

Este trabalho têm a finalidade de dispor de uma Tecnologia Educacional para qualificar o cuidado clínico de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária. Analisar a compreensão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o tema, promover ações de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de instrumentalizar a equipe multiprofissional da APS para a elaboração de um Manual Técnico sobre Prevenção Quaternária.

Orientadora: Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Co-orientadora: Prof. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Chapecó, 2021

ANO
2021

ALINE LEMES DE SOUZA | DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO
MANUAL TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



UDESC

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**DESENVOLVIMENTO DE
TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO
TIPO MANUAL TÉCNICO PARA A
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ALINE LEMES DE SOUZA

CHAPECÓ, 2021

ALINE LEMES DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO MANUAL
TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Centro de Educação Superior do Oeste – CEO, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Carine Vendruscolo
Co-orientadora: Prof. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

CHAPECÓ

2021

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do CEO/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Souza, Aline Lemes de

Desenvolvimento de tecnologia educacional do tipo manual técnico para a prevenção quaternária na atenção primária à saúde / Aline Lemes de Souza. -- 2021. 193 p.

Orientador: Carine Vendruscolo

Coorientador: Denise Antunes de Azambuja Zocche

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação , Chapecó, 2021.

1. Prevenção Quaternária. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Material Didático. 4. Enfermeiros. 5. Tecnologia Educacional. I. Vendruscolo, Carine. II. Zocche, Denise Antunes de Azambuja . III. Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação . IV. Título.

ALINE LEMES DE SOUZA

**DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO MANUAL
TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Mestrado
Profissional em Enfermagem na Atenção
Primária à Saúde, da Universidade do
Estado de Santa Catarina – UDESC,
Centro de Educação Superior do Oeste –
CEO, como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem na
Atenção Primária à Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: _____

Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Co-orientadora: _____

Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro Externo: _____

Profa. Dra. Jeane Barros de Souza

Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Membro Interno: _____

Profa. Dra. Rosana Amora Ascari

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Suplente: _____

Profa. Dra. Leila Zanatta

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Chapecó, 08 de julho de 2021.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, minha família, meus professores (as), amigos (as) e principalmente ao meu esposo Roberto Orso Bugalho e meu filho Henrique Gabriel de Souza Bugalho, por terem me dado apoio incondicional e necessário para chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida, e por me permitir superar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu esposo Roberto Orso Bugalho e meu filho Henrique Gabriel de Souza Bugalho, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

A minha mãe Celestia Baron, que também foi minha primeira professora, pela mulher guerreira e batalhadora, pela dedicação, conselhos e nunca ter desistido de prezar pela minha educação e formação profissional.

Aos demais familiares, pelo apoio e incentivo durante essa jornada.

Aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo, amizade e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como profissional.

Aos professores, principalmente minha Orientadora Profa. Dra. Carine Vendruscolo e Co-orientadora Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche, por toda dedicação e todos os conselhos, pela ajuda e paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

À todas as pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

À instituição de ensino da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

Ao Governo Municipal de Sul Brasil – SC, em especial a todos os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio e disponibilização em participar e contribuir do projeto de pesquisa, que foram de extrema importância para a elaboração deste trabalho científico.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram, de alguma forma, para a concretização desse sonho e realização deste trabalho.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática (FREIRE, 2003, p. 61).

RESUMO

Introdução: a Prevenção Quaternária visa identificar danos iatrogênicos, inerentes as condutas clínicas, para proteger as pessoas e manejar excessos intervencionistas. Torna-se essencial incentivar sua adoção, através de iniciativas voltadas à instrução dos profissionais de saúde, dinamizando melhores modos de tratamentos, de maneira holística, colaborativa e livre de danos. **Objetivo:** desenvolver uma Tecnologia Educacional sobre Prevenção Quaternária, do tipo Manual Técnico, voltada para profissionais de saúde. **Método:** pesquisa-ação, cuja produção das informações ocorreu no município de Sul Brasil, Santa Catarina, de setembro de 2020 a junho de 2021. Participaram nove profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde: uma Enfermeira, uma Nutricionista, duas Médicas, duas Cirurgiãs Dentistas, uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga e uma Educadora Física. O Manual Técnico foi desenvolvido coletivamente, em quatro etapas: 1) exploratória: construção do conteúdo por meio de quatro rodas de conversa remotas, através da plataforma *Microsoft Teams*, 2) Validação por expertises e público-alvo, 3) Divulgação do Manual Técnico para equipe e 4) Divulgação externa. O Manual Técnico foi submetido a validade de conteúdo e aparência por *expertises* e semântica por público-alvo. Para as validações foram criados instrumentos específicos, utilizando Escala do tipo *Likert*, disponibilizados aos juízes via *Google Forms*. O conteúdo foi validado por 11 juízes especialistas na área da Prevenção Quaternária, Atenção Primária à Saúde e Tecnologia Educacional, mensurando os objetivos, conteúdo, estrutura/apresentação, relevância e usabilidade. Para quantificar o grau de concordância entre os juízes foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mínimo de 0,80. A aparência foi validada por cinco juízes especialistas em *Design*, mensurando o conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas/motivação e adequação cultural. Para quantificar o grau de concordância entre os juízes foi utilizado o instrumento americano *Suitability Assessment of Materials* (SAM), considerando 70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado). A Validação Semântica foi realizada por 11 profissionais de nível superior, mensurando objetivos, organização, estilo da escrita, aparência e motivação. Para a análise quantitativa foi utilizado o Índice de Concordância Semântica (ICS) mínimo de 0,80. **Resultados:** o conteúdo foi validado com IVC de 0,98. A aparência obteve concordância de 69%, devido a maior discordância entre os juízes (33%) quanto as ilustrações gráficas. Foram realizados ajustes e após reavaliação dos juízes, obteve pontuação geral de 100%, sendo considerado material superior. A Semântica, por público-alvo obteve ICS de 100%. As sugestões dos juízes contribuíram para a revisão do Manual Técnico. A análise das informações geradas nas rodas de conversa resultou em um artigo científico: "Prevenção Quaternária: percepções, possibilidades e desafios na Atenção Primária à Saúde" e um capítulo de livro: "Manual Técnico para a Prevenção Quaternária: caminhos para a criação de uma Tecnologia Educacional em saúde". Ainda, a atividade resultou em um Curso de Formação Profissional, caracterizado como uma atividade de Educação Permanente em Saúde, certificado pela UDESC. **Conclusão:** o Manual Técnico ficou com 89 páginas, distribuídas em oito capítulos e está em fase de implementação. Acredita-se que essa Tecnologia Educacional com os principais conceitos e informações sobre a Prevenção Quaternária, servirá ao avanço educacional dos profissionais.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária. Atenção Primária à Saúde. Material Didático. Enfermeiros. Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

