

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11993

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Quaternary prevention in health in the perception of health professionals**Prevención cuaternaria en salud en la percepción de los profesionales de la salud***Rene Ferreira da Silva Junior**¹ **Maria Luiza Sena Dias**² **Náthila Nadinny Rodrigues Gonçalves**³ **Carla Silvana de Oliveira e Silva**⁴ **Josiane Steil Siewert**³ 

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções de profissionais de saúde atuantes em um hospital acerca da prevenção quaternária. **Método:** foi conduzido um estudo exploratório de cunho qualitativo, cuja fundamentação teórica baseou-se no interacionismo simbólico e na análise de conteúdo como referencial metodológico. A população foi composta por onze profissionais de saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. **Resultados:** A análise dos discursos determinou a construção das unidades temáticas agrupadas em três categorias temáticas para discussão: significado da prevenção quaternária para profissionais de saúde, experiências com a prevenção quaternária no contexto clínico-assistencial e interações sociais. À luz do interacionismo simbólico, identificaram-se experiências positivas e negativas com destaque às dificuldades dos profissionais e instituições para atuarem com a prevenção quaternária. **Conclusão:** Para concretização dessa proposta é necessário que uma reorientação da prática clínica dos profissionais seja almejada por meio de condutas técnicas e éticas desejáveis.

DESCRITORES: Prevenção quaternária; Atenção primária à saúde; Profissionais da saúde.

¹ Instituto Federal do Sul de Minas Gerais, Machado, Minas Gerais, Brasil

² Faculdade de Saúde de Ibituruna, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil

⁴ Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, Santa Catarina, Brasil

Recebido em: 19/07/2022; Aceito em: 17/08/2022; Publicado em: 05/04/2023

Autor correspondente: Rene Ferreira da Silva Junior, E-mail: renejunior_deny@hotmail.com

Como citar este artigo: Junior RFS, Dias MLS, Gonçalves NNR, Silva CSO, Siewert JS. Prevenção quaternária na saúde na percepção de profissionais de saúde. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e11993. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11993>



ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions of health professionals who work in a hospital about quaternary prevention. **Method:** an exploratory qualitative study was conducted, whose theoretical basis was based on symbolic interactionism and content analysis as a methodological reference. The population consisted of thirteen health professionals. The data were obtained through interviews with a semi-structured script. **Results:** The analysis of the discourses determined the construction of thematic units grouped into three thematic categories for discussion: meaning of quaternary prevention for health professionals, experiences with quaternary prevention in the clinical-care context and social interactions. In the light of symbolic interactionism, positive and negative experiences were identified, highlighting the difficulties of professionals and institutions to work with quaternary prevention. **Conclusion:** To implement this proposal, it is necessary that a reorientation of the clinical practice of professionals is desired through desirable technical and ethical conducts.

DESCRIPTORS: Quaternary prevention; Primary health care; Health professionals.

RESUMEN

Objetivo: comprender las percepciones de los profesionales de la salud que trabajan en un hospital sobre la prevención cuaternaria. **Método:** se realizó un estudio cualitativo exploratorio, cuya base teórica se basó en el interaccionismo simbólico y el análisis de contenido como referencia metodológica. La población estaba formada por trece profesionales de la salud. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas con un guión semiestructurado. **Resultados:** El análisis de los discursos determinó la construcción de unidades temáticas agrupadas en tres categorías temáticas para la discusión: significado de la prevención cuaternaria para los profesionales de la salud, experiencias con la prevención cuaternaria en el contexto clínico-asistencial e interacciones sociales. A la luz del interaccionismo simbólico, se identificaron experiencias positivas y negativas, destacando las dificultades de los profesionales e instituciones para trabajar con la prevención cuaternaria. **Conclusión:** Para implementar esta propuesta, es necesario que se desee una reorientación de la práctica clínica de los profesionales a través de conductas técnicas y éticas deseables.

