaternária
Patologia; diagnóstico; história clínica; exame físico; necessidade do paciente; compreensão do paciente; ouvir o paciente; entender o paciente como um todo. Trabalhar com diferentes profissionais da equipe de saúde.	As ações mais desenvolvidas dizem respeito à avaliação do paciente dentro do consultório, ou seja, saber a história clínica e realizar exame físico para entender a patologia e fazer o diagnóstico do paciente. Alguns vão além, e escutam mais seus pacientes, também consideram a necessidade do paciente, entendendo-o como um todo. Raramente é feito trabalho em equipe para melhor atender o paciente.	Interação Médico/Paciente: Caminhos para Prevenção Quaternária
A pressão é grande; paciente insiste; explico o motivo; convencer o paciente que não tem necessidade; autoridade médica.	Existe muita pressão dos pacientes para que o médico prescreva. A pressão social é grande e parte da visão cultural constitui-se de que é melhor fazer checkup e realizar exames sem propósito. Alguns médicos tentam explicar, outros convencer o paciente. Quando o paciente chega à consulta solicitando exames pode ser devido à visão cultural inserida nele, porém, ao invés de abordar esse entendimento, muitos médicos colocam-se na posição de superioridade e usam da “posição de médico” para fazer a ação que lhe parece mais adequada.	Ocorrência de Prescrição Médica: Ações e Condutas

Fonte: A autora (2019).

A última fase correspondente ao método do estudo, apresentada na Figura 1, foi o tratamento dos resultados já categorizados e organizados nas URs e UCs, para a elaboração das evidências e a construção do quadro com as mesmas, por categoria temática.

Figura 2 - Fluxograma do tratamento dos resultados do material da pesquisa. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018



Fonte: SILVA *et al.*, 2018.

Nota: Adaptado pela autora.

Para cada categoria temática foram descritas as evidências do estudo que orientaram as discussões, as quais são apresentadas no capítulo dos resultados, buscando compreender a P4 à luz de evidências científicas que corroborem ou não com as ideias apresentadas pelos médicos e pacientes entrevistados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta investigação foi submetido a princípio à ETSUS para análise da viabilidade de sua aplicação. Após aprovação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e aprovado para início da pesquisa.

Em cada grupo de participantes foi realizado um primeiro encontro a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e, assim, solicitar autorização por escrito desses colaboradores, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprovando a participação e assegurando sua autonomia.

Visando à autorização para a coleta de dados nos prontuários dos pacientes, foi apresentado um Termo de Assentimento à ETSUS.

No uso do material coletado para a pesquisa, a identidade dos informantes foi preservada. Para tanto, receberam um código numérico e tiveram a liberdade de desistir de sua participação no grupo quando desejassem.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Fizeram parte deste estudo 27 médicos que trabalham nas equipes de 10 Unidades de Saúde localizadas em diferentes macrorregiões do município de Vitória. Apenas 2 médicos não quiseram participar do estudo. A maior parte dos médicos entrevistados foi composta pelo sexo feminino. Todos trabalhavam há mais de seis meses nas respectivas unidades.

Foram realizadas 18 entrevistas com os usuários participantes do estudo. Quando essas passaram a apresentar repetições de conteúdo, configurando o processo de saturação de falas, foram encerradas. Percebeu-se que a maioria dos usuários entrevistados pertence ao sexo feminino, tendo como média de idade 49 anos.

5.2 CATEGORIAS E EVIDÊNCIAS DO ESTUDO

Tomando como referência as categorias do estudo, buscaram-se as evidências expressas nas falas dos entrevistados.

O Quadro 5 apresenta as Categorias e Evidências que orientaram o processo de organização dessa fase do estudo de acordo com os fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados proposto por Bardin (1977).

Quadro 5 - Categorias e evidências identificadas no estudo, segundo técnica de Bardin (1977).
Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2018.

Categorias	Percebido no Estudo	Comprovado	Referencial Teórico
Percepção sobre Prevenção Quaternária	Cuidados paliativos. Reabilitação. Evitar danos ao paciente.	Ações que evitem ou atenuem o excesso de intervenções em saúde. Proteção aos indivíduos que são passíveis de receber intervenções médicas excessivas. Prevenção das iatrogenias. Sugerir alternativas eticamente aceitáveis.	JAMOULLE, 1986; BENTZEN, 2003.
Interação Médico/Paciente: Caminhos para Prevenção Quaternária	Principalmente, fazer a prescrição médica voltada para a patologia/ Diagnóstico. Às vezes fazer a prescrição médica baseada na necessidade do paciente. Às vezes atender o paciente como um todo.	Exame físico, anamnese detalhada e observações dos sinais e sintomas. Abordagem integral, centrada no ser biopsicossocial. Método Clínico Centrado na Pessoa. Tomar decisões baseadas em evidências. Trabalho em equipe multidisciplinar.	SOUSA, 2006; NUNES, 2006; FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996; GÉRVAS, 2006; GÉRVAS; FERNANDEZ, 2006; ALMEIDA, 2005; JAMOULLE <i>et al.</i> , 2002; MOYNIHAN; HEATH; HENRY, 2002; BALINT, 1998; STEWART <i>et al.</i> , 2017.
Ocorrência de Prescrição Médica: Ações e Condutas	Pressão dos pacientes para prescrever. Medo do paciente de adoecer. Médico como detentor do saber, e com uma postura hierarquizada.	Medicina defensiva. <i>Disease Mongering</i> . Ensino biomédico.	JAMOULLE <i>et al.</i> , 2018; MINOSSI; SILVA, 2013; SOSA-IUDICISSA; REAL, 2012; MINOSSI; SILVA, 2013.

Fonte: A autora (2019).

Assim, evidenciou-se que a maior parte dos médicos atuantes na atenção primária no município de Vitória desconhece o conceito de P4. Além disso, poucos médicos tomam atitudes de P4, sabendo ou não do conceito. Os principais motivos encontrados para a ocorrência de prescrições médicas foram a pressão social, a medicina defensiva, a *disease mongering* e a formação biomédica.