Introduction: the Quaternary Prevention aims to identify iatrogenic damage, inherent to the clinical attitudes to protect people and to manage interventionist excesses. It becomes essential encouraging its adoption through initiatives aimed at instructions of health professionals, streamlining best ways of treatment, of holistic, collaborative and free of damage way. **Objective:** to develop an Educational Technology on Quaternary Prevention, of the Technical Manual type, aimed at health professionals. **Method:** research-action whose information production occurred in the city of South-Brazil, Santa Catarina, from September of 2020 to June of 2021. Nine professionals of a higher level participated of Primary Health Care: one Nurse, one Nutritionist, two Physician, two Dentist Surgeons, one Physiotherapist, one Psychologist and one Physical Educator. The Technical Manual was developed collectively in four stages: 1) Exploratory: content construction by means of four remote conversation wheels through platform *Microsoft Teams*; 2) validations by expertise and public-audience. 3) disclosure of the Technical Manual the team and 4) external disclosure. The Technical Manual was submitted to content and appearance validation for expertise and semantics for target-public. For the validations, it was created specific tools using the scale of *Likert* sort, available to the judges via *Google Forms*. The content was validated by 11 judges specialists in the area of Quaternary Prevention, Primary Health Care and Educational Technology, measuring the objectives, content, structure/presentation, relevance and usability. In order to qualify the agreement degree among the judges, it was used the minimum Validity Content Index (IVC) of 0,98. The appearance was validated for five judges specialists in *Design*, measuring the content, language, graphic illustrations/motivation and cultural adequacy. In order to qualify the agreement degree among the judges, it was used the American tool *Suitability Assessment of Materials* (SAM), considering 70-100% (higher material), 40-69% (Suitable material) or 0-39% (Unsuitable material). The Semantic Validation was performed by 11 professionals of higher level, measuring objectives, organization, writing style, appearance and motivation. In order to analyze quantitatively, it was used the minimum Semantic Agreement Index (ICS) of 0,80. **Results:** the content was validated with IVC of 0,98. The appearance got 69% because of major disagreement among the judges (33%) as to the graphic illustrations. It was made settings and, after the judges assessment, got general punctuation of 100%, being considered higher material The Semantics, by target-public, got ICS of 100%. The judges suggestions contributed to the review of the Technical Manual. The information analysis generated on conversation wheels resulted in a scientific article: "Quaternary Prevention: perceptions, possibilities and challenges on Primary Health Care" and one book chapter: "Technical Manual to Quaternary Prevention: ways to the creation of an Educational Technology in health". Besides, the activity resulted in a Professional Formation Course, characterized as a Permanent Education activity, certificated by UDESC. **Conclusion:** the Technical Manual had 89 pages, distributed in eight chapters and it is in phase of implementation. It is believed that this Educational Technology, with the main concepts and information about the Quaternary Prevention, will be useful to the educational advance of the professionals.

Key-words: Quaternary Prevention. Primary Health Care. Didactic material. Nurses. Educational Technology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas da pesquisa – ação	47
Figura 2 – Fluxograma das etapas de desenvolvimento do projeto	48
Figura 3 – Mapa da Sede do município com distribuição das microáreas	51
Figura 4 – Mapa do Interior do município com distribuição das microáreas.....	52
Figura 5 – Ilustração da capa do Manual Técnico	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos encontros pedagógicos remotos da pesquisa-ação – “Curso sobre a Prevenção Quaternária para profissionais da Atenção Primária”	56
Tabela 2 – Cronograma dos encontros.....	61
Tabela 3 – Critérios de escolha para juízes-especialistas da área da saúde	64
Tabela 4 – Critérios de escolha para juízes-especialistas da área de Tecnologia Educacional, Prevenção Quaternária e Design	65
Tabela 5 – Painel ilustrativo sobre os pontos fortes e fracos em relação a Prevenção Quaternária.....	117
Tabela 6 – Diagnóstico da realidade local em relação a Prevenção Quaternária...	118
Tabela 7 – Ações de fortalecimento para o diagnóstico da realidade local, distribuídas por segmento institucional.....	119
Tabela 8 – Tópicos elencados para compor o Manual Técnico	122
Tabela 9 – Critérios para avaliação de conteúdo do Manual Técnico	126
Tabela 10 – Distribuição numérica, percentual, média e IVC dos itens avaliados pelos juízes por capítulo	127
Tabela 11 – Sugestões e ajustes realizados após validação com juízes	128
Tabela 12 – Critérios para avaliação de aparência do Manual Técnico e distribuição numérica, percentual, média e SAM dos itens avaliados pelos juízes	131
Tabela 13 – Sugestões e ajustes realizados após validação com juízes	132
Tabela 14 – Critérios para avaliação Semântica do Manual Técnico e distribuição numérica, percentual, média e ICS dos itens avaliados pelo público-alvo.....	134

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Titulação dos avaliadores	125
Gráfico 2 – Área de atuação dos avaliadores	126
Gráfico 3 – Titulação dos avaliadores	130

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
=	Igual
/	Dividido
Km ²	Quilômetro quadrado
Km	Quilômetro
h	Hora

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AMOSC	Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBL	Câmara Brasileira do Livro
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIS AMOSC	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease-2019
EaD	Ensino à Distância
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipes de Saúde da Família
FACESC	Faculdade de Educação Superior de Chapecó
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HRO	Hospital Regional do Oeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Índice de Concordância Semântica
IMED	Faculdade Meridional
ISBN	<i>International Standard Book Number</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MPEAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

MOODLE	Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NASF – AB	Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P4	Prevenção Quaternária
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAM	Suitability Assessment of Materials
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SISREG	Sistema de Regulação do Estado
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Tecnologia Educacional
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	28
2.1	GERAL	28
2.2	ESPECÍFICOS	28
3	REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1	CONCEITO E HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
3.2	MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	32
3.3	PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	34
3.4	TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOVER A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: POSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO COLETIVA POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	39
4	ABORDAGEM METODOLÓGICA	46
4.1	TIPO DE ESTUDO	46
4.2	LOCAL DO ESTUDO	49
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
4.4	PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	53
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	62
4.6	PROCESSO DE VALIDAÇÃO	62
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	67
4.7.1	Riscos	67
4.7.2	Benefícios (diretos e indiretos)	68
4.7.3	Desfecho	68
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1	PRODUTOS TÉCNICOS E BIBLIOGRÁFICOS	69
5.1.1	Produto Técnico 1 – Tecnologia Educacional: Manual Técnico	69
5.1.2	Produto Técnico 2 – "Curso sobre a Prevenção Quaternária para profissionais da Atenção Primária" – ação de Educação Permanente em Saúde	92