DESCRIPTORES: Prevención cuaternaria; Atención primaria de salud; Profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

As ações e intervenções médicas podem oferecer riscos à saúde da população quando praticadas sem reconhecer as verdadeiras necessidades do paciente. Além da escuta adequada do paciente e o auxílio sobre suas incertezas e reconhecimento de seu sofrimento, é necessário que as práticas em saúde aconteçam alicerçadas em uma análise crítica por parte dos profissionais.¹

O conceito de prevenção quaternária (PQ) foi proposto originalmente por Marc Jamoule em meados de 1986 que seguindo as definições de prevenção avançou nessa nova perspectiva relacionando-a ao risco de adoecimento iatrogênico, ou seja, produzido, por ações indesejáveis em saúde, tais como o intervencionismo diagnóstico e terapêutico, somados à medicalização excessiva ou desnecessária.²

A PQ, em sua visão mais ampla, é um conjunto de ações e estratégias que buscam minimizar as intercorrências e consequências de intervenções excessivas em saúde que acabam por produzir ações desnecessárias e que incorrem da possibilidade de produzir efeitos adversos aos pacientes, sugerindo a eles alternativas eticamente aceitáveis.³ Fundamenta-se em dois princípios básicos: o da proporcionalidade que diz da necessidade de se ponderar que os benefícios da intervenção em saúde precisam superar os possíveis riscos que tal ato pode implicar e no de precaução que determina que o primeiro ato em saúde deve ser não causar danos.⁴

Soma-se que a PQ deve ser definida como a possibilidade de identificação de pessoas em risco de hipermedicalização com a

finalidade de proteção de novas intervenções médicas e, dessa forma, buscar ações que sejam eticamente aceitáveis. Sua grande importância decorre de sua especificidade e peculiaridade que se refere ao fato de não ser voltada à doença, às pessoas ou meio social e ambiental, mas nas ações e comportamentos profissionais e institucionais buscando minimizar o comum excesso de intervenções e iatrogenias.⁵⁻⁶

A PQ implica a não ceder aos modismos (acordos, guias e protocolos sem fundamentação na ciência), ao cooperativismo e à opinião pública. Envolve, também, um compromisso ético e profissional, a ética negativa, que determina, sucintamente, em recusar intervenções quando não válidas.⁷⁻⁸

A PQ pode favorecer o desempenho sistemático e reflexivo dos profissionais buscando avaliar atentamente as necessidades e os recursos disponíveis para prover o cuidado necessário ao paciente e para isso os processos relacionais e a comunicação precisam aperfeiçoar esta prática que não pode se restringir ao seguimento de condutas e protocolos rígidos e pré-estabelecidos. Na prática assistencial a PQ ainda é pouco conhecida e enfrenta dificuldades para sua implementação.⁹ Assim, objetiva-se compreender as percepções de profissionais de saúde acerca da PQ.

MÉTODO

Estudo exploratório de cunho qualitativo, segundo Minayo¹⁰, cuja fundamentação teórica baseou-se no Interacionismo Simbólico, o qual configura-se em uma perspectiva referente ao papel do ser humano em sociedade, abrangendo comunicação, linguagem

e interação.¹¹ Assim, o Interacionismo Simbólico baseia-se em três prismas teóricos: o significado, as experiências adquiridas e as interações sociais.¹²

O cenário de estudo foi um hospital público localizado na região Norte de Minas Gerais, Brasil. A população do estudo foi composta por onze profissionais de saúde, sendo seis enfermeiros e cinco médicos. Foram estabelecidos como critérios de elegibilidade, profissionais com vínculo ativo da instituição e que atuassem de forma direta aos pacientes. Foram considerados ilegíveis os profissionais em licenças médicas ou férias.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, sendo utilizada a técnica de entrevista semiestruturada com perguntas norteadoras sobre o objeto de estudo com duração entre 20 e 40 minutos cada entrevista. Definiu-se a amostragem pelo critério de saturação teórica de dados, assim, cessou-se a coleta de dados, quando se constatou que novos elementos para subsidiar a teorização, não foram alcançadas a partir do campo de observação.¹³

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um instrumento com dois blocos temáticos, o primeiro bloco formado por elementos sociodemográficos para caracterização da amostra e um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico, realizadas individualmente em local privado indicado pelo profissional, e em seguida transcritas, preservando-se o conteúdo literal dos discursos. Utilizou-se um editor de textos, para posterior análise conjuntamente aos dados coletados.