Em relação às observações dos prontuários, foi observado que grande parte apresentava-se incompleta. Faltavam informações valiosas como histórico familiar, histórico pessoal de doenças, exame físico realizado e até anamnese completa da consulta em análise. Dessa forma, julgar as ações médicas realizadas torna-se uma tarefa impossível de ser feita. Afinal, o paciente pode ter relatado queixas ao seu

médico durante a consulta, porém, essas não foram anotadas no prontuário, mas contribuíram para fechar os critérios de solicitação do exame pedido. Em consequência, prontuários incompletos fazem o médico perder informações sobre seu paciente e realizar condutas desnecessárias com potencial iatrogênico.

6 DISCUSSÃO

A P4 nasce como uma proposta de prevenir as pessoas atendidas, nos sistemas de saúde, das condutas médicas inapropriadas que podem causar danos à sua qualidade de vida. Surge como uma ferramenta para combater o sobrediagnóstico e, o consequente, sobretratamento que iniciam a cascata iatrogênica que inclui a sobreinvestigação, sobremedicalização, sobrerastreamento e a polifarmácia. Sugerir alternativas para uma prática médica eticamente aceitável, pautada em confiáveis evidências científicas e ao mesmo tempo considerar as particularidades individuais são a primazia da ação em P4 (JAMOULLE *et al.*, 2018; NORMAN; TESSER, 2009).

Nesse contexto, ao compreender as falas dos profissionais médicos participantes do estudo quando descreveram a '**Percepção sobre a Prevenção Quaternária**', foi evidenciada uma percepção incipiente, com foco na prevenção de danos ao paciente, e relacionado o nome quaternária com um nível de cuidados específicos entendidos como cuidados paliativos ou reabilitação, em que não se tem muito o que fazer com o paciente.

Percebeu-se que os profissionais da APS ainda desconhecem o conceito de P4, mesmo quando relatam realizar condutas que podem pertencer ao referido conceito. Como cenário de prática dos médicos entrevistados, a APS deve possuir características que favoreçam a oferta de cuidados primários orientados para as pessoas, centrados nas necessidades de saúde, em uma relação personalizada que perdura no tempo, abrangente, contínua e orientada para os indivíduos e para as famílias (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

O desconhecimento de uma prevenção aos danos causados pelos cuidados médicos pode ser grave, pois interfere no cuidado à saúde. Acredita-se que a disseminação do conceito de P4 no meio científico-acadêmico encontra-se em passos curtos, mesmo tendo sido oficializado há mais de uma década. Tal fato pode contribuir para a percepção relatada (TESSER, 2017).

A P4 significa resistência ao intervencionismo médico frente à medicalização da vida diária, aos protocolos e consensos sem fundamento científico; é afastar-se dos

modismos, da sedutora indústria farmacêutica e das controversas informações encontradas nos meios de comunicação. O conceito impõe-nos a reflexão a respeito da necessidade de controlar as iatrogenias causadas pelo próprio sistema de saúde (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005; GONZALEZ *et al.*, 2014). Sendo assim, apesar da P4 ter sido criada seguindo a cronologia dos níveis de prevenção, o conceito permeia todos os outros níveis de prevenção e promoção da saúde (NORMAN; TESSER, 2009).

Sem dúvida, a Atenção Primária é cenário privilegiado para a prática da P4. Uma vez que o envelhecimento da população e a incidência de doenças crônicas acentuam-se, maior será a necessidade de cuidados. Esses vão ocorrer, sobretudo, no primeiro nível de atenção, que é a porta de entrada para o nosso sistema de saúde. Esse nível responsabiliza-se por quase todos os pacientes. Logo, os profissionais que nele atuam precisam estar preparados para que suas ações não causem malefícios, ou seja, requer ações de P4 como estratégia para discutir, qualificar e redirecionar as condutas médicas (JAMOULLE, 2018; GONZALEZ *et al.*, 2014).

Dessa forma, inevitavelmente uma mudança de postura dos profissionais e gestores de saúde é exigida. Essa transformação vai ao encontro do conceito e da prática da P4, incluindo maior espírito crítico ao se propor ações de saúde que podem desencadear a cascata iatrogênica (TESSER, 2017). Nesse contexto, compreendendo os conceitos acima sobre P4, as evidências desse estudo quanto à percepção dos médicos apontam para uma concepção, ainda incipiente, com foco em danos ou nos cuidados paliativos e na reabilitação, implicando uma visão restrita do conceito.

Assim, é necessário entender que o cuidado paliativo diz respeito à abordagem que aprimora a qualidade de vida das pessoas enfermas, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (HERMES; LAMARCA, 2013). Nesse sentido, a P4 em cuidados paliativos diz respeito não só à prevenção e ao tratamento da dor estabelecida, mas também à prevenção e ao tratamento de outros sintomas e sinais, como os estados confusionais e a desnutrição, bem como o sofrimento psicossocial

e espiritual (ALMEIDA, 2005).

Da mesma forma, dentro do conceito de reabilitação, conhecido como “recuperação das funções humanas ao maior grau possível, de uma pessoa ou pessoas que sofrem de uma doença ou lesão”, condutas médicas podem agir de forma a prevenir danos ao paciente seja, por exemplo, sugerindo tratamentos com benefícios comprovados (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A responsabilidade pela saúde comunitária deve envolver todo o ciclo de vida e o combate aos determinantes das doenças, tendo as pessoas como parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade. Assim, embora o princípio de não causar dano esteja compreendido no papel da APS pela inerente potencialidade desse nível de atenção para a qualificação da saúde, é necessário amplificar-se a reflexão de que a segurança em saúde não começa, apenas, quando um indivíduo é hospitalizado, mas no seu dia a dia, próximo ao seu território e com toda atenção que ele precisa (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Entende-se, pois, que, apesar dos médicos não terem ainda incorporado o conceito da P4, fato que pode estar relacionado à sua formação ou à organização do processo de trabalho dos mesmos, destaca-se a necessidade de aprofundamento dessa concepção para o exercício de uma boa prática que obriga a se dizer “não” às ações com desdobramentos maléficos. Na atividade clínica dentro da Atenção Primária, realizar P4 exige autonomia, conhecimento científico, habilidades de comunicação, flexibilidades e resolutividade, além de ser um compromisso com a sociedade e com a profissão escolhida (GÉRVAS, 2006; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2006; NORMAN; TESSER, 2009).