5.1.3	Produto Bibliográfico 1 – Artigo científico	93
5.1.4	Produto Bibliográfico 2 – Capítulo de livro	113
5.1.5	Produto bibliográfico 3 – Capítulo de livro publicado	142
	REFERÊNCIAS	146
	ANEXOS	155
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	155
	ANEXO B – TCLE	161
	ANEXO C – TCLE FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES	162
	ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO MUNICÍPIO.....	163
	APÊNDICES	164
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO DIÁRIO DE CAMPO	164
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO – CONTEÚDO DO MANUAL TÉCNICO	165
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO – APARÊNCIA DO MANUAL TÉCNICO	167
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA POR PÚBLICO-ALVO DO MANUAL TÉCNICO	169
	APÊNDICE E – CAPÍTULO DE LIVRO.....	171

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

No ano de 2010, com muito entusiasmo, iniciei minha trajetória profissional. No mesmo ano, meu primeiro emprego profissional foi na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – Santa Catarina (SC), em Cargo Comissionado, por um breve período, atuando como Enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa mesma época, também comecei a buscar concursos públicos, a fim de obter maior estabilidade profissional.

Em 2011, ingressei em um novo emprego como Enfermeira Assistencial no Hospital São José de Maravilha – SC. Nesse local atuei durante o período de um ano e foi muito importante para minha vida profissional, pois permitiu a minha atuação em diversos setores como Emergência, Pediatria, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Pré e Pós-operatório, Clínica Médica, o que oportunizou intenso aprendizado e experiência profissional.

Em 2013, iniciei outra etapa da minha carreira profissional, atuando na área de gestão, como Cargo Comissionado na função de Assessora de Planejamento em Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil - SC. Durante esse período, contribuí com a equipe no planejamento de ações em saúde, projetos, organização de eventos em datas comemorativas, relatórios de gestão, ações e programas do Ministério da Saúde, entre outros. No ano de 2014, prestei concurso no mesmo Município, ficando entre as primeiras colocadas. Continuei trabalhando como Assessora de Planejamento em Saúde, pois, indiretamente, estava envolvida em todas as ações da enfermagem e apreciava os resultados do meu trabalho.

Com o objetivo de continuar estudando na área da saúde, em 2014, iniciei o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Meridional (IMED), pela Faculdade de Educação Superior de Chapecó (FACECSC). O que motivou a escolha da pós-graduação nessa área foi a experiência hospitalar e o interesse futuro de retornar para a prática profissional, como enfermeira. Contudo, no ano de 2018, por meio do concurso público municipal, realizado em 2014, iniciei como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sul Brasil – SC, local no qual atuo até os dias atuais.

No ano de 2019, ingressei no Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde em Enfermagem, na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) com

o objetivo de continuar estudando, em busca de aperfeiçoamento profissional, a fim de contribuir para melhoria do processo de trabalho onde atuo. Ainda, favorecer para o avanço educacional dos profissionais de saúde do município, com vistas, a promover melhores condições de vida e saúde à população do território.

A escolha de desenvolver uma Tecnologia Educacional (TE) sobre a Prevenção Quaternária (P4) para profissionais de saúde de nível superior, atuantes na APS, se deu primeiramente, com o objetivo de instruir os profissionais sobre essa temática. Na minha realidade local, a P4 não era discutida e nem fazia parte do cotidiano de prática dos profissionais. E, também, devido a necessidade de a P4 ser incorporada no nosso cotidiano de prática, principalmente, pela capacidade de transformar o cuidado clínico, com vistas na responsabilização profissional sobre as condutas empregadas e a análise dos potenciais danos, que ações mal empregadas podem ocasionar aos indivíduos.

Como Enfermeira, atuante no município desde 2013, tenho observado que ao passar dos anos, criou-se uma demanda clínica submissa ao modelo biomédico, com grande idolatria as tecnologias duras. Essas tecnologias passaram a ser cada vez mais empregadas na prática, visando buscar respostas para as condições clínicas dos pacientes, de certa forma, gerando uma descrença da população sobre as condutas preventivas (principalmente a prevenção primária) empregadas no cuidado clínico por outras profissões.

Através do Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde em Enfermagem, busquei uma oportunidade de mudar essa realidade.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado junto à Constituição de 1988 e no Brasil, as experiências iniciais de APS, iniciaram na primeira metade do século XX. A partir da criação do SUS, a saúde foi assumida como direito de cidadania e houve a implementação dos princípios e diretrizes formulados pelo movimento da Reforma Sanitária (MELO *et al.*, 2018).

Na década de 90 implantou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) no país. A partir de 2006, houve uma fusão do PACS com o PSF, que passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, a ESF tornou-se fundamental para o aprimoramento do modelo assistencial e as Equipes de Saúde da Família (eSF) cresceram significativamente em cidades menores e em regiões com escassos recursos, expandindo-se para os grandes centros a partir do ano 2000 (MELO *et al.*, 2018).

Depois de vários anos, desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, mesmo com todos os desafios, principalmente relacionado ao modelo de atenção biomédico, ainda hegemônico na atenção à saúde, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil, que mais contribuíram para a implantação dos princípios e diretrizes do SUS (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Os anos 2014 e 2015 foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. Em 2016, aconteceu a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo promulgada através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, com reflexão sobre as políticas sociais (MELO *et al.*, 2018).

Em termos de cobertura, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 2017, a ESF alcançava 58% da população, chegando a atingir 100% em alguns municípios. Destaca-se os novos serviços, com melhoria nas equipes multiprofissionais, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e equipes ampliadas de saúde bucal (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). A partir da PNAB 2017, o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Criado em 2008, o NASF - AB é constituído por uma equipe multiprofissional que atua de maneira integrada com as eSF ou equipe de Atenção

Básica (eAB), desenvolvendo atividades de apoio matricial, técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais (BROCARD *et al.*, 2018).

Ainda, conforme a PNAB 2017, faz parte do processo de trabalho dos profissionais da ESF o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis (primária, secundária, terciária e quaternária) dentro do processo de trabalho, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas, bem como estimular o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, o cuidado integral é missão primordial do SUS e acontece por meio das ações da ESF, que visam resolutividade por meio do trabalho das equipes de saúde e da articulação com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), impactando na situação de saúde de maneira individual e coletiva. Assim, considera-se os termos Atenção Básica (AB) e APS equivalentes, e seu significado remete à um conjunto de ações integradas, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e dirigidas à população, que envolvem ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, entre outras práticas de cuidados pelos quais as equipes são responsáveis dentro do seu território (BRASIL, 2017).