Os profissionais foram representados pela letra P (profissional) e a numeração arábica determinou um código de sequência, atribuído pelos pesquisadores, garantindo assim, o anonimato dos participantes, assegurando-lhes o sigilo de suas identidades. A análise dos dados coletados desenvolveu-se por meio da análise de conteúdo, organizada nas etapas de organização, codificação, categorização e inferências, segundo os pressupostos de Bardin¹⁴, considerado o método de análise apropriado para compreensão dos significados e a intencionalidade dos sujeitos.¹⁰

Todos os princípios éticos foram considerados na execução do presente estudo, conforme a resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer substanciado número 2.815.708.

RESULTADOS

O estudo foi conduzido com seis enfermeiros e cinco médicos, cuja faixa etária variou-se entre 26 a 50 anos, o tempo de formação médio foi de sete anos, variando-se de um a vinte anos. Destaca-se que, dentre os profissionais, apenas dois haviam realizado algum curso específico sobre a temática e os demais relataram ter algum conhecimento adquirido durante a graduação ou pós-graduação. Ressalta-se que inicialmente durante a coleta de dados, alguns profissionais recusaram-se a participar por desconhecer o termo PQ. No quadro 1, com base nos pressupostos do Interacionismo Simbólico, são apresentadas

Quadro 1 – Categorias conceituais e discurso dos profissionais.

Significado da prevenção quaternária para os profissionais de saúde
“É a questão de você evitar danos ao paciente, ou a própria atuação do médico com danos. Evitar a iatrogenia, que é qualquer tipo de tratamento médico tanto medicamentoso como cirúrgico, qualquer coisa que o médico faça ou possa causar qualquer dano ao paciente” (P1).
“[...] se refere à prevenção da iatrogenia, são procedimentos desnecessários ou procedimentos necessários que provocam ou podem ter alguma consequência ruim para o paciente” (P3).
“É quando paciente já está numa fase de doença um pouco avançada e a gente tenta não ter mais nenhum procedimento invasivo, a gente tenta preservar a qualidade de vida do paciente, a gente tenta não ser iatrogênico em algumas condutas” (P5).
“São as medidas que a gente toma para tentar evitar algumas ações desnecessárias para o paciente, não só na parte médica, mas no âmbito multiprofissional, então todas as medidas, precauções ou até algum tipo de excitação em determinadas condutas que fazem parte da prevenção quaternária, aquilo que evita o excesso desnecessário para o paciente, sem evidência, por exemplo, de benefício” (P7).
“Eu não entendo muito bem, eu tive que te perguntar o que é prevenção, nesses termos, nessas palavras como é a questão da prevenção relacionada a excessos ou até mesmo falta de medicação, acredito que seja também, eu acho que é isso” (P9).
Experiências com a prevenção quaternária no contexto clínico-assistencial
“[...] igual ao acesso central, que o pneumotórax é uma coisa que pode acontecer, mas a gente considera mesmo assim uma iatrogenia, porque o paciente não tinha antes de você realizar um acesso né, coisas desse tipo assim, [...] enfisema subcutâneo em intubação. Isso acontece com frequência” (P2).
“Muitas vezes o paciente pode ter uma permanência alta na unidade hospitalar justamente por essa complicação advinda desse tratamento e não necessariamente do problema que causou sua internação” (P6).
“A gente vivencia a todo o momento essa questão da medicação, tanto que a prevenção quaternária no setor que eu trabalho que é bloco obstétrico e maternidade tem drogas que a gente tem um protocolo específico para poder prevenir qualquer complicação que pessoa possa ter relacionado aos efeitos adversos ou excesso da medicação, então existem protocolos para algumas medicações” (P10).
“A gente vê aqui, compressão cardíaca em paciente de 93, 95 anos ou pacientes em fase terminal de câncer recebendo além das medidas de conforto, recebendo medicações desnecessárias ou passando por cirurgias e procedimentos que sabe-se que o prognóstico não é bom que talvez será melhor ponderar antes dessas intervenções acontecerem” (P11).
“[...] o hospital tem um programa em termos de trabalhar com iatrogenia, inclusive esses tempos atrás foi de nutrição, para prevenir a desnutrição em ambiente intra-hospitalar, além de discutirmos para evitar” (P12).
Interações sociais dos profissionais em relação à prevenção quaternária
“[...] a equipe toda tem que realmente olhar a questão da dose, da quantidade, do horário, da forma de administrar, as incompatibilidades medicamentosas” (P4).