Ao descrever a categoria **“Interação médico/paciente: caminhos para Prevenção Quaternária”**, percebeu-se que os cuidados voltados para P4 deveriam ser mediados pela anamnese completa, exame físico e uma escuta qualificada do que o usuário tem a dizer. As evidências apontaram para a ação conduzida pela patologia e suas sintomatologias com pouco ou nenhuma ação guiada pelas necessidades do paciente ou esse sendo visto como um todo.

A falta do olhar ampliado também foi percebida quando se observou os prontuários médicos. Ao analisar os registros das consultas não foi possível compreender várias das particularidades dos pacientes, como histórico familiar de doenças ou hábitos de vida. Tais informações não são apenas importantes para o entendimento da pessoa, propondo o melhor cuidado, como também pode dificultar a comunicação entre médicos e pacientes, uma vez que a cada encontro pacientes precisam fornecer dados já questionados pelo médico. Tais informações deveriam constar no prontuário, levando em consideração que o acompanhamento na APS é realizado de forma longitudinal (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

A primeira etapa de uma consulta médica para viabilizar o entendimento a respeito do paciente deve começar dando tempo para a pessoa poder falar. Nesse momento, pode-se compreender os medos, anseios e o principal motivo da consulta, coletando informações para depois seguir com o exame físico e a elaboração diagnóstica.

A comunicação entre o médico e a pessoa que procura o cuidado tem fundamental importância nesse sentido e pode ser considerada um par perfeito com a saúde pública. Essa habilidade não está presente apenas na relação médico-paciente, mas também pode ser encontrada nas campanhas de promoção à saúde, na gestão dos riscos, na comunicação das instituições e nas organizações de saúde. Entender que a palavra tem repercussões positivas ou negativas é fundamental. Ou seja, a palavra tem potencial iatrogênico, pode tranquilizar, tirar dúvidas e medos, ou pode causar pânico, incertezas e rotular pessoas (ZAMBRINI, 2013; NORMAN; TESSER, 2015b). Apesar de evidências mostrarem que a boa comunicação traz benefícios comprovados, como melhora na aderência ao tratamento e mudança no estilo de vida, optando por hábitos mais saudáveis, nesse estudo, apenas dois médicos relataram ouvir seus pacientes. Reconhecer que o médico está diante de outro ser humano passível de medos, desejos e ansiedades é compreender a necessidade de uma boa comunicação antes de qualquer outra ação médica (BERNSTEIN; VALLE, 2015; GONZALEZ *et al.*, 2014).

Considera-se a segunda etapa da consulta o entendimento conjunto da situação, levando-se em conta aspectos biológicos, sociais, psicológicos, da história de vida da pessoa que procura seu médico. Nesse momento, é preferível uma abordagem

dinâmica evitando ligar um problema de saúde trazido pelo paciente com perturbações de alguns dos órgãos do corpo como única causa para o que foi relatado. A abordagem dinâmica prioriza os fenômenos do adoecimento e considera as transformações esperadas ao longo da vida. Dessa forma, atentar para a vivência e o contexto das pessoas é fundamental para não se criar falsos ou pseudodiagnósticos que podem iniciar a cascata iatrogênica (NORMAN; TESSER, 2015b).

Somente após esse entendimento é possível traçar um plano em conjunto, tomando decisões compartilhadas, entendendo as limitações da pessoa e empoderando-a com seu próprio cuidado. Assim, promove-se a autonomia do paciente e evita-se a dependência excessiva com o sistema de saúde (TELESSAÚDE-SC, 2015; GONZALEZ *et al.*, 2014).

Todavia, observou-se que a maior parte dos médicos afirmou que leva em consideração apenas a patologia ou diagnóstico para prescrever um tratamento. Alguns declararam fazer anamnese e observar os sinais e sintomas, o que é muito importante, porém, pode não ser o suficiente para, de fato, entender a pessoa e sua real demanda. Apenas um médico usou a expressão “entender o paciente como um todo”, como ação de P4 desenvolvida.

Ao aprofundar o entendimento do paciente de forma integral, uma conhecida ferramenta da prática do médico de família e comunidade deve ser destacada, o **Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)**. Esse método de abordagem visa à mudança na relação médico-paciente, coloca o paciente no foco de atenção, e não a doença, considera os aspectos biopsicossociais e desenvolve uma atitude proativa da pessoa no seu próprio cuidado. O método é estruturado por quatro componentes: explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e intensificando a relação entre a pessoa e o médico (STEWART *et al.*, 2017).

Os pacientes relataram que perceberam quando o cuidado foi centrado nele e não na doença, o que trouxe um retorno positivo. Essa satisfação também foi comprovada em pesquisas que mostraram que levar em consideração a experiência

da doença, a pessoa como um todo, seu contexto, assim como elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, tudo contribui para melhorar os resultados em relação à saúde, à satisfação dos doentes e do próprio médico (STEWART *et al.*, 2017; NORMAN; TESSER, 2015a).

Outro fator de impacto para uma boa abordagem da pessoa na atenção primária também lembrado pelos entrevistados foi o **trabalho em equipe**. As reuniões de equipe semanais na unidade de saúde, assim como as reuniões com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram lembradas pelos médicos como forma de abordar os pacientes de forma mais ampla. Tal fato é importante uma vez que o trabalho em equipe facilita o cuidado descentralizado abordando a pessoa além do medicamentoso e proporcionando um olhar ampliado para suas necessidades (NORMAN; TESSER 2009).