Na APS, o cuidado deve ser planejado de maneira que garanta a qualidade de vida da população, baseada nos princípios e diretrizes do SUS e nos atributos: serviço de primeiro contato/porta de entrada; longitudinalidade; abrangência ou integralidade; coordenação do cuidado; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002). Vale lembrar a importância das ações interdisciplinares da ESF, que, por intermédio do trabalho em equipe, permitem e facilitam a descentralização do cuidado da intervenção medicalizante ajustando o cuidado para formas mais integrais e resolutivas (GROSS *et al.*, 2016). Médicos de família, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) compõem a linha de frente na ESF (BRASIL, 2017). Através do desenvolvimento de práticas biopsicossociais, essa equipe pode ser uma ferramenta para superar o modelo médico-centrado (focado na doença) e não no indivíduo, de forma integral (PULHIEZ, NORMAN, 2021).

Para Vasconcelos *et al.*, (2018), apesar de ainda haver dificuldades para atingir os níveis de efetividade e resolutividade na APS, há evidências de resultados positivos expressos pelo maior acesso aos serviços, qualidade da assistência ofertada, e a

prevenção com redução de cuidados especializados desnecessários (SILVA e POWELL-JACKSON, 2017; BUSBY, PURDY e HOLLINGWORTH, 2015; BROCARD *et al.*, 2018).

Em um estudo que analisou hospitalizações evitáveis em 5506 municípios brasileiros, nos anos de 2000 a 2014, constatou-se que o aumento das consultas na APS facilitou o acesso aos hospitais, reduzindo o índice de mortalidade na população (SILVA, POWELL-JACKSON, 2017). Ainda, estudo de revisão sistemática, realizado em 2013, sobre a magnitude e causa da variação geográfica nas taxas de internação não planejada e no tempo de internação para condições sensíveis ao atendimento ambulatorial, evidenciou que a qualidade dos cuidados primários e o acesso aos secundários foram motivadores das variações das taxas de admissão e duração da estadia não planejada de condição sensível de cuidados ambulatoriais (BUSBY, PURDY, HOLLINGWORTH, 2015).

Entretanto, vem ganhando destaque o uso excessivo de tecnologias duras, como exames, medicamentos e procedimentos. O excesso de condutas tecnológicas tem colocado em risco a construção do espaço do cuidado profissional e tornado as pessoas cada vez mais dependentes dos profissionais e serviços de saúde, expropriando-os do processo de autocuidado (LIMA, JESUS, SILVA, 2018).

Na primeira metade dos anos 1970, de acordo com Illich (1975) iniciaram as críticas à medicina institucionalizada, sendo que devido à ampla industrialização da saúde e a medicalização, surgiram diversas formas de iatrogenias, ou seja, doenças provocadas pela ação da medicina. Alguns anos mais tarde, surgiu a P4 como um novo conceito relacionado a necessidade de proteger as pessoas dos danos provocados pelos excessos de intervenções profissionais (PULHIEZ, NORMAN, 2021).

O presente estudo trata, especificamente, dessa forma de prevenção e de como é possível e importante a abordagem desta temática nos serviços de saúde, cujo debate, no Brasil, ainda é recente. Para Norman e Tesser (2009, p.1), "em tempos de grande extensão da APS no Brasil via ESF, é grave o fato de quase não haver discussão na Saúde Coletiva e no SUS sobre a P4".

O conceito de P4 surgiu em torno de 1999, estabelecido por Jamoulle - Belga e Médico de Família e Comunidade - como o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. Essa proposta também foi

oficializada no ano de 2003, pela WONCA (*World Organization of Family Doctors*) (JAMOULLE, 1999).

Cabe salientar que, na década de 1970, Leavell e Clark (1976) estabeleceram os três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), relacionando atividade médica e saúde pública, além da promoção da saúde (LEAVELL, CLARK, 1976). A conceituação da P4 foi baseada nesses três níveis de prevenção, ou seja, a P4 pode ser considerada um quarto tipo de prevenção, possibilitando permear todos os outros níveis, visando identificar riscos de medicalização excessiva para as pessoas, protegendo-os de intervenções médicas inadequadas e oferecendo alternativas cabíveis (NORMAN, TESSER, 2009).

Nos Estados Unidos a terceira maior causa de morte está relacionada a iatrogenia clínica (MAKARI, DANIEL, 2016). Nesse sentido é importante compreender que a prevenção vem se modificando ao longo dos anos, principalmente por estar sendo direcionada para a doença. Por exemplo, os fatores de risco muitas vezes, são considerados equivalentes às doenças, fazendo com que aspectos da prevenção e da cura se tornem confusos. A medicalização desses fatores, considerados estados de pré-doença se torna cada vez mais comum, contribuindo para as causas iatrogênicas e a P4 configura-se como a medida preventiva essencial dessas causas (NORMAN, TESSER, 2009).

Na perspectiva das intervenções excessivas, Mariño (2015) aponta que a sobremedicalização ou as intervenções diagnósticas podem gerar incidentalomas, mostrando que, muitas vezes, eles aparecem em decorrência da investigação de outra situação diagnóstica. Isso expõe o paciente a uma possível cascata de intervenções, já que esses incidentalomas podem representar sobrediagnóstico, causado pelo uso excessivo de métodos de diagnóstico de alta-resolução.

Para Illich (1976) a medicalização progressiva da vida humana gera, não só iatrogenia clínica, como também social e cultural ao diminuir a capacidade culturalmente apoiada de manejo autônomo da maior parte das dificuldades, dores, adoecimentos, nascimentos e mortes. Acredita-se que o profissional da saúde pode auxiliar na desmedicalização pela sua função filtro nos sistemas de saúde universais baseados na APS, inserção comunitária e opção ética por atuar na APS ao invés de em outras especialidades com maior status (ILLICH, 1982).

Resultante de uma reflexão sobre relação médico-paciente, na qual o médico não deve ser o causador de danos, a P4 é necessária para o SUS e pode ser aplicável em qualquer um dos níveis de atenção (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). Ainda, cumpre destacar, que por haver outros profissionais da eSF que realizam assistência direta às pessoas, esses também podem realizar ações que atenuem ou evitem as consequências do intervencionismo excessivo. Trata-se de um conceito que deve ser reconhecido por todos os profissionais, evitando assim, a realização de atividades desnecessárias e geradoras de danos.

