

Os desafios vivenciados pelos médicos para exercer a prevenção quaternária em Unidades Básicas de Saúde em uma cidade do sudoeste da Bahia

The challenges experienced by doctors to exercise quaternary prevention in Basic Health Units in the southwest of Bahia

DOI:10.34119/bjhrv6n3-430

Recebimento dos originais: 23/05/2023

Aceitação para publicação: 26/06/2023

Maria Luiza de Azevedo Feitosa Fonseca

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdades Integradas Padrão (FIP) - Guanambi

Endereço: Av. Governador Waldir Pires, 215, Santa Catarina, Guanambi - Bahia,
CEP: 46430- 000

E-mail: mluiza.azevedof@gmail.com

Ana Leticia Martins

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdades Integradas Padrão (FIP) - Guanambi

Endereço: Av. Governador Waldir Pires, 215, Santa Catarina, Guanambi - Bahia,
CEP: 46430- 000

E-mail: analeticia1111@yahoo.com.br

Gabriel Alves Ferreira

Especialista em Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição

Instituição: Faculdades Integradas Padrão (FIP) - Guanambi

Endereço: Av. Governador Waldir Pires, 215, Santa Catarina, Guanambi - Bahia,
CEP: 46430- 000

E-mail: alvesferreirag@hotmail.com

Larissa Farias dos Santos Bispo

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdades Integradas Padrão (FIP) - Guanambi

Endereço: Av. Governador Waldir Pires, 215, Santa Catarina, Guanambi - Bahia,
CEP: 46430- 000

E-mail: larissafariassb@gmail.com

Samantha Leão Figueiredo Lima

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdades Integradas Padrão (FIP) - Guanambi

Endereço: Av. Governador Waldir Pires, 215, Santa Catarina, Guanambi - Bahia,
CEP: 46430- 000

E-mail: samantha.lima@aluno.fip-gbi.edu.br

RESUMO

Introdução: A prevenção quaternária (P4) representa o remodelamento das práticas em saúde, a fim de proteger os pacientes do excesso de intervenções. Trata-se de cuidados necessários e

justificáveis, com o máximo de qualidade e o mínimo possível de procedimentos, reforçando um termo antigo “*primum non nocere*” (primeiro não prejudicar), que remete ao princípio da não maleficência, fundamental para a medicina. A P4 além de reduzir os riscos individuais, otimiza a alocação de recursos, melhorando a oferta de saúde. No entanto, ela enfrenta grandes desafios para sua aplicabilidade, como a resistência dos profissionais e da população, que valorizam as práticas intervencionistas como sinônimo de eficiência. Objetivo: Analisar os desafios vivenciados pelos médicos da atenção primária para exercer a prevenção quaternária em unidades básicas de saúde no município de Guanambi - Ba. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, realizada com 7 profissionais médicos responsáveis pelo atendimento em Unidades Básicas de Saúde do município. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada e analisados mediante análise de conteúdo. A pesquisa obedece os princípios éticos, sendo aprovada pelo conselho de ética em pesquisa. Resultados: A pesquisa permitiu identificar as percepções dos profissionais em relação a P4 e os principais obstáculos para conseguir colocá-la em prática, contribuindo para uma revisão sobre a postura profissional, práticas de comunicação com o paciente, educação em saúde para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e formação médica nesse contexto.

Palavras-chave: prevenção quaternária, desafios, dificuldades.

ABSTRACT

Introduction: Quaternary prevention (P4) represents the remodeling of health practices in order to protect patients from excessive interventions. It is about necessary and justifiable care, with the highest quality and the least possible procedures, reinforcing an old term “*primum non nocere*” (first do not harm), which refers to the principle of non-maleficence, fundamental to medicine. P4 reduces individual risks, optimizes the allocation of resources, improving healthcare provision. However, it faces major challenges for its applicability, such as resistance from professionals and the population, who value interventionist practices as synonymous with efficiency. Objective: To analyze the challenges experienced by primary care doctors to exercise quaternary prevention in basic health units in the municipality of Guanambi - Ba. Methodology: This is a qualitative and descriptive research, carried out with eight doctors responsible for attending Basic Health Units in the city. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis. The research complies with ethical principles, being approved by the Research Ethics Committee. Results: The research allowed us to identify the perceptions of professionals in relation to P4 and the main obstacles to being able to put it into practice, contributing to a review of professional posture, communication practices with the patient, health education for SUS users and medical training in this context.