Nessa perspectiva é importante relembrar um dos papéis do prontuário médico. O registro médico permite o compartilhamento de informações entre os integrantes da equipe de saúde e permite a coordenação do cuidado, um dos princípios da APS. Pode-se dizer que o registro médico organizado e dotado de importantes informações pode potencializar o cuidado (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008; BRASIL, 2012; ROMAN, 2009). Contudo, grande parte dos prontuários observados neste estudo possuíam informações básicas, mostrando baixa qualidade do registro.

Após a abordagem dinâmica é preciso realizar condutas necessárias e benéficas para o paciente. A prescrição baseada na necessidade do paciente, relatada pelos médicos como outra ação de P4, vai além de uma boa relação. Basear-se no que é preciso, além de reconhecer o que deve ser prescrito, considerando o que trará mais benefícios ao paciente. Dessa forma, uma importante ferramenta para auxiliar uma ação de P4 é a **Medicina Baseada em Evidências** (MBE). De maneira incontestável, condutas médicas baseadas e sustentadas em boas evidências científicas terão mais chances de propiciar benefícios ao paciente. Tal fato é importantíssimo diante da facilidade de informações sem evidências disponíveis nas mídias. Com a MBE, a opinião do clínico perde a credibilidade se esta não estiver pautada em boas evidências. Assim, a autoridade do clínico é rebaixada,

empoderando pesquisadores e aqueles experts em avaliação dos resultados de artigos científicos, em especial ensaios clínicos randomizados e metanálises (NORMAN; TESSER, 2015).

Quando se discute condutas baseadas em evidências e diminuição de iatrogenias, fica evidente outro ponto importante: a racionalidade do gasto em saúde. De acordo com Piola *et al.* (2013) no período de 1995 a 2010, o gasto federal na área de saúde passou de R\$ 37 bilhões para R\$ 67 bilhões, em reais de 2011, ou seja, teve um crescimento de 80%. A partir de então, muitas tecnologias surgiram e a população cresceu, o que nos faz crer que os custos aumentarão se não se souber lidar com o recurso público.

Dessa forma, a comunicação, boa relação médico-paciente, abordagem ampliada e as condutas baseadas em evidências podem ser consideradas caminhos ou meios que levam à P4. Se o cuidado for longitudinal, o vínculo e a parceria podem ajudar a entender o que de fato está acontecendo com a pessoa que procura seu médico. Para Jamoulle *et al.* (2018) “[...] a medicina é baseada na relação médico-paciente. Sem relação, não há remédio, só existe tecnologia”.

Uma vez que os benefícios das ações de P4 dentro do sistema de saúde são comprovados, entender os motivos pelos quais ela ainda não ocupou a APS brasileira é fundamental para que ações eficazes sejam planejadas com cuidado e colocadas em prática. Na tentativa de compreender a categoria **“Ocorrência de prescrição médica: ações e condutas”**, foram percebidos alguns motivos para tal como, o *disease mongering*, o modelo de ensino biomédico, a pressão exercida pelos pacientes e a medicina defensiva.

A princípio, deve-se entender que o avanço tecnológico e os meios de comunicação podem contribuir para que atitudes médicas danosas aconteçam. Nos dias atuais, as pessoas têm acesso facilitado a um enorme número de informações, sejam elas verdadeiras ou falsas. Mais do que isso, a sociedade encontra-se deslumbrada com a tecnologia e publicidade quando o assunto é saúde. A criação de padrões de beleza/saúde, o aumento de fatores de risco e a sobrecarga de informações rotulam pessoas saudáveis que passam a ser enxergadas como doentes. O cenário contribui

para a ansiedade, o sofrimento e a procura desesperada por uma qualidade de vida inalcançável (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018; DOYMA, 2015).

O medo criado pela comercialização da doença, promovendo sobrediagnóstico, sobretratamento e medicalização desenfreada, é conhecido como ***Disease Mongering***. O termo é considerado pejorativo para a prática médica que está ampliando os limites diagnósticos das doenças e promovendo sensibilização do público para tal, a fim de expandir os mercados para aqueles que vendem e oferecem tratamentos, que podem incluir empresas farmacêuticas, médicos e outros profissionais ou organizações de consumidores (SOSA-IUDICISSA; REAL, 2012).

Esse cenário nos permite compreender porque uma boa parte das falas dos médicos traduz a dificuldade em lidar com o paciente seduzido pelo medo de adoecer. De fato, nos últimos anos, tem-se visto que o público tornou-se mais ativo e aceita a autoridade médica de forma menos passiva, e está mais permeável a outras influências. A publicidade farmacêutica, direcionada para o público em geral, contribui para a difusão de novas categorias de doenças e para a medicalização da vida diária (MOYNIHAN; HEATH; HENRY, 2002).

A promoção da doença aumentou em paralelo com a medicalização da sociedade e do crescimento do complexo farmacêutico, seu poder e sua influência. Devido a investimentos maciços em marketing e lobby, o amplo uso da Internet e o surgimento de novos mercados, estão se tornando uma questão preocupante, e os gestores políticos devem estar conscientes dos seus perigos. Desta forma, importa promover a divulgação da informação em saúde, bem como atrair os pacientes, na qualidade de consumidores de saúde (SOSA-IUDICISSA; REAL, 2012).

Assim sendo, a busca por intervenções cada vez mais precoces ou inapropriadas fazem os **pacientes exercerem pressão para que determinadas condutas sejam realizadas**. Nesse estudo, alguns médicos afirmam que, quando não prescrevem um medicamento ou exame que o paciente solicitou e que ele não precisaria realizar, acabavam sendo vistos como maus profissionais. A pesquisa também evidenciou que eles podem ser, inclusive, hostilizados e denunciados na ouvidoria, mesmo explicando que a não solicitação é para o próprio bem da pessoa. Isso se

deve à influência psicológica e até mesmo cultural da população pelos meios de comunicação.