A mudança nos cuidados de saúde e na prática da medicina devem ser desenvolvidas por meio de práticas baseadas em evidências (PBE), protegendo as pessoas e a equipe de saúde dos excessos de intervenções. Neste sentido, a P4 pode ser aplicada em todos os níveis de prevenção, a partir do conceito mais atualizado de "*Primum non nocere*" (PIZZANELI *et al.*, 2016, p. 77), mediante abordagens mais amplas sobre as práticas nos diferentes níveis de complexidade, reorganizando os serviços de saúde, a comunicação e a abordagem social. Com isso, o foco recai sobre a avaliação do risco-benefício, sobre as consequências do tratamento e sobre os conflitos de interesse (PIZZANELI *et al.*, 2016).

Abordar a P4 na APS é de suma importância, principalmente, entre os profissionais de nível superior que compõem a ESF, ESB e NASF-AB. Esses profissionais desenvolvem um importante papel na promoção, prevenção e assistência às pessoas. Através do primeiro contato/acolhimento, buscam identificar as necessidades de saúde da população para, assim, ofertar o melhor serviço. Entre essas ofertas, estão os atendimentos clínicos, nos quais geralmente se prescreve medicamentos e solicitam-se exames.

O modelo biologicista leva ao excesso de intervenções pelos profissionais, sobretudo aqueles prescritores, que atuam nas eSF. Essas intervenções medicamentosas excessivas ou outras, por vezes, causadoras de iatrogenias, diminuem a capacidade cultural e a competência das pessoas para o autocuidado, além de levar a uma demanda excessiva na APS. Esses problemas requerem condutas que exigem competência cultural, horizontalidade nos diálogos com os usuários e habilidades de comunicação, elementos que precisam ser desenvolvidos na expertise profissional da eSF para que a P4 possa ser praticada.

Nesse sentido, seriam adequadas iniciativas pedagógicas, voltadas à instrução de equipes de saúde, sobre a P4 no intuito de auxiliar a criação de estratégias e tecnologias educacionais para instrumentalizar a equipe a oferecer aos usuários tratamentos alternativos e outras formas de abordagem para resolver problemas do cotidiano.

É desejável e, mesmo, necessário que os profissionais da saúde, para além dos médicos, incorporem a P4 em suas práticas. Ela também pode e deve ser incorporada na formação profissional na direção da integralidade da atenção em saúde. Neste contexto, questiona-se: **quais os saberes e fazeres dos profissionais que atuam na APS sobre a P4? Como incentivá-los a criar uma TE para desenvolver a P4 na sua prática assistencial?**

Acredita-se que uma das maneiras de estimular os profissionais atuantes na APS a adotarem a P4 no seu processo de trabalho é por meio de movimentos pedagógicos, como as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerada uma estratégia de qualificação produzida no cotidiano laboral, o que facilita a troca de conhecimento e agrega novas formas de interação pedagógica entre a equipe de saúde, gestores e a população (COSTA CAMPOS *et al.*, 2019). Instituída como documento regulador das práticas pedagógicas entre profissionais da saúde, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, em 2004, e revisada em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se ancora na aprendizagem significativa, ou seja, na troca de saberes entre os sujeitos envolvidos e a sua aplicabilidade pedagógica no cotidiano do trabalho em saúde. O aprender e o ensinar, nessa perspectiva, são indissociáveis e implicam a mudança da realidade (FREIRE, 2011; BRASIL, 2007).

Assim, em ações dessa natureza, metodologias mais ativas e que facilitem a participação de todos são fundamentais para que haja a aprendizagem significativa e destinada à mudança da realidade. Da mesma forma, materiais de apoio do tipo infográficos, cartilhas, entre outros, são complementares em movimentos dessa natureza, pois oferecem o suporte baseado em evidências científicas, a fim de atualizar conhecimento e sanar dúvidas dos profissionais.

Nessa perspectiva, há inúmeras iniciativas interministeriais (envolvendo o Ministério da Saúde e da Educação, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com vistas a inovar nas ações educativas com

estratégias diferenciadas para a aprendizagem dos profissionais de APS, no cenário em que a produção da saúde acontece, incluindo-os no processo como protagonistas (SILVA *et al.*, 2015).

Para tanto, a utilização de metodologias de ensino à distância (EaD) ganhou destaque, como possibilidade de alcançar profissionais e trabalhadores de regiões mais distantes, auxiliando no processo contínuo de conhecimento mediante um novo ambiente para a construção do conhecimento. Para fins de definição, a modalidade de EaD atinge muitas pessoas, as quais estão distribuídas em diversas localidades, e permite a aquisição de conhecimentos e capacidade crítico-reflexiva, bem como habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções (SILVA *et al.*, 2015).

Na atualidade, em decorrência da pandemia, causada pela doença *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), muitos planejamentos tiveram que ser alterados em função da recomendação do MS e da Organização Mundial de Saúde (OMS) de distanciamento social para evitar a propagação do vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, tornando o EaD uma opção adequada à nova realidade (SILVA *et al.*, 2015).

Vale destacar, ainda, a importância de que ações dessa natureza devem promover a aprendizagem significativa. Alternativas pedagógicas fundamentadas em metodologias mais ativas mobilizam os sujeitos e correspondem a uma sensibilização para o conhecimento ao favorecer uma atitude favorável à aprendizagem, tendo como orientação inicial "[...] a criação de uma situação motivadora, aguçamento da curiosidade, colocação clara do assunto, ligação com o conhecimento e a experiência que o estudante traz, proposição de um roteiro de trabalho, formulação de perguntas instigadoras"(LIBÂNEO, 1987, p. 145).

Diante do exposto, um dos propósitos do presente estudo foi sensibilizar os profissionais de saúde para a P4 na APS, com o intuito de desenvolver uma TE do tipo Manual Técnico sobre o tema.

Uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde é a falta de educação de maneira contínua, sendo a EPS uma solução para esta fragilidade. A EPS deve ser realizada por todos os profissionais de saúde de maneira constante. Além da eSF, devem participar gestores e outros profissionais do SUS, proporcionando um atendimento mais integral, com maiores informações sobre a

saúde das pessoas, atentando para o que propõe a P4 na minimização de erros diagnósticos. Ainda, cumpre destacar que a P4 se torna fundamental na APS e para o SUS, a fim de eliminar rastreamentos diagnósticos e tratamentos desnecessários, melhorando os gastos com a saúde o que possibilita melhor uso dos recursos disponíveis (GROSS *et al.*, 2016).