Keywords: quaternary prevention, challenges, difficulties.

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo as medidas assistenciais na saúde foram voltadas para a doença. Pode-se dizer que a medicina foi essencialmente curativa por muitos anos. Com a implementação do SUS, em 1990, observou-se uma mudança no cenário, com surgimento de ações e estratégias que visavam à promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Desta forma, a preocupação com

práticas preventivas se acentuou de forma significativa e perpetua até os dias de hoje (MIRANDA, 2012).

As ações de medicina preventiva foram divididas inicialmente em três fases: primária, secundária e terciária. A primária é focada em impedir o surgimento da doença antes que ela se desenvolva no organismo, incluindo ações para manter a qualidade de vida de uma forma generalizada. A secundária atua nos cenários em que o processo da doença já se instaurou, para proporcionar uma melhor evolução do quadro e também foca em interromper a disseminação de uma doença em populações específicas. Já o nível terciário atua em uma fase onde o quadro patológico já evoluiu, para que doença prejudique o indivíduo o mínimo possível (DEPALLENS *et al.*, 2020).

Segundo Norman e Tesser (2012) houve uma alteração no processo saúde - doença, de forma que as possíveis oscilações entre o estado saudável e patológico fossem menos toleradas, resultando em intervenções cada vez mais precoces. Os limites de normalidade também diminuem a cada dia, indicando cada vez mais procedimentos. Todo esse excesso na tentativa de produzir saúde muitas vezes não considera as margens entre riscos e benefícios. Além disso, a imposição de que se chegue a um diagnóstico provoca sobrediagnósticos e sobretratamentos motivados pelo medo, pela incerteza e por uma falsa sensação de proteção.

Somado a todo desenvolvimento tecnológico disponível, o potencial iatrogênico dessas intervenções tem crescido de forma significativa, se tornando a terceira maior causa de morte nos EUA, quinta na Europa e se destacando como um grande problema no Brasil. Neste contexto, podemos identificar três medidas comuns: excesso na solicitação de exames complementares, abuso de medicalização, principalmente de fatores de risco e, por fim, excesso de rastreamentos, muitas vezes não validados cientificamente (DEPALLENS *et al.*, 2020).

Dada esta conjuntura foi acrescida uma nova fase nas medidas preventivas: a prevenção quaternária (P4). Considerando os conceitos mais atuais, a P4 representa o remodelamento das práticas em saúde, a fim de proteger os pacientes do excesso de intervenções. Trata-se de cuidados necessários e justificáveis, com o máximo de qualidade e o mínimo de procedimentos. Ademais, além de reduzir os riscos individuais ela é capaz de otimizar a alocação de recursos, que passam a ser utilizados de forma mais criteriosa e responsável, melhorando a oferta de saúde para população (MACIEL; SANTOS; PRADO, 2020).

Depallens *et al.* (2020) cita o rastreamento do câncer de próstata pela dosagem do *Prostate-Specific Antigen* (PSA) como exemplo prático de intervenção comum, cara e prejudicial para a saúde, que não seria tão difundida caso a prevenção quaternária fosse mais compreendida e aplicada. Apesar de ser muito solicitado e vendido pela mídia como importante, há cerca de

uma década esse rastreio é cercado de estudos robustos que comprovam sua ineficiência. Tais estudos demonstram que os resultados muitas vezes falseados provocam intervenções que podem gerar prejuízos ao homem, como incontinência e disfunção erétil, e não apontam qualquer redução de mortalidade entre os homens rastreados. São inúmeras as situações, principalmente em consultas onde são solicitados “*check-ups*”, em que fica evidente a falta de ponderamento, atualização e habilidade de comunicação para explicar ao paciente o que é ou não é necessário e resistir a certas imposições e modismos (DEPALLENIS *et al.*, 2020).