Devido à pressão das pessoas, percebida pelos médicos, pode-se dizer que alguns acabam por supermedicalizar ou superinvestigar o paciente, prescrevendo como uma forma de evitar conflitos (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018; TESSER, 2017).

Muitos profissionais ainda não sabem lidar com a pressão que os pacientes causam na busca pela sua própria concepção de saúde. Mais do que isso, a maioria deles não vivenciou na sua formação acadêmica aspectos que facilitassem enfrentar as particularidades dos pacientes. Pode-se dizer que a formação acadêmica encontra-se deficiente sob diversos ângulos: questiona-se a qualidade do ensino e a escassez ou total ausência de abordagem dos métodos, dos conceitos da relação médico-paciente, a compreensão do processo de adoecimento, a dedicação excessiva à abordagem organicista e fragmentada do paciente, a especialização precoce do aluno, entre outros aspectos (TAVARES, 2007).

O **modelo de ensino biomédico/hospitalocêntrico**, em que a doença é mais vista do que a pessoa enferma, contribui para uma relação médico-paciente ruim ou inexistente. Além disso, o planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão, e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados (MINOSSI; SILVA, 2013). Essa abordagem não enfatiza o ser humano em sua condição singular com seus próprios medos e anseios e pode ser traduzida como autoritária ao apenas transmitir a conduta médica em vez de conversar com o paciente para juntos chegarem a uma ação, na qual ambas as partes possam ser atendidas. Assim, compreende-se o uso da hierarquização e autoritarismo descritos em algumas das falas dos médicos nesse estudo que se colocam na posição de superioridade e usam da pseudoautoridade para fazer a ação que lhe parece mais adequada, não considerando questões relevantes no estabelecimento do processo saúde-doença como, os fatores sociais, ambientais, psicológicos, culturais, religiosos e políticos.

A mercantilização das doenças que cria medo nas pessoas, o uso inadequado das evidências científicas somados com a abordagem inadequada de quem procura o

cuidado fazem os profissionais de saúde colocarem-se na defensiva e optarem por fazer além do necessário. Frente a um paciente que pressiona por uma ação, o médico acaba optando por prescrever medicações ou solicitar exames em excesso. Essa utilização exagerada de exames complementares, o uso de procedimentos terapêuticos supostamente mais seguros, encaminhamento frequente de pacientes a outros especialistas e a recusa ao atendimento de pacientes com maior potencial de complicações caracterizam a **medicina defensiva** e visa a proteger o médico de eventuais processos jurídicos. Assim, impera o pensamento de que ‘mais é melhor’ (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018; GONZALEZ *et al.*, 2014).

Dessa forma, inicia-se a cascata iatrogênica que pode trazer danos ao paciente. Pesquisas mostraram o impacto dessa prática defensiva no Reino Unido em 1995, quando foram realizados exames de controles não indicados em mais da metade das condutas médicas (63,4%) e solicitados exames complementares não justificados em 59,6% dos casos pela maioria dos médicos no país (63,8%) (MINOSSI; SILVA, 2013).

Diante dessa discussão, fica evidente que a P4 merece atenção e debate na saúde pública e no SUS, em especial no momento de maior expansão da APS (NORMAN; TESSER, 2009). Quando a maior parte da população é atendida nesse nível de atenção à saúde, espera-se que esse seja o mais qualificado possível. Sendo assim, a P4 deveria ser conhecida e realizada, nesse ambiente de maior contato com as pessoas (STARFIELD, 2002).

A MFC é a especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS. Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a MFC é um componente primordial da APS e para a P4 dentro desse nível de atenção (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005).

Por fim, é fundamental que a P4 seja ensinada, dentro da APS e na formação médica. Defende-se tal ensino porque os profissionais de saúde devem aprender a agir com ética; além disso, a epidemiologia já mostra o aumento de

morbimortalidade causada pelos cuidados de saúde e, por fim, deve-se proporcionar aos estudantes uma perspectiva diferente de cuidado de saúde. Deveriam estar incluídos nesse aprendizado: epidemiologia, comunicação, relação médico-paciente, abordagem centrada no aprendizado, habilidades de ensino centradas em pessoas e muitas outras aptidões de maneira equilibrada (JAMOULLE *et al.*, 2018).

Ainda de acordo com Jamoulle *et al.* (2018), é importante ensinar a visão biopsicossocial e visões micro (relação médico-paciente), meso (educação em saúde e educação médica continuada) e macro (nível social) sobre diferentes áreas, por exemplo, economia, organizações de serviços de saúde e tecnologia. Apesar de poucas pesquisas acerca do impacto de ensinar P4, já foi possível ver bons resultados em alunos que mudaram suas atitudes médicas visando ao benefício do paciente após conhecerem o conceito e prática da P4.

A partir do estudo das categorias, pode-se analisar a atuação do médico na P4 para otimização das políticas públicas na atenção primária. Evidenciou-se a percepção incipiente dos médicos sobre P4, muitas vezes vinculada com outras formas de atenção, como cuidados paliativos e reabilitação, o que prioriza apenas a patologia ou o órgão acometido. Assim, ignoram-se as particularidades de cada indivíduo no que diz respeito à sua cultura, religião, ao contexto em que está inserido, além da sua opinião quanto ao seu próprio cuidado.

Dessa forma, ao apresentar uma percepção ainda iniciante, pode-se justificar a não realização da P4 na atenção primária por grande parte dos profissionais de saúde. Contudo, foi possível identificar algumas ações que podem guiar esses profissionais no caminho para se alcançar a P4. Nesse sentido, destacam-se a comunicação, boa relação médico paciente, abordagem ampliada e condutas baseadas em evidências. Desse jeito, entendendo de forma abrangente a pessoa que procura o cuidado, evitam-se intervenções médicas desnecessárias que podem causar danos futuros.