Considera-se este material uma tecnologia, pois pode ser compreendida como facilitadora da prática, possibilitando a construção de conhecimento inovador, além de contribuir para o avanço educacional da equipe. Permite aos profissionais desenvolver o seu papel orientador de forma mais ampla e criativa, ainda, transformar a prática com oportunidade de aperfeiçoamento no plano de cuidado aos indivíduos e coletividades (TEIXEIRA, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Desenvolver uma Tecnologia Educacional sobre Prevenção Quaternária, do tipo Manual Técnico, voltada para os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Compreender os saberes e fazeres dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária;
- ✓ Promover Educação Permanente em Saúde aos profissionais que atuam Atenção Primária à Saúde sobre a Prevenção Quaternária;
- ✓ Validar o conteúdo e a aparência do Manual Técnico para Prevenção Quaternária.
- ✓ Instigar o uso da Tecnologia Educacional, refletindo com os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde sobre a relevância da continuidade em práticas de Prevenção Quaternária na assistência individual e coletiva em seu território de atuação, em prol da saúde da população.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONCEITO E HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS foi defendida como núcleo central de um sistema de saúde na Declaração de Alma Ata, que aconteceu no ano de 1978 (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). A partir dessa declaração, houve o aprimoramento dos sistemas de saúde atuais, trazendo contribuições importantes para o desenvolvimento e efetividade da APS (ARANTES, SHIMIZU, MÉRCHÁN-HAMANN, 2016). Também, é importante destacar que nos anos 1980 e 1990, essa mesma proposta influenciou as reformas sanitárias, principalmente em países que organizaram sistemas de saúde públicos e universais. Todavia, desde aquela época, as iniciativas de implementação da APS tomaram diferentes sentidos (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Há diferentes interpretações da APS em alguns países: para alguns, é considerada um programa centrado na oferta reduzida de serviços a populações mais vulneráveis; para outros, é considerada o primeiro nível de um sistema de saúde, sendo responsável pela organização e coordenação do cuidado com oferta de serviços clínicos, e, ainda, como uma política de reorganização do modelo assistencial (ARANTES, SHIMIZU, MÉRCHÁN-HAMANN, 2016).

Em países, a maioria europeus, com sistemas universais de saúde, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção, com oferta de serviços clínicos, ações de prevenção individuais e, por vezes, em saúde pública. Esses serviços são prestados por médicos generalistas ou com especialidade em medicina da família e comunidade. (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Desde 1920, no Brasil, vários modelos de APS foram implantados em diferentes regiões do país. Contudo, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foi um importante marco para APS, apresentando-se como uma proposta mais abrangente (ARANTES, SHIMIZU, MÉRCHÁN-HAMANN, 2016).

Na década de 90, destaca-se a Norma Operacional Básica (NOB) SUS n. 01/96, com priorização da PSF como proposta norteadora para reorganização dos serviços de APS nos sistemas municipais de saúde, com enfoque na abordagem familiar e comunitária (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Em 2000, houve a ampliação da cobertura populacional pelas eSF em todo território nacional. Nesse período, houve maior investimento na regionalização da atenção à saúde e, em 2001, editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS nº 1 (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Em 2006, aconteceu o Pacto pela Saúde com o objetivo de redefinir as responsabilidades dos três entes da federação (Estado, União e Municípios) e, com isso, firmar os compromissos entre os gestores do SUS com os resultados sobre a situação de saúde da população (MENDONÇA *et al.*, 2018).

A partir de 2006, o PSF passou a ser reconhecido como uma estratégia, recebendo a designação de ESF em virtude das suas potencialidades e permanência no âmbito da Política de Saúde. Com base nos princípios norteadores, a ESF tem a capacidade de orientar a organização do sistema de saúde e, de acordo com as necessidades de saúde da população, buscar melhores soluções. Ainda, pode-se citar, dentro das práticas de saúde, a integralidade do cuidado, a articulação da rede assistencial com atuação intersetorial, o trabalho centrado na pessoa/família e o vínculo com o usuário (ARANTES, SHIMIZU, MÉRCHÁN-HAMANN, 2016).

Na perspectiva das diretrizes da APS, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de 2011, sendo a coordenação do cuidado um de seus atributos fundamentais (ALMEIDA *et al.*, 2018). Através das RAS, busca-se garantir à população a oferta de atenção à saúde de maneira integral e contínua, sendo a APS a coordenadora do cuidado e porta de entrada principal (MENDONÇA *et al.*, 2018).

No Brasil, a ESF, com 20 anos de implantação, tem sido defendida como a principal responsável pela organização dos serviços e ações da APS, apresentando resultados favoráveis à saúde da população. Destaca-se o favorecimento da universalização dos cuidados primários, contribuição para a implantação de processos avaliativos, aspecto técnico - assistencial com objetivo de obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar com enfoque familiar, valorizando o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES, SHIMIZU, MÉRCHÁN-HAMANN, 2016).

Na APS, a ESF foi assumida com a perspectiva de mudança no modelo assistencial, viabilizando o seu fortalecimento em vários aspectos. De acordo com Almeida *et al.*, (2018, p. 3) dentre algumas medidas para esse fortalecimento, podemos destacar:

"Ampliação de cobertura; desenvolvimento de estratégias de acolhimento; definição de sua função de porta de entrada e de filtro para a atenção especializada; articulação entre atendimento à demanda espontânea e programada; tentativas de articulação com os serviços de pronto atendimento; implantação dos Conselhos Gestores para fortalecer a relação entre as unidades de saúde de determinado território e diminuir a informalidade de definição dos fluxos e ações de coordenação; articulação das ações de saúde pública, vigilância e assistência; além de fomentar maior reconhecimento profissional e social dos trabalhadores da APS, estas últimas ainda tímidas e insuficientes".

Neste âmbito, a APS deve ser resolutiva, em tempo oportuno, na maior parte dos problemas de saúde da população, garantindo a acessibilidade e continuidade do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018). De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017, a eSF é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da APS no país, com capacidade de resolutividade, repercutindo em resultados benéficos à situação de saúde das pessoas e coletividades.

Atualmente a eSF deve ser composta, no mínimo, por médico (preferencialmente com especialidade em medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Pode fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

Um dos objetivos principais da ESF na APS é garantir a atenção à saúde da população, realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos. De acordo com a resolutividade, busca resolver as demandas de saúde desde o primeiro contato com as pessoas, identificando e intervindo nos riscos, oferecendo diversas formas de cuidado (BRASIL, 2017).

Dentro das diversas formas de cuidado, podem ser utilizadas estratégias para melhor combater os possíveis agentes causadores do adoecimento, como a investigação de fatores que interferem diretamente nas condições de saúde, sejam eles sociais, biológicos, sanitários ou emocionais. Como intervenções preventivas individuais, podem ser citadas a vacinação, a sutura, dentre outros procedimentos que buscam reestabelecer a saúde. As intervenções coletivas ou de grupo visam à

interação entre os participantes ou o compartilhamento de ideais específicos que seja de interesse comum (MOLL *et al.*, 2019).