Para Schopf *et al.* (2021) e Norman e Tesser (2012) um dos grandes desafios para a aplicabilidade da P4 é a resistência dos profissionais e da população, que valorizam culturalmente as práticas intervencionistas como um sinônimo de eficiência. A concretização também depende diretamente da capacidade do profissional de resistir a consensos e guias sem base científica, estar sempre atualizado e dominar a medicina centrada na pessoa e a medicina baseada em evidências. Esse conjunto de habilidades, que, muitas vezes, não são priorizadas ao longo do processo de formação, garantiriam ao médico a segurança necessária para fazer a prevenção quaternária primar em relação a outras opções preventivas e curativas, mas essa realidade está longe de ser encontrada em qualquer nível de atenção à saúde.

Mesmo diante de tantos benefícios, é notória a carência de estudos que elucidem de forma clara a sua execução, assim como os desafios vivenciados pelos profissionais. Dessa forma, considerando a P4 como um elemento relevante e inovador, com importância para saúde integrada, a pesquisa teve como objetivo identificar as limitações para sua execução e identificar as possibilidades que permeiam a concretização da P4 na atenção primária do município de Guanambi - BA, sem pretender esgotar o tema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, onde o público alvo se manifestou livremente sobre suas percepções a respeito da prevenção quaternária, de acordo com o contexto individual de cada sujeito. Para esse fim, foi utilizada como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada/ padronizada, realizada de forma individual, seguindo um roteiro previamente estabelecido. Visando alcançar os objetivos propostos a respeito do papel da educação médica na prevenção quaternária, da percepção dos profissionais pesquisados sobre o tema e dos obstáculos para sua execução, foi criado um roteiro com dez perguntas, aplicado da mesma forma a todos os participantes, com posterior registro.

A pesquisa foi desenvolvida presencialmente em 7 das 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Guanambi – BA. Essa amostra foi determinada por adesão, sendo que

06 não responderam ao convite, 05 não aceitaram participar sem justificativa, 03 alegaram não ter disponibilidade para responder nos dias marcados e 01 se recusou após estar ciente da gravação da entrevista. Após convite formal aceito pelo participante, as entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e outubro de 2022. Para isso, foi solicitado acesso por meio do Termo de Concordância da Instituição.

Para garantir aos participantes o respeito aos seus direitos, todos os que aceitaram participar receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura, um documento importante para uma análise ética da pesquisa. Além disso, esse projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras – UNIFIPMOC, sob o parecer nº 5.560.199.

A fim de manter o anonimato dos participantes e minimizar qualquer desconforto, eles foram identificados de acordo com a ordem da entrevista: M1, M2, M3, M4, M5, M6 e M7. A organização dos dados seguiu o método de análise de conteúdo de Bardin, dividido em três etapas: pré análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação (ANDRADE, 2019).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo visa analisar os desafios vivenciados pelos médicos da atenção primária para exercer a prevenção quaternária nas Unidades Básicas de Saúde do município de Guanambi – BA.

3.1 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A P4

Prevenção quaternária (P4) é um termo criado no final do século XX, por Marc Jamouille, um médico de família e comunidade belga. Considerando os três níveis clássicos de prevenção que já eram estabelecidos e a supermedicalização identificada em alguns pacientes, a P4 foi proposta pelo mesmo para suprir a necessidade de proteger os pacientes de intervenções desnecessárias. Em seguida, no ano de 2003, o Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Médicos da Família (WONCA), preservando o conceito original, oficializou a P4 como parte de suas ideias. De forma simples, entendia-se até o momento que a prevenção quaternária não estava relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, com foco na sobremedicalização (JAMOUILLE, 1994).

Apesar de consideradas recentes, as discussões e considerações acerca da P4 têm se ampliado, permitindo a integração de novos pontos de vista ao seu conceito inicial. Os médicos entrevistados, em seus depoimentos, demonstram suas percepções:

[...] consiste em aplicar aquela máxima, *primum non nocere*. Você vai lançar mão de um conjunto de habilidades e técnicas da medicina baseada em evidências, oferecer a melhor prática para o usuário/paciente, não causando danos [...] (M2).