Quando as condutas médicas não foram ao encontro dos preceitos da P4, tentou-se verificar os motivos para tal. Como principais causas encontradas para a ocorrência de prescrições destacam-se o *disease mongering*, a pressão exercida pelos pacientes, o modelo de ensino biomédico/hospitalocêntrico com a consequente

medicina defensiva. Assim, muitos médicos acabavam optando por intervenções, por vezes desnecessárias, como forma de evitar conflitos, o que poderia desencadear a cascata iatrogênica.

Diante do atual cenário, fica evidente a importância de se conhecer e praticar ações de P4, em especial na APS, local de maior contato com as pessoas. Deve-se considerar a capacitação tanto dos alunos de graduação quanto dos profissionais que já atuam no sistema de saúde para que todos possam evitar ações com potencial iatrogênico naqueles que buscam os cuidados em saúde.

Tendo em mente que toda prática de saúde, quando mal conduzida, pode causar danos às pessoas, deve-se prezar pelos princípios éticos da proporcionalidade, onde em que os ganhos devem superar os riscos, e o da precaução, o qual remete ao *primum non nocere* (primeiro não lesar) que deve ser primazia dos profissionais de saúde. Dessa forma, a P4 pode ser ferramenta no enfrentamento da iatrogenia nos sistemas de saúde no mundo todo, na medida em que tenta prover o cuidado com o máximo de qualidade e com o mínimo de intervenção desnecessária possível.

7 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a percepção incipiente dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária. Algumas condutas médicas realizadas podem constituir caminhos para se alcançar a Prevenção Quaternária. No entanto, muito ainda precisa ser feito para se evitar que a cascata iatrogênica inicie-se. O conhecimento e a prática de P4 podem conduzir às melhores práticas médicas com consequente melhoria da qualidade do cuidado, do sistema de saúde e das políticas públicas na atenção primária.

REFERÊNCIAS

ABIM. **Choosing Wisely Recommendations: Five Things Patients and Providers Should Question.** Philadelphia, 2017. Acesso em: <https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/01/Choosing-Wisely-Recommendations.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2019.

ALBER, K; KUEHLEIN, T; SCHEDLBAUER, A; SCHAFFER, S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 99, p 1-13, 2017.

ALLEN, J.; GAY, B.; CREBOLDER, H.; HEYRMAN, J.; SVAB, I.; RAM, P.; EVANS, P. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar. *In*: WONCA EUROPA, 2002.

ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

ALMEIDA, L. M. de. Da prevenção primordial à Prevenção Quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Portugal, v. 23, p. 91-96, 2005.

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. M. P.; RODRIGUES, R. D. A Medicina de família e comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n.11, p. 157-172, 2007.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. de. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 61-67, 2005.

ANDRADE, F. R. de; NARVAI, P. C. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 154-160, 2013.

BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Noções de natureza e derivações para a saúde: uma incursão na literatura. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 729-751, 2010.

BALINT, M. **O Médico, seu paciente e a doença.** Lisboa: Climepsi, 1998.

BARATA, R. B.; BARRETO; M. L.; ALMEIDA FILHO, NAOMAR de; VERAS, R. P. (org.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997 (Epidemiológica Séries, 1).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Humanitas, 1977.

BENTZEN, N. **WONCA International Dictionary for General/Family Practice.** Copenhagen: WONCA International Classification Committee, 2003.

BERNSTEIN, Jorge; VALLE, Ricardo La. **Because of Science You Also Die**. Int J Health Policy Manag. v. 4, p 615–616, 2015.

BERWICK, D. M.; HACKBARTH, A. D. Eliminating waste in US health care. **Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 14 p. 1513-1516, 2012.

BEZERRA, I. M. P.; LIMA NETO, E. de A; SILVA, C. C. da. **Estratégias ou táticas alternativas**: procurando novos caminhos para a Promoção da Saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 21 abr. 2018.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

COLL-BENEJAM, T.; BRAVO-TOLEDO, R.; MARCOS-CALVO, M. P.; ASTIER-PEÑA, M. P. **Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad**. Atención Primaria, v. 50, p. 86-95, 2018.

CONASS. **Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília, 2004. (CONASS Documenta; v.2).

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasil: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 4 set. 2016.

DJULBEGOVIC, B.; PAUL, A. From efficacy to effectiveness in the face of uncertainty: indication creep and prevention creep. **Journal of the American Medical Association**, v. 305, n. 19, p. 2005-2006, 2011.

DOYMA, M. Prevención cuaternaria. **Revista mexicana de urologia**, v.75, p 123-125, 2015.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2, p. 51-54, 2014.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Clinical epidemiology: the essentials**. 3. ed. USA: Williams & Wilkins, 1996.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. **American Family Physician**, v. 63, n. 3, p. 513-523, 2001.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Genética y Prevención Cuaternaria: el ejemplo de la hemocromatosis. **Atención Primaria**, v. 32, n. 3, p. 158-162, 2003.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista brasileira de epidemiologia**, Madrid, v. 22, n. 6, p. 205-18, 2005.

GÉRVAS, Juan; FERNÁNDEZ, Mercedes. **Uso Y Abuso Del Poder Médico Para Definir Enfermedad Y Factor De Riesgo, En Relación Com La Prevención Cuaternaria**. Gac Sanit., V. 20, p 66-71, 2006.

GÉRVAS, J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Portugal, v. 8, n. 2, p. 723-727, 2006.

GONZALEZ, M. C.; GALÁN, I. R.; JACOB, M. S.; DIOS, G. de. Prevención cuaternaria: la contención como imperativo ético. **An Pediatr (Barc)**, v 81, p1-8, 2014.

GROSS, D. M. P.; CAMACHO, A. C. L. F.; LAGE, L. dos R.; DAHER, D. V.; MOTA, C. P. da. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, p 3608-3619, 2016.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2018. v. 1.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

IBGE. **Dados Gerais do Município de Vitória, ES – Panorama**, 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 21 abr. 2018.