Ainda, a partir das intervenções coletivas com articulação dos saberes técnicos e populares, estabelece-se a educação em saúde, sendo essa a responsável por promover mudanças no estilo de vida de uma população. São essas ações de promoção e prevenção, ofertadas dentro dos serviços de saúde, que permitem o acesso da população a diferentes contextos que melhoram a sua qualidade de vida e bem-estar (MOLL *et al.*, 2019). Sendo assim, na APS, as intervenções de prevenção de doenças e promoção de saúde devem ser prioridades das eSF ou eAB (MOLL *et al.*, 2019).

3.2 MEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir do século XX, após as duas Guerras Mundiais, tornou-se conhecido o desenvolvimento tecnológico e o crescimento das especialidades médicas e da indústria farmacêutica (TESSER, 2012). Na busca da cura, controle e prevenção dos adoecimentos, a genômica, os avanços na área da informática, internet e a miniaturização de equipamentos médicos trouxeram ainda mais ânimo para as intervenções científicas. Todavia, também, houve certa decepção com essa medicina (prevenir, curar, cuidar), para o tratamento com eficácia dos adoecimentos das pessoas (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019).

Na APS, pela indistinção da prevenção-cura e a adoção de ações preventivas empregadas sem base adequada, provocou uma geração de pseudo-doenças ("pré-doenças"), criando demandas clínicas médicas, que na sua maioria, não tem relação com o adoecimento, consequentemente, aumentando a chance de danos iatrogênicos. A partir disso, surgiram "novos doentes", também considerados, "doentes-sadios" (TESSER, 2017; PIZZANELLI *et al.*, 2016).

Na APS um cuidado efetivo requer conhecimento e experiência profissional, o que, muitas vezes, na realidade não é isso que acontece e devido à complexidade e incertezas, os rastreamentos oportunistas se mesclam com o cuidado clínico cotidiano (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

De fato, pode-se dizer que o processo de medicalização é expressivo na APS e, por vezes depende do processo de formação, do conhecimento e prática

profissional e organização dos serviços e das instituições (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

De acordo com Nascimento Sá e Domingues Ribeiro (2019, p. 67) "o excesso de intervenções médicas sem embasamentos clínicos, apenas complementares, pode levar a iatrogenias". Um dos motivos que impulsionam a medicalização é a vontade da população de manter a saúde a preços muito altos, ou seja, a saúde é vista como um bem de consumo e não como um direito. Muitas vezes, na busca de uma saúde perfeita, destituindo o campo médico, acontecem os diagnósticos e prescrições medicamentosas desnecessários ou prejudiciais (PIZZANELLI *et al.*, 2016).

Em países desenvolvidos, existe um fenômeno denominado “paradoxo da saúde”, em que, quanto mais investimento na saúde e maior ou melhor os indicadores de saúde e expectativa de vida, maiores são os problemas de saúde e o número de pessoas que se consideram doentes. Ou seja, a sociedade tem uma preocupação excessiva pela sua saúde (PIZZANELLI *et al.*, 2016).

Vários fatores têm influenciado a mercantilização de doenças. Uma delas foi o aumento da oferta de tecnologias, em que, por vezes, facilita o acesso e, ao mesmo tempo, incentiva o uso de tecnologias duras. Outras, relacionadas à própria formação e falta de experiência profissional, incentivando ainda mais a tomada de decisão médica defensiva (PELLIN, ROSA, 2018).

Norman e Tesser (2009, p. 1) destacam que:

"Existem frequentemente excessos de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos e doentes, tanto em adultos como crianças. Nem todas as intervenções médicas beneficiam as pessoas da mesma forma, e, quando excessivas ou desnecessárias, podem prejudicá-las. Não se pode esquecer o potencial de dano das intervenções: cuidados tanto curativos quanto preventivos, se excessivos, comportam-se como um fator de risco para saúde".

Na APS, toda intervenção deve ser baseada em evidência e seus resultados são de responsabilidade dos profissionais que nela atuam. Se tratando de restrições de danos, os benefícios devem ser maiores que os malefícios (TESSER, 2021; SILVA *et al.*, 2021).

Além disso, deve-se estar atento ao modelo centrado na droga, o qual a indicação desnecessária por uma rotulação benéfica, pode causar iatrogenias (PULHIEZ, NORMAN, 2021). Ainda, fatores de risco são, cada vez, mais tratados como doenças, sendo tendencioso rastrear populações assintomáticas de baixo risco,

ou seja, além da criação de pré-doenças pela massificação da prevenção secundária, acontecem os rastreamentos oportunistas ou exames desnecessários, que geram diagnósticos e tratamentos nocivos à saúde (SCHOPF *et al.*, 2021; ALBER *et al.*, 2017).

A falta de qualificação técnica também pode favorecer o sobrediagnóstico e a cultura intervencionista, abrindo um ensejo para cobranças (por parte da população) aos profissionais e serviços de saúde em relação a solicitação de mais exames, encaminhamentos ou tratamentos, por vezes, desnecessários (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021, SCHOPF *et al.*, 2021).

Criou-se a cultura da prevenção, na qual são realizados exames para todas as faixas etárias, assintomáticas, até mesmo, sem comorbidades e fatores de risco, devem ser realizados periodicamente. Além disso, essa cultura fomentou nas pessoas a impressão de se sentirem doentes sem ter uma doença, interferindo na sua qualidade de vida (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019). Por isso, os profissionais de saúde devem saber lidar com as complexidades da medicalização e centrar o cuidado na pessoa, e não só na doença (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

Cabe destacar que a medicalização está relacionada, também, com a expansão do mercado farmacêutico, voltado mais para o lucro do que para as necessidades de saúde da população e é disseminado e influenciado pela mídia, pelos serviços de saúde e consumidores (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

Por isso, foi levantada, por Marc Jamouille, a necessidade de reduzir riscos as pessoas, criando uma nova categoria de prevenção: a P4 (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019).

3.3 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O conceito de medicina preventiva iniciou com Leavell e Clark (1976), definindo as doenças como um processo de diversas causas, em que o processo da doença depende das características do agente agressor, do indivíduo e de como será a reação a esses estímulos provocados pelos agentes agressores. Esses agentes, por vezes, podem estar presentes no ambiente ou no próprio indivíduo (LEAVELL, CLARK, 1976).

Tanto a saúde quanto a doença estão em constante mudança e o homem, nesse processo contínuo, precisa manter o equilíbrio de sua saúde contra as forças biológicas, sociais, físicas e mentais. A saúde é a resposta dessas constantes reações, e a doença a causa, ou seja, o resultado ou efeito produzido. A prevenção acontece quando se consegue identificar a causa de um processo patológico, tomando medidas apropriadas para antecipar ou contrariar esse processo (LEAVELL, CLARK, 1976).