Quadro 1 – Cont.

“[...] alguns já têm essa consciência e refletem antes de solicitar exames ou de fazer intervenções, por exemplo, os pacientes idosos com prognóstico reservado já são possíveis observar que muitos profissionais já respeitam mais aquele momento de terminalidade e evitam algumas situações, então isso já é possível observar, contudo ainda prevalece o excesso de intervenções” (P5).
“Às vezes os pacientes em situações de cuidados terminais que a família pede para investir tudo, você vê que é ruim para o paciente, eu considero uma forma de iatrogenia também e esta prática é muito comum nos serviços” (P6).
“Na minha realidade atual a prevenção quaternária é praticada com uma dificuldade muito grande, porque culturalmente a população não aceita” (P8).

as categorias conceituais dos significados, interações sociais e experiências com a PQ.

DISCUSSÃO

Os significados dos profissionais de saúde acerca da PQ emergiram como destaque. De modo geral, os profissionais demonstraram conhecimento sobre o conceito de PQ. Associam este tipo de prevenção a um conjunto de ações e práticas na assistência à saúde que visam minimizar danos aos pacientes e evitar iatrogenias. As conceituações sobre a PQ também destacaram a necessidade de se evitar intervenções excessivas ao paciente, tendo implicitamente sua finalidade alicerçada na ideia de que esta prática produz benefícios ao paciente correspondendo-se a uma atuação clínica efetiva e ética.

Apesar da grande maioria dos profissionais demonstrarem conhecimentos tímidos sobre a PQ, uma minoria relatou desconhecimento sobre o conceito ou incompreensão de sua realização na prática clínica, e em muitos casos, associaram a PQ com erros cometidos durante a assistência.

A ciência tem discutido que o excesso de intervenções médicas e de profissionais de saúde sem embasamentos teóricos precisos pode produzir iatrogenia. Essa percepção contribuiu para o surgimento de uma lógica de pensamento que tem buscado proteger os pacientes do excesso de atitudes técnicas e mecanizadas dos profissionais. E essa ideia nuclear é que sustenta o arcabouço teórico construído para embasar as ações de PQ.¹ A análise das falas dos profissionais entrevistados permite inferir que este conhecimento é comum para a maioria dos entrevistados.

A evolução da medicina e de seus procedimentos produziu uma prática clínica que contribuiu para a rotineira solicitação de exames complementares e laboratoriais, muitas vezes desnecessários. Este processo favorece também o excesso de diagnósticos e polifarmácia além da prática de procedimentos e tratamentos que causam sofrimento sem benefício para o paciente. Progressivamente, a tecnologia criou um imaginário de cura sobrepondo-se à relação entre profissional e paciente.¹

Nesta perspectiva, como pode-se recolher das falas dos profissionais, a PQ cujo objetivo é não prejudicar o paciente, é algo necessário à saúde atual. No entanto, parece-nos que esse conceito e seu uso na prática clínica têm evoluído a passos curtos e isso fica explícito na presença da ausência de conhecimentos básicos sobre tais conceitos expressos por alguns profissionais.

O conhecimento sobre PQ deve produzir uma reflexão sobre a exigência de que as práticas de saúde não devem causar nenhum dano ao paciente e para isso, os profissionais precisam

se conter para não produzir excessos de intervenções. Neste sentido, deve-se evitar hipermedicalizações e práticas invasivas, além de sugerir condutas eticamente aceitáveis. Destaca-se que o conceito é aplicável para qualquer intervenção em qualquer área, seja individualmente ou coletivamente, em ações preventivas e curativas, nos diversos níveis de atenção em serviços públicos ou privados.²

Ainda são incipientes as discussões sobre a PQ e isso decorre dos desafios, sejam de ordem organizacional ou institucional. Apesar de mais de 30 anos do conceito ter se materializado, alguns fatores como gestão, dificuldades nos trabalhos em equipe, formação ainda deficitária sobre os conceitos preventivos justifica tal realidade. Somam-se a isso, a heterogeneidade social, cultural e econômica da população brasileira.¹⁵