[...] é justamente a prevenção quaternária que faz com que a gente evite criar situações em que se deixa o paciente mais ansioso, faça diagnósticos errados, que poderiam fazer mal para o paciente [...] (M3)

[...] é o princípio da não maleficência, primeiro não causar mal [...] (M6)

[...] essa questão de prevenção quaternária com a medicina baseada em evidência é uma questão que está muito em voga atualmente. Sabemos que temos que agir e prevenir desde o início, mas temos que lembrar de não causar dano ao paciente [...] a nossa visão atual dentro da medicina de família está centrada com essas relações [...] (M7)

[...] a gente tem um termo na medicina de família, que usamos muito quando falamos de prevenção quaternária: *primum non nocere*, que é primeiro não ferir, a gente presa muito por isso [...] (M5)

Segundo Martins *et al.* (2018) e Brodersen *et al.* (2014) a aplicabilidade da prevenção quaternária não precisa estar restrita ao cenário de iatrogenia. Nesse novo contexto, foi proposto que a P4 permeie todos os níveis de prevenção e seja um conjunto de ações voltadas para proteger o indivíduo de intervenções médicas maléficas e/ou mais maléficas que benéficas. Dessa forma, ela serviria de guia para tomada de decisões, considerando sempre a individualidade de cada paciente (MARTINS *et al.*, 2018; BRODERSEN *et al.*, 2014).

A união dessas duas propostas gera uma inovação na atenção à saúde, mas reforça um termo antigo: “*primum non nocere*”, primeiro não prejudicar, como mencionado por alguns médicos na entrevista. O princípio da não maleficência é fundamental para a medicina. Espera-se que ao exercê-la o médico considere o potencial maléfico das suas ações e evite-o, assim como a P4 preza pela prevenção do excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico, especialmente em pessoas saudáveis (NORMAN E TESSER, 2012).

[...] o principal benefício é não gerar sobrediagnósticos, ou seja, o diagnóstico de um problema que não teria acarretado nada para o paciente. Vendo do ponto psicológico dele, muitas vezes um exame desnecessário gera um outro exame desnecessário. A preocupação vai além da questão financeira, precisamos pensar na questão psicológica, a preocupação que da [...] (M5)

[...] diminui o número de exames desnecessários, diminuindo o risco para o paciente e o custeio, independente se for pelo SUS ou particular [...] diminui o risco de falsos positivos e outros procedimentos desnecessários [...] (M6)

[...] evitar gastos ao sistema [...] (M1)

[...] traz benefícios para gestão, deixando de onerar o SUS com solicitações de exames desnecessários [...] (M3)

[...] muitas vezes os sobrediagnósticos geram estresse e angústia [...] (M7)

[...] muito importante para evitar o uso excessivo de medicações, cascata de efeitos colaterais [...] (M4)

Segundo Schopf *et al.* (2021) os excessos são muitas vezes justificados pela influência da prática médica especializada, que sofre uma maior pressão para identificar qualquer doença da sua especialidade. Pensando nisso, questionou-se aos participantes se P4 é um modelo restrito a atenção primária:

[...] eu penso que é predominante e ainda assim a atenção básica não aplica com excelência [...] falta capacitação por boa parte dos clínicos [...] (M2)

[...] então, eu acho que a atenção básica estuda muito mais. Eu acho que esse modelo de prevenção está sendo expandido, agora inclusive por conta dos planos de saúde. O que os planos têm feito agora? Contratado mais médicos de família. Sabem que a prevenção quaternária economiza muito deixando de pedir exames desnecessários para os pacientes. Então isso deveria ser expandido [...] (M3)

[...] acho que sim, pode até expandir, mas dentro da rede pública. Os outros talvez não estejam tão preocupados, querem é solicitar mais [...] (M5)

[...] não, qualquer especialidade consegue, mas infelizmente a gente sabe que é bem menos. A partir do momento que você está no especialista, é muito mais delicada essa questão, principalmente em relação a solicitação de exames [...] (M7)

[...] não, acho que devem ser feita em todos os níveis, até em cuidados paliativos, mas a gente sabe que não é assim. No mercado tem muita gente que faz o seu próprio protocolo, sem respaldo ou evidência científica, acho que deveria ser mais disseminada em outras áreas. Falta na formação médica [...] (M6)

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema e oferece aos pacientes cuidado integral e atendimento longitudinal, permitindo a criação de vínculos, a prática da demora permitida e uma maior individualização de cada caso. Neste contexto, acaba sendo o nível de atenção que melhor permite o exercício da prevenção quaternária, considerando a relação entre médico e paciente. (FERREIRA; JUNIOR; BATISTA, 2020).