De acordo com Leavell e Clark (1976) a prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária pode ser realizada no período de pré-patogênese, ou seja, antes que a doença aconteça. Dentro da prevenção primária ainda tem-se a promoção da saúde que foi definida como um conjunto de ações individuais ou de grupo, que aumentam a saúde e o bem-estar; e a proteção específica, que objetiva a criação de barreiras, por meio de medidas específicas ao agente, ao hospedeiro e ao ambiente, impedindo as causas antes que elas aconteçam. A prevenção secundária com diagnóstico e o tratamento precoce e a limitação da incapacidade. Por fim, a prevenção terciária, que diz respeito a ações de reabilitação.

Com base em Leavell e Clark (1976), Martins, Godycki-Cwirkob e Heleno (2018, p.109) descrevem as três formas principais de prevenção como:

"Prevenção primária: ação tomada para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população antes que ele se instale (por exemplo, vacinação). Prevenção secundária: ação tomada para detectar um problema de saúde em um estágio inicial em um indivíduo ou em uma população, facilitando assim a cura ou reduzindo ou impedindo sua disseminação ou efeitos a longo prazo (por exemplo, rastreamento, detecção de casos e diagnóstico precoce). Prevenção terciária: medidas tomadas para reduzir os efeitos crônicos de um problema de saúde em um indivíduo ou em uma população, minimizando o prejuízo funcional consequente ao problema de saúde agudo ou crônico (por exemplo, prevenir complicações do diabetes)".

Sendo um conceito novo e recente, a P4 visa identificar pessoas que estão em risco de medicalização excessiva e busca alternativas preventivas de proteção a essas intervenções, propondo medidas plausíveis (TESSER, 2017). Aos poucos vem se desenvolvendo em vários países, objetivando a redução de danos iatrogênicos e o excesso de intervenções, essas relacionadas as condutas profissionais (JAMOULLE, 2015).

Nos Estados Unidos, as causas iatrogênicas que são preveníveis com a P4, são consideradas a terceira causa de morte, com cálculo aproximado de 230 mil mortes/ano, entre as iatrogenias estão as cirurgias desnecessárias, erros medicamentosos, infecções hospitalares e efeitos adversos de medicamentos (PELLIN, ROSA, 2018). Em 1986, Jamouille citou uma 'quarta causa' na área da prevenção, relacionada a iatrogenias e o desenvolvimento de ansiedade do paciente por abordagens médicas (PELLIN, ROSA, 2018). A proposta da P4, objetivou identificar o risco de adoecimento iatrogênico, relacionada aos excessos de intervenções diagnósticas e medicalização (SCHOPF *et al.*, 2021). Foi oficializado pelo Dicionário da WONCA em 2003 e está inserido no Código de Ética Médica no capítulo da responsabilidade profissional (PELLIN, ROSA, 2018).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), vem valorizando a P4 no SUS, impulsionando um movimento em toda América Central. Hoje também é reconhecida na Europa, Canadá, América do Sul e Ásia (JAMOULLE, 2015). A P4 é de extrema importância para o cuidado à saúde e está intimamente relacionada a ação profissional (SCHOPF *et al.*, 2021).

Cabe salientar que a difusão do conhecimento sobre a P4 tem sido dificultada pela linguagem abordada, ou seja, o uso de muitas terminologias na língua inglesa, como *medical overuse*, *overtreatment*, *overdiagnosis*, *overmedicalization* e suas traduções para a língua portuguesa de maneira equivocada acaba, tem interferido no conceito da P4 (PELLIN, ROSA, 2018).

Há a necessidade de os profissionais estarem constantemente avaliando suas condutas, ou seja, ter consciência dos danos que se pode causar às pessoas, mesmo que não intencionalmente. Implica compreender, que a P4 dentro da área médica está baseada no relacionamento e essa relação pautada no respeito e autonomia tanto do médico, como das pessoas, preservando o verdadeiro método terapêutico. A P4 traz um alerta contra a falta de humanidade e corrupção institucional (JAMOULLE, 2015).

De acordo com Jamouille (2015, p. 1) "a prevenção quaternária, é um novo termo para um velho conceito: em primeiro lugar, não causar danos". Os profissionais de saúde devem estar atualizados com estudos científicos baseados em evidências e de boa qualidade, que proporcionem a capacidade de avaliar a relação risco-benefício dos rastreamentos e forneçam embasamento na decisão de rastrear. Com isso,

identificar que são relativamente poucos os rastreamentos recomendados (SILVA *et al.*, 2021).

A P4 é fundamental para a prática em saúde, principalmente quando inserida no SUS, (PELLIN, ROSA, 2018), cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de vida da população, além de permitir a criação de estratégias preventivas que podem contribuir para redução da morbimortalidade (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019). A redução de riscos com tratamentos desnecessários, permite melhores investimentos dos recursos e oferta de serviços, repercutindo em diminuição de custos (PELLIN, ROSA, 2018).

A P4 possui um papel importante frente ao desafio da medicina desnecessária, e são esses profissionais que são confrontados, muitas vezes, pela incerteza nos diversos cenários da prática. É relevante estimular os profissionais de saúde a identificar e discutir situações problemáticas relacionadas a danos intervencionistas ou de sobremedicalização, permitindo a construção de condutas preventivas com redução de danos e riscos às pessoas (ALBER *et al.*, 2017; TESSER, 2017).

Diante dos danos provocados tanto individuais como coletivos, por vezes, pela própria questão cultural, institucional ou técnica, a P4 denota para a construção de boas práticas, através da ação dos profissionais, principalmente na APS, incidindo também sobre os outros tipos de prevenção (TESSER, 2017).

Na APS, a P4 deve ser vista como uma estratégia da educação permanente tanto do SUS, como na formação dos profissionais de saúde. Através dessa estratégia educativa, estimula tanto os profissionais como as instituições a adotarem ações de prevenção centrada na pessoa e no cuidado longitudinal (PELLIN, ROSA, 2018), contribuindo para redução de medicalização excessiva nas pessoas (TESSER, VENDRUSCOLO, 2021).

No cuidado clínico, para Tesser (2017, p. 2) "basta não realizar ou não indicar ações duvidosas ou inapropriadas, resistindo às fortes pressões preventivistas da cultura atual. Esse não fazer, na atenção individual, requer habilidades comunicativas, muita empatia e trabalho adicional qualificador do cuidado". De acordo com Gérvas, Oliver