Os discursos dos profissionais entrevistados sinalizam para uma preocupação pelos danos produzidos aos pacientes. Vale destacar que a PQ busca a prevenção do sofrimento humano diante seu adoecimento. Nessa visão ampliada, a atuação dos profissionais de saúde não se restringe à simples busca pelo tratamento do corpo doente, mas transcende-se na possibilidade de alívio do sofrimento humano.¹⁶

Salienta-se que a complexidade na implementação de ações de PQ refere-se à necessidade de reconstrução da capacidade crítica e epistemológica dos profissionais da saúde. No entanto, o que se tem nos últimos anos é um declínio dessas capacidades resultantes das transformações recentes da medicina. Tal realidade se revela pelo predomínio da padronização em protocolos que produz uma standardização e generalização dos tratamentos. Tal lógica embasa-se na busca por homogeneização de condutas contrapondo-se à singularidade pessoal, a personalização das interpretações e cuidados. Assim, a PQ buscaria proteger os pacientes dos excessos produzidos pelos automatismos da busca incessante do diagnóstico e terapêutica.¹⁷

Sendo assim, os relatos dos profissionais denunciam a vivência de iatrogenias no cotidiano de seus trabalhos. Muitos chegam a relatar que as iatrogenias são muito comuns, fazendo parte de seus cotidianos. Os erros de condutas e seus excessos, as hipermedicalizações, as complicações dos quadros clínicos decorrentes de intervenções excessivas e inadequadas foram relatadas.

Importante destacar que a PQ almeja prevenir a ocorrência dessas situações que são relatadas como cotidianas nas práticas clínicas dos profissionais da saúde. Para isso, os princípios da proporcionalidade em que os danos não devem superar os riscos e o de precaução que reforça a ideia inicial de que não se deve lesar os pacientes, precisam se efetivar para que tal realidade possa ser diferente. Assim, os princípios bioéticos na atuação em saúde devem prevalecer de forma que os profissionais possam

se atentar ao sobrediagnóstico e sobremedicalização e assim, evitem tratamentos inadequados e desnecessários.¹⁸

Uma reflexão se produz entre a presença de conhecimentos insipientes sobre a PQ e as vivências tão frequentes de experiências negativas. A PQ determina a necessidade de o profissional atualizar seus conhecimentos e voltados para a relação risco-benefício com base nos rastreamentos. Isso equivale a reafirmar que uma prática baseada em evidências deve ordenar tecnicamente e eticamente as ações dos profissionais da saúde.

As falhas nas avaliações de risco dos pacientes e na escolha dos tratamentos e estratégias de tratamento, assim como a ampla medicalização, encontram-se suas explicações nas formações desses profissionais. Assim, em muitas especialidades, o foco concentra-se no tratamento da doença, sem uma referência ao contexto integral da pessoa. A PQ ajuda a reduzir ou até eliminar as iatrogenias bem comuns nas práticas clínicas profissionais.¹⁸

A ausência de capacitação profissional é apontada como um dos fatores que justificam as dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde para implementarem a PQ. Essas fragilidades têm sido apontadas nos estudos e revelam a necessidade de pensarem-se as educações permanentes como processos contínuos nos serviços de saúde.^{6,19-21}

Experiências positivas sobre a PQ nos processos de trabalho também foram relatadas pelos profissionais e estão representadas pelas tentativas e esforços produzidos pelos profissionais da saúde para evitar as práticas iatrogênicas. Os relatos de tentativa de rever condutas, evitar excessos, buscar a segurança do paciente, instituição de programas que visem minimizar danos e discussões emergiram. Apesar disso, o relato de que os excessos existem perduram.

Os profissionais de saúde precisam ter em mente pressupostos éticos e técnicos sobre condutas preventivas que se divergem dos cuidados implementados para a doença. Assim, o método clínico deve estar baseado em dois momentos: o de diagnóstico e explicação e posteriormente o de plano de cuidado e de manejo clínico que deve buscar uma redução no uso de tecnologias que visem medicalizar a experiência do adoecimento.¹⁷

Como consequência, a PQ emerge como uma diretriz que busca uma concepção dinâmica e funcional para abordagem dos problemas e adoecimentos dos pacientes. É preciso valorizar o discurso dos sujeitos adoecidos, valorizar suas vivências subjetivas frente à doença e construir interpretações contextualizadas que sejam capazes de fazer conexão com as histórias dos sujeitos, contribuindo assim para uma qualidade da terapêutica.¹⁷ Salienta-se que esses processos complexos convergem numa dificuldade clínica impetradas nas práticas dos profissionais e consequentemente na manutenção de práticas iatrogênicas, por mais que alguns esforços tenham sido realizados pelos profissionais.