JAMOULLE, M. Information et informatisation en médecine générale. **Troisiemes journées de reflexion sur l'informatique**, Namur, p. 193-209, 1986.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M. Quaternary prevention. *In*: HONG-KONG WONCA CONGRESS PROCEEDINGS, Hong-Kong, 1995. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000261.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M.; BENTSEN, N.; KLINKMAN, M.; FALKOE, E.; BERNSTEIN, B.; GRIMSMO, A.; TAKASHI, Y. Working Fields and Prevention Domains in General Practice. **Family Medicine**, 2002.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M.; BAE, J.; HELENO, B.; VISENTIN, G.; GUSO, G. D. F.; GODYCKI-CWIRKO, M.; PIZZANEL, M.; OUVARD, P.; LA VALLE, R.; GOMES, L. F.; WIDMER, D.; BERNSTEIN, J. MARIÑO, M.; WAGNER, H. L.; ROSSI, I. Ethical, Pedagogical, Socio-Political and Anthropological Implications of Quaternary Prevention. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-14, set. 2018.

KEMP, A.; EDLER, F. C. A Reforma Médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2004.

LEAVELL, H. CLARK, E. Gurney. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, E. de F. A.; SOUSA, A. I.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. de C. D.; SOUZA, M. H. do N.; PRIMO, C. C. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, 2016.

MELO, M.; BRAGA, R. As visitas dos delegados de Informação Médica: qual a utilidade da sua informação? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 19, p. 503-9, 2003.

MINAYO, M. C. de S. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, p. 19-51, 2010.

MINOSSI, José G.; SILVA, A. Medicina defensiva: uma prática Necessária? **Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 494-501, 2013.

MORAES, C. F.; NEIVA, T. S.; GOMES, L. Prevenção em saúde na prática médica: da primária à quaternária. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v. 6, p. 1418-1428, 2014.

MORGAN, D. J.; BROWNLEE, S.; LEPPIN, A. L.; KRESSIN, N.; DHURVA, S.S.; LEVIN, L.; LANDON, B. E.; ZEZZA, M. A.; SCHMIDT, H.; SAINI, V.; ELSHAUG, A. G. Setting a Research Agenda for Medical Overuse. **British Medical Journal**, v. 351, n. h4534, 2015.

MOYNIHAN, R.; HEATH, I.; HENRY, D. Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. **British Medical Journal**, n. 324, p. 886-890, 2002.

MOYNIHAN, R.; SMITH, R. Too much medicine? **British Medical Journal**, v. 324, n. 7342, p. 859-860, 2002.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde**: um diálogo filosófico. Florianópolis: Bernúncia, 2000.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2012-2020, set. 2009.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Revista saúde e sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015a.

NORMAN, A.; TESSER, C. Prevenção Quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-10, 2015b.

NUNES, J. Carta ao diretor. **Revista portuguesa de clínica Geral**, v. 22, p. 514-6, 2006.

OMS. **Records of the World Health Organization**. Geneva: United Nations, 1948.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. de. The role of primary care in the prevention and control of healthcare Associated Infections. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & saúde coletiva**, v.8, n.2, p. 557-567, 2003.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S.; SÁ, E. B. de; PAIVA, A. B. de. **Estruturas de Financiamento e gasto do Sistema Público de Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 4, p. 19-70, 2013.

RIBEIRO, C. T. M.; RIBEIRO, M. G.; ARAUJO, A. P.; MELLO, L. R.; RUBIM, L. da C.; FERREIRA, J. E. S. O Sistema Público de Saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.28, p. 43-48, 2010.

ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a Atenção Primária à Saúde**: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. 106 f. 2009. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 06, 2009.

ROSSER, W; SHAFIR, M. **Evidence-based family medicine**. Hamilton: DC Becker, 1998.

SACKETT, D. The arrogance of preventive medicine. **Canadian medical association journal**, v. 167, n. 4, p. 363-364, 2002.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; TURCI, M. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1.

SILVA, R. S. D.; BEZERRA, I. M. P.; MONTEIRO, C. B. M.; ADAMI, F.; SOUZA JR., H. M. F.; ABREU, L. C. de. Nurses' Knowledge and Practices in the Face of the Challenge of Using the Systematization of Nursing Care as an Instrument of Assistance in a First Aid in Brazil. **Medicine**, p. 97, 2018.

SMITH, R. The case for Slow Medicine. **The BMJ Opinion**, 2012. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/17/richard-smith-the-case-for-slow-medicine/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

SOSA-IUDICISSA, M.; REAL, P. T. del. Disease mongering: pseudo-disease promotion. **Directorate-general for internal policies: parlamento europeu**, nov. 2012. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/492462/IPOL-ENVI_NT\(2012\)492462_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/492462/IPOL-ENVI_NT(2012)492462_EN.pdf). Acesso em: 4 nov. 2018.

SOUSA, J. C. Ups! será que é MUPS? **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 22, p. 277-279, 2006.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? **Journal of the American Medical Association**, v. 284, n. 4, p. 483-5. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? **Journal of Epidemiology & Community Health**, p. 580-583, 2008.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; McWHINNEY, I. R.; McWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TAVARES, F. de M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007.

TELESSAÚDE – SC. Boletim Informativo do Núcleo do Telessaúde - SC: **Prevenção Quaternária**, Santa Catarina, v. 37, dez. 2015. Disponível em: https://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Dezembro_2015.pdf. Acesso em: 2 nov. 2018.

TESSER, C. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 1-16, dez 2017.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TORRES, C. H. D. A.; CZERESNIA, D. A Institucionalização da Epidemiologia Como Disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 10, p. 525-548, 2003.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s173-s182, 2008.