A prática da P4 permite uma medicina crítica, fugindo das generalidades de protocolos padronizados que não levam em consideração as individualidades de cada paciente. Assim, direciona o profissional a ter um cuidado mais próximo, protegendo os pacientes de “desvios” induzidos pelo modelo automático que anseia por um diagnóstico e tratamento a qualquer custo, sem ponderar os potenciais malefícios das intervenções (NORMAN *et al.*, 2015).

3.2 HABILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DA P4

Durante a análise das percepções obtidas nas entrevistas, observou-se que os profissionais sem formação de medicina da família e comunidade possuem conceitos mais limitados a respeito da prevenção quaternária e sua abrangência. A formação generalista dos médicos de família reúne habilidades já mencionadas nesse artigo, essenciais para o exercício da P4, como a medicina centrada na pessoa e a medicina baseada em evidências. Os médicos também relataram quais habilidades consideram fundamentais para executar a Prevenção Quaternária:

[...] primeiro tentar dominar a entrevista clínica, que é o princípio de tudo [...] onde você consegue se aproximar do paciente e ganhar a sua confiança, lançando mão do método clínico centrado na pessoa. Dentro desse método você tem as ferramentas para praticar a prevenção quaternária [...] (M2)

[...] então, primeiro a habilidade de comunicação, também é super importante conhecer a cultura da comunidade que você trabalha, para não quebrar o vínculo médico paciente [...] utilizar a medicina baseada em evidencia, têm que estar sempre estudando para decidir a forma correta de conduzir o paciente [...] (M3)

[...] cuidar do paciente, ouvir o paciente, avaliar de forma global [...] (M4)

[...] método clínico centrado na pessoa, se não tiver apoio do paciente, boa comunicação, mostrar indicadores, não funciona [...] o paciente precisa conhecer o problema dele, tem que ser compartilhada a decisão, se não ele fica frustrado e a gente também [...] (M5)

[...] relação médico paciente, o paciente precisa ter confiança e entender o que você está falando. Não adianta só dizer que não pode, precisa saber explicar. Precisa ter respaldo e praticar uma medicina baseada em evidências [...] (M6)

Sendo assim, a influência dos médicos de família tem se mostrado fundamental no crescimento, ainda que limitado, da prevenção quaternária. Ao praticarem o método clínico centrado na pessoa (MCCP), fortalecem a relação médico - paciente, fundamental para exercê-la (NORMAN *et al.*, 2015).

O MCCP, segundo Norman *et al.* (2015) precisa explorar a experiência do paciente em relação ao adoecer e compreender o adoecimento como parte da pessoa no momento e não de forma isolada. Para isso, o paciente pode ser encorajado a relatar além dos seus sintomas no momento da consulta. O médico em seguida pesquisa sinais de alerta, realiza o exame físico, compartilha sua impressão e elabora em conjunto com o paciente um plano, incorporando sempre a promoção e prevenção na conduta.

Norman *et al.* (2015) demonstra em seus estudos que a P4 é incluída nesse contexto na forma cuidadosa e dinâmica de se explicar o quadro clínico, evitando rotulações que podem interferir de forma negativa na participação do paciente no processo de cuidado e jargões médicos que dificultam a sua compreensão do problema e das intervenções propostas. Essas intervenções devem focar preferencialmente no presente, considerando a razão de risco-benefício e serem sustentadas por evidências científicas. Pensando em possibilidades de doenças futuras, os critérios devem ser ainda mais rigorosos, demandando atualização e segurança do profissional para aproveitar a possibilidade do acompanhamento longitudinal e exercer a “demora permitida”, desde que seja seguro para o paciente.

No contexto da formação médica, ao considerar a importância da P4 para saúde integral, algumas transformações na estrutura curricular dos cursos seriam benéficas. O graduando em

medicina tem pouco contato com a prática de saúde a partir de uma perspectiva da P4, como afirma os participantes da entrevista quando questionados sobre a P4 durante a graduação (DAPALLENS *et al.*, 2020).