O sobrediagnóstico e o hiperpreventivismo, por sua vez, são responsáveis por implicações éticas graves. A extensão dos danos a muitos pacientes, formalizadas pela rotulação de risco ou de uma doença pode gerar medo e reduzir o bem-estar do paciente. Outra consequência é estabelecer-se a relação direta entre sobrediagnóstico e subdiagnóstico, uma vez que sempre

que um diagnóstico é apontado, naturalmente atenção e recursos são redirecionados aos mesmos inevitavelmente. Por fim, há a marginalização e o desconhecimento das causas e determinantes sociais dos problemas de saúde produzidos pelo tecnicismo acentuado.²¹

As experiências positivas dos profissionais exprimem uma tentativa de produzir uma prática que reflita a produção, sistematização e coletivização de saberes técnicos e cuidadosos. Assim, é notável um esforço pela produção de condutas éticas que passam a orientar as ações preventivas profissionais e institucionais cujo resultado é a prevenção e redução de danos aos pacientes, na maioria das vezes não mensurada pelos serviços e instituições. São apontadas interações sociais entre a equipe multiprofissional, colegas, familiares e a própria sociedade como fatores que interferem na instituição da PQ na prática assistencial.

Outra questão ética importante de se destacar é que a PQ visa à busca da autonomia do paciente, implicando-se na possibilidade de este aceitar ou não as opções terapêuticas ou preventivas.²²

Importante retomar que a PQ surge do entendimento e da necessidade de se expandir e com versatilidade analisar as concepções ampliadas de saúde-doença, desviando-se da nosologia biomédica, sem ignorá-la ou subvalorizá-la. Assim, orienta-se para um posicionamento de comunicação e idealização consensual com os usuários a respeito do que é saúde e doença.²³

O Método Clínico Centrado no Paciente é apontado como um dos meios possíveis de reorientar a prática clínica dos profissionais seja tecnicamente quanto eticamente, de forma a favorecer ações de PQ em todos os níveis de assistência.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em oposição à medicina centrada no intervencionismo, em protocolos e na homogeneização de condutas que favorecem o excesso e danos ao paciente, nos últimos anos, emergiu a PQ. Para concretização dessa proposta é necessário que uma reorientação da prática clínica dos profissionais seja almejada por meio de condutas técnicas e éticas desejáveis.

Este estudo evidenciou que grande parte dos profissionais conhecem os conceitos de PQ, apesar de isso não ser uma unanimidade. Paradoxalmente, foram relatadas experiências negativas que denunciam a vivência de iatrogenias no cotidiano dos profissionais. O relato das iatrogenias são muito comuns e expressos pelos erros de condutas e seus excessos, as hipermedicalizações, as complicações dos quadros clínicos decorrentes de intervenções excessivas e inadequadas.

Experiências positivas, por sua vez, também foram relatadas estando representadas pelas tentativas e esforços produzidos pelos profissionais da saúde para evitar as práticas iatrogênicas. As tentativas de rever condutas, evitar excessos, buscar a segurança do paciente, a instituição de programas que visem minimizar danos e discussões emergiram. Apesar disso, o relato de que os excessos existem perduram.

Vislumbramos que esta realidade pode ser transformada pelas reflexões produzidas acerca do problema. Para isso, em um