VELHO, J. C. C. Uma breve história do movimento Slow Medicine no mundo. **Slow Medicine**, 2016. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/uma-breve-historia-do-movimento-slow-medicine-no-mundo/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ZAMBRINI, D. Comunicación, medios masivos y prevención cuaternaria. **Rev española de geriatría y gerontología**. v. 8, p 1-52, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – Entrevista Direcionada aos Médicos

Identificação:

Idade:

Sexo:

Local de residência:

Estado civil:

Formação acadêmica:

Tempo de experiência na unidade:

1. O que você leva em consideração na hora de fazer uma prescrição médica?
2. Como você age diante de um paciente que deseja fazer um exame que não está indicado para o mesmo?
3. O que você entende por prevenção quaternária á saúde?
4. Como você percebe a importância desse nível de prevenção na Atenção primária à Saúde?
5. Quais atitudes você faz no dia a dia de trabalho que envolvem prevenção quaternária?

Apêndice B - Entrevista Direcionada aos Usuários

Identificação:

Idade:

Sexo:

Local de residência:

Estado civil:

1. Quais foram os motivos que o levaram a procurar atendimento médico?
2. Na sua percepção, como foi realizado o atendimento médico na sua última consulta em sua Unidade de Saúde?
3. Você solicitou algum exame ao médico que lhe foi negado? Por quê?
4. Você solicitou algum medicamento ao médico que lhe foi negado? Por quê?

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Continuação do Parecer: 2.403.961

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_896611.pdf	09/11/2017 10:19:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PDIMI.doc	09/11/2017 10:19:02	ITALIA MARIA PINHEIRO BEZERRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/11/2017 10:18:40	ITALIA MARIA PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/11/2017 10:18:28	ITALIA MARIA PINHEIRO BEZERRA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	22/05/2017 10:12:10	ITALIA MARIA PINHEIRO	Aceito
Outros	instrumento.docx	16/05/2017 09:07:23	ITALIA MARIA PINHEIRO	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	16/05/2017 09:07:00	ITALIA MARIA PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisador Responsável: Dimíttria Lengruber Sesquim

Endereço: Av. Rio Branco, 1675

CEP: 29055643 – Vitória – ES

Fone: (27) 33251916

E-mail: dimisesq@hotmail.com

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”. Neste estudo pretendemos analisar a atuação do médico na prevenção quaternária para otimização das políticas públicas na atenção primária.

O motivo que nos leva a estudar é que os resultados desta pesquisa podem implicar otimização da política de atenção primária, uma vez que poderá dar visibilidade a condutas desnecessárias que comprometem a eficácia das ações e, por vez, causem danos à saúde. Ainda com esses resultados, podem-se otimizar os gastos financeiros, às vezes desnecessários, que poderiam ser investidos para promover a saúde.

Para este estudo adotaremos uma pesquisa do tipo descritiva desenvolvida a partir de abordagem qualitativa. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante orientações e avisos da total proteção à confidencialidade, com particular ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais e sigilosas, obtidas na pesquisa, através do anonimato dos participantes, por meio da adoção de nomes-fantasia/pseudônimos. Nos casos em que o procedimento utilizado no estudo traga algum desconforto, eu, Dimíttria Lengruber Sesquim serei responsável para informar ao entrevistado que ele tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de constrangimento entre as partes.

Os benefícios esperados com o estudo serão no sentido de instigar a criação de novas linhas de pesquisa neste contexto, além de promover, através do conhecimento, um maior domínio acerca do tema abordado, conhecendo os saberes e práticas médicos na prevenção quaternária. Assim, contribuir com informações

valiosas para a comunidade científica, para o sistema de saúde, para os gestores em saúde sobre as práticas desenvolvidas pelos médicos objetivando a otimização das políticas públicas da atenção primária em saúde.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de lê-lo e

esclarecer as minhas dúvidas.

Vitória, _____ de _____ de 2017.

Participante

Pesquisador

Testemunha

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP EMESCAM – Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM

Endereço: Centro de Pesquisa TESIS. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402

Telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br

Anexo C - Termo de Assentimento para Uso de Prontuários

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa:

Dimíttria Lengruher Sesquim, portadora do CPF 144.592.507-99, responsável pelo projeto **MÉDICOS NA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA OTIMIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAUDE**, parte do projeto de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM), tendo como orientadora a Doutora Ítalla Maria Pinheiro Bezerra, portadora do CPF 890.909.423-00.

Nós, membros do grupo de pesquisa identificados acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Res CNS 466/12) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93) declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo ETSUS;
- b) O acesso aos dados será supervisionado pelo médico que esteja plenamente informado sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade

prevista no protocolo;

g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do ETSUS;

h) Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Assentimento, para a salvaguarda de seus direitos.

Vitória, _____ de _____ de 2017

Dimíttria Lengruber Sesquim

Anexo D – Comprovação de Submissão do Artigo

Revista: Qualitative Health Research

Área do conhecimento: Social Science, Interdisciplinary; Information Science & Library Science; Social Science, Biomedical.

Fator de impacto: 2.413

Qualitative Health Research

QUATERNARY ATTENTION FROM THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS: ANALYSIS OF PERCEPTION AND PRACTICES DEVELOPED

Journal:	Qualitative Health Research
Manuscript ID:	QHR-2019-0220
Manuscript Type:	Research Article
Keywords:	Quality of Care < Caregivers, Caretaking, Community and Public Health, Professional < Education, Determinants of < Health, Policy, Policy Analysis < Health, Health Promotion < Health, Health Care, Administration < Health Care, Access to < Health Care
Regions, Cultures, and Peoples:	Brazil < South America, South Americans
Methods:	Qualitative Methods < Research Design

SCHOLARONE[®]
Manuscripts

11-Mar-2019

Dear Dr. Bezerra:

This is to confirm receipt of your manuscript, entitled "QUATERNARY ATTENTION FROM THE PERSPECTIVE OF PHYSICIANS: ANALYSIS OF PERCEPTION AND PRACTICES DEVELOPED," at Qualitative Health Research (QHR). Our online system has assigned a document ID number to your manuscript, and we would appreciate your referring to this number whenever you contact us about your paper.

Your manuscript ID # is QHR-2019-0220.