[...] Não, durante a graduação não. Eu só tive realmente contato com a P4 durante a residência [...] (M3)

[...] Não, aprendi no dia a dia. Na minha prática clínica e na UBS [...] (M1)

[...] Sim, embora tenha me formado há mais de 10 anos, venho de uma metodologia ativa, PBL, onde tive contato com um pouco da desconstrução do modelo biomédico, saindo do modelo cartesiano e indo para medicina centrada na pessoa, dessa forma tive contato com a prevenção quaternária [...] (M2)

[...] não, nunca nem tinha ouvido falar. Aprendi P4 na residência de saúde da família. Na minha formação de saúde coletiva e em todos os ambulatorios de interação comunitária não tive orientação de preceptores médicos de saúde da família. Então, fui aprender na minha especialização. É uma coisa tão óbvia ne? Mas a gente é formado para tratar doença e pedir exame, ai na medicina de família quebrei esse paradigma [...] (M5)

[...] sim, até o sétimo período tive módulo de interação comunitária com preceptores médicos de saúde da família e módulo de políticas públicas onde foram abordadas essas questões [...] (M6)

A educação médica, por qualificar os futuros profissionais, tem potencial para se tornar uma das principais ferramentas para real implementação da P4, visto que esse espaço permite reflexões e debates necessários para alcançar a mudança. Ao nortear o ensino baseado nas habilidades e competências necessárias para exercer esse modelo preventivo, agrega-se aos estudantes habilidades desejadas para formar um profissional da saúde de excelência. (DAPALLENS *et al.*, 2020).

3.3 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA DA P4

À medida que o tempo passa maior é a expectativa da população em relação às intervenções médicas para promover saúde. Para isso, costumam buscar pelo rastreio de doenças a partir de exames e testes de “rotina”. Entende-se por rastreamento a utilização de um instrumento para separar dentro de uma população inicial alguma doença alvo. O objetivo dessa busca é reduzir a morbimortalidade da doença e para isso os estudos devem ser levados em consideração. Segundo Norman e Tesser (2012), para que o rastreio de uma doença seja coerente é necessário que a sua história natural seja bem conhecida e que a fase pré-sintomática seja relativamente longa. Deve existir uma estrutura capaz de diagnosticar e tratar a população selecionada de forma acessível, com efetividade e baixos riscos.

Destaca-se que no caso do rastreamento o risco não está sendo balanceado com uma pessoa doente, já que essa intervenção recai sobre indivíduos saudáveis e assintomáticos, baseando-se em uma possibilidade futura de adoecimento. Dessa forma, o princípio da não maleficência deve primar sobre o da beneficência, considerando os malefícios que tais intervenções podem causar. Os exemplos mais mencionados nas últimas pesquisas são de sofrimento psicológico causado por falsos positivos, falsa segurança nos casos em que ocorrem falso negativo, monitoramento em casos limítrofes e necessidade de intervenções mais invasivas. Isso difere de situações em que o paciente está sofrendo (com uma doença instalada) e o médico tem por obrigação ética tentar descobrir a causa, sendo tolerado nesse caso algum grau de iatrogenia (NORMAN E TESSER, 2012).

Outra situação comum é o crescente excesso na solicitação de exames complementares. É fato que alguns exames laboratoriais e radiológicos são fundamentais para diagnosticar e auxiliar no tratamento de diversas patologias, mas seu uso irracional pode levar a falsos positivos, achados casuais e desviar o raciocínio clínico, além de gerar custos desnecessários e dificultar o fluxo do sistema. De uma forma geral, a grande maioria dos médicos tende a pedir mais exames do que é clinicamente indicado.

Mais um fator importante é a pressão dos próprios pacientes que encaram os exames como sinal de eficiência. É necessário conscientizar a população de que não é a quantidade de exames que garante o melhor cuidado. Atrelado a essa avalanche de exames, os fatores de risco são cada vez mais considerados como equivalentes a doenças. Para Depallens (2020) o conceito de prevenção e cura tem se misturado no momento de decidir sobre medicalização. Observa-se cada vez mais a conversão de pessoas saudáveis em doentes, medicando de forma exagerada casos de pré-doença e de fatores de risco que não são necessariamente fatores causais, contribuindo para a iatrogenia, em casos que muitas vezes apenas um acompanhamento adequado é necessário. A atenção primária e o seu estreito contato com a população permite e tem a responsabilidade de ponderar suas intervenções e de educar os pacientes sobre a utilização correta dos recursos (NORMAN E TESSER, 2012).

Considerando esse papel, questionou-se aos entrevistados os principais obstáculos para colocar a prevenção quaternária em prática.