primeiro momento é necessário admitir que os incidentes fazem parte da rotina dos profissionais. Salienta-se que ainda existe muita dificuldade por parte dos profissionais e instituições para atuarem com a PQ. De modo geral, as instituições hospitalares não avaliam adequadamente seus processos de trabalho, a busca pela criação de rotinas que favoreçam a segurança do paciente é insipiente, muitos serviços não trabalham adequadamente com indicadores. Além disso, as práticas rígidas e autoritárias prevalecem em detrimento da inclusão dos pacientes nas tomadas de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Sá FN, Ribeiro MD. Prevenção quaternária na proteção dos pacientes das iatrogenias. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*. [Internet]. 2019 [acesso em 20 de dezembro 2019];1(1). Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1566/618>.
2. Souza AL, C Vendruscolo, Zocche DAA, Ascari RA, Schopf K, Oliveira BP. Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*. [Internet]. 2021 [acesso em 1 de março 2021];20(6). Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i6.4815>.
3. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur. j. gen. pract.* (Online). [Internet]. 2018 [cited 2021 mar 1];24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
4. Tesser CD. Convergências entre prevenção quaternária e promoção da saúde. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2020 [acesso em 2 de março 2021];15(42). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2515](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2515).
5. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface*. [Internet]. 2019 [acesso em 5 de março 2019];23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180435>.
6. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde* (Online). [Internet]. 2019 [acesso em 31 de março 2019];17(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>.
7. Ferreira DC, Silva-Júnior AG, Batista RS. A tomada de decisão em prevenção quaternária – implicações bioéticas. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2020 [acesso em 2 de janeiro 2021];15(42). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2504](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2504).
8. Antunes JMGR. Novas lógicas, racionalidades e contextos na prevenção quaternária. *Revista INFAD de Psicologia*. [Internet]. 2018 [acesso em 2 de janeiro 2021];4(1). Disponível em: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1275>.
9. Santos ACD, Correia IB, Silva RC. O Tao na Medicina de Família e Comunidade: Relações entre Acupuntura e o Método Clínico Centrado na Pessoa. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2019 [acesso em 3 de setembro 2019];14(41). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1624](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1624).
10. Minayo MCS. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Revista Pesquisa Qualitativa*. [Internet]. 2021 [acesso em 5 de julho 2021];9(22). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.506>.
11. Possebon EPG, Formiga PGA. Pesquisa Qualitativa: a contribuição da Escola de Chicago. *Revista Cocar*. [Internet]. 2021 [acesso em 1 de janeiro 2022];15(32). Disponível em: <https://doi.org/10.31792/rc.v15i32>.
12. Silva RM, Bezerra IC, Brasil CCP, Moura ERF. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA; 2018.
13. Moura CO, Silva IR, Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, Silva MM. Percurso metodológico para alcance do grau de saturação na pesquisa qualitativa: teoria fundamentada. *Rev. bras. enferm*. [Internet]. 2022 [acesso em 1 de julho 2022];75(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>.
14. Souza JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. *Pesquisa e Debate Em Educação*. [Internet]. 2020 [acesso em 1 de julho 2022];10(2). Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
15. Pellin PP, Rosa RS. Prevenção quaternária: conceito, importância e seu papel na educação profissional. Saberes plurais: educação na saúde. [Internet]. 2018 [acesso em 1 de julho 2022];2(3). Disponível em: <https://doi.org/10.54909/sp.v2i3.87351>.
16. Oliveira CC, Reis A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. *Physis* (Rio J.). [Internet]. 2012 [acesso em 7 de setembro 2019];22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400012>.
17. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2015 [acesso em 8 de setembro 2019];10(35). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011).
18. Gross DMP, Camacho ACLF, Lage LR, Daher DV, Mota CP. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2016 [acesso em 8 de setembro 2019];10(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201613>.
19. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2017 [acesso em 2 de janeiro 2021];41(1).

- em 13 de setembro 2019];51(116). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000041>.
20. Antunes JMGR. A prevenção quaternária, a diabetes e a doença periodontal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. [Internet]. 2020 [acesso em 5 de maio 2020];1(2). Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1851/1630>.
 21. Schopf K, Vendruscolo C, Silva CB, Geremia DS, Souza AL, Angonese LL. Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2022 [acesso em 6 de julho 2022];26(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0178>.
 22. Santos HLPC, Maciel FBM, Flores REL, Ferreira PR. Antropologia e saúde caminhos possíveis para (re)pensar a prática médica: antropologia e saúde na formação médica. *REVASF*. [Internet]. 2019; [acesso em 6 de julho 2022];9(20). Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/541>.
 23. Tesser CD, Normam AH. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. *Interface*. 2021 [acesso em 6 de julho 2022];25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210101>.
 24. Castro RCP, Knauth DR. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. [Internet]. 2021 [acesso em 6 de julho 2022];16(43). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2702](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2702).