[...] eu acho que o acesso a unidade [...] Quando consideramos a demanda programada versus a demanda espontânea, os médicos se encontram na maior parte dos casos muito sobrecarregados [...] Com uma demanda alta, fica difícil priorizar o momento de educação e empoderamento da pessoa. Então eu diria que isso é um dos principais problemas[...] (M2)

[...] a capacitação, em alguns profissionais falta capacitação [...] (M2)

[...] as crenças que o paciente carrega, a mídia [...] esse é um grande obstáculo. A mídia ganha dinheiro, a farmácia ganha dinheiro com a divulgação das doenças [...] (M3)

[...] marketing da doença. A medicina está cada vez mais especializada, as pessoas querem saber se tem um determinado problema de saúde, querem investigação, sabem quais exames querem. A informação chegou para todo mundo [...] e explicar quando é necessário cada procedimento é difícil [...] (M5)

[...] Aqui em Guanambi, na rádio – veículo forte de comunicação na cidade – tem o programa a hora do doutor. Cada especialidade vai lá na rádio e faz o marketing de uma doença diferente, falam de exames e medicamentos. No outro dia o paciente está aqui, querendo solicitar o que ouviu do profissional [...] (M5)

[...] convencer o paciente de que determinada intervenção não é necessária [...] (M6)

[...] o que está mais difícil atualmente é que o paciente já chega no consultório dizendo o que quer, sem entender para que serve o exame, se realmente tem necessidade [...] As vezes quando vamos tentar explicar o paciente se estressa, fala que você não quer fazer [...] eles não entendem, já que a partir do ponto de vista deles existe uma necessidade [...] (M7)

[...] um exemplo claro é a endoscopia. A pessoa tem os sintomas, ela olha na internet e o google diz o que precisa [...] esses dias tive que fazer um pedido porque o paciente não queria sair sem, tive que colocar no motivo: à pedido. Isso é muito corriqueiro [...] não se tem mais respeito pelo profissional, não que a gente tenha que deter o conhecimento e determinar, mas quando a gente estuda e sabe que não tem indicação, deveria ser escutado e melhor aceito, mas isso é difícil [...] (M7)

A P4 na APS representa um potencial no sentido de melhorar a saúde individual, coletiva e a efetividade do sistema de saúde, revertendo situações que tornam a prevenção quaternária tão importante nos últimos anos: excesso de rastreamentos, de exames complementares e de medicalização de fatores de risco (MACIEL; SANTOS; PRADO, 2020).

No entanto, as entrevistas mostram uma real dificuldade em exercê-la. Além dos relatos mencionados, todos os entrevistados responderam de forma unânime que já deixaram de coloca-la em prática no dia-a dia. Dentre todas as situações mencionadas, identificou-se a preocupação com a perda da confiabilidade do paciente a principal motivação para ceder. Essa realidade demonstra um paradoxo, visto que a relação médico paciente ao mesmo tempo em que é fundamental para aplicação da P4, se tornou o principal obstáculo diante de uma população com crenças e expectativas bem definidas diante de uma consulta médica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar mais uma vez a relevância da prevenção quaternária para a saúde integral e os principais obstáculos identificados na pesquisa, é necessário repensar sobre postura profissional, práticas de comunicação com o paciente, educação em saúde para os usuários do SUS e formação médica.

De uma forma geral, observou-se uma tendência por parte dos médicos entrevistados em responsabilizar outros seguimentos à ausência da prática de P4, como a mídia, os próprios usuários e influências culturais e econômicas. A interferência desses seguimentos é válida e

preocupante, no entanto, reconhecem ao longo da entrevista que a P4 depende muito mais da sua capacidade de comunicação e consciëntização do paciente do que de fatores externos. Dessa forma, o reconhecimento por parte do profissional da sua responsabilidade é muito importante para consolidar e efetivar às práticas de prevenção quaternária. Para isso, não se pode esquecer que a relação médico-paciente ainda se trata de uma relação profissional e que a única motivação diante de uma perspectiva de P4 é o benefício do próprio paciente, permitindo uma distribuição mais justa e equânime dos recursos. Ceder às expectativas do encontro clínico, que muitas vezes considera intervenção como sinônimo de eficiência, visando preservar a relação, prejudica a transformação das práticas clínicas. Além disso, é preciso considerar que essa postura dispensa recursos com pessoas saudáveis em detrimento daquelas que realmente necessitam, dificultando também o seu acesso.

Dentre os desafios já mencionados para que essa prática se efetive, o *marketing* em saúde surge como um dos principais. A medida que o tempo passa ocorre um estreitamento cada vez maior em relação ao conceito de saúde e doença. A doença por sua vez, sempre foi vista como lucrativa, mas o que se observa atualmente é que os não doentes tem se tornado o foco desse mercado, interferindo de forma negativa na prática assistencialista.

A reformulação das práticas de saúde a partir de uma perspectiva de P4 permite uma melhor alocação dos recursos, o que não pode ser desconsiderado diante de um contexto social onde o financiamento da saúde é um grande problema. Por outro lado, a gestão é muitas vezes baseada em decisões políticas, buscando exclusivamente agradar a população sem considerar os vieses desse tipo de abordagem. Dessa forma, é difícil que qualquer formação profissional supere um sistema disfuncional e desigual.

Sabe-se que trabalhar seguindo uma demanda espontânea não permite muito tempo com o paciente, dificultando também essa desconstrução durante as consultas. Sendo assim, um reposicionamento da gestão, da mídia e da própria equipe no sentido de promover momentos de educação em saúde pode melhorar a compreensão do paciente em relação às ações voltadas à P4.

Ademais, o modelo de relação médico paciente mudou muito ao longo dos anos. No modelo sacerdotal, por muito tempo o médico conseguiu impor suas terapias, graças ao poder do seu estudo científico e uma sociedade leiga que não participava da tomada de decisão. Atualmente isso não é mais possível. A informação chegou para todos e antes mesmo de procurar um profissional, o paciente já se informa sobre seus sintomas e tenta compreender o seu quadro. Por um lado isso se mostra extremamente positivo pois garante mais autonomia no seu processo de saúde, permite que se envolva e cria um compromisso entre ambas as partes,

aumentando a adesão. Mas, em alguns casos como os citados nas entrevistas observa-se uma resistência do paciente, que desconsidera os conhecimentos técnicos do profissional e não aceita a conduta necessária na sua condição.

O cenário mencionado acima é o que muitas vezes leva o profissional ceder a pedidos, mesmo sem indicação, desconsiderando a prevenção quaternária. Além disso, boa parte dos que atuam nas portas de entrada tem um conhecimento muito limitado desse modelo. Pensando nisso, a P4 deveria se tornar um elemento central na formação médica, o que implicaria no desenvolvimento de características e habilidades desejadas em todo profissional de saúde como: habilidade de comunicação, cuidado centrado na pessoa, preocupação com atualização, senso crítico e reflexivo e ética, considerando o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção e dano possível. Ao intervir diante de um instrumento de qualificação de futuros profissionais, aumenta-se as chances de implementação da P4.

Espera-se que em um futuro próximo, através de medidas adequadas, a prevenção quaternária seja praticada de forma ampla no município, beneficiando os envolvidos e permitindo que o profissional e as pessoas sob seus cuidados obtenham o melhor do encontro clínico.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, D. C.; SILVA JUNIOR, A. G.; BATISTA, R. S. A Tomada de decisão em prevenção quaternária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 15, n. 42, p. 2504, 21 dez. 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2504](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2504).

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D.. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000900015>.

TESSER, C.D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface** (Botucatu). 2021. 25: e210101. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.210101>.

DEPALLENS, M.A.; GUIMARÃES J.M.M.; FARIA, L.; CARDOSO, A. J.C.; ALMEIDA-FILHO, N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface** (Botucatu). 2020; 24(Supl. 1): e190584. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190584>.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; PRADO, N.M.B. L. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020; 15(42):2571. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2571](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2571).

OLIVEIRA, C. C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1485-1502, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000400012>.

Norman, A.H.; Tesser, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(35):1-10. Doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011).

ANDRADE, M. M.. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MIRANDA, J. Q. P. Práticas preventivas de saúde: um estudo com graduando na área da saúde. **Trabalho de Conclusão de Curso**, Campina Grande, jun. 2012, 27 p. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1759/1/PDF%20-%20Jacira%20Qu%20C%20A%20Pereira%20Miranda.pdf>.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 26, n. 0, p. 1-8, ago. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0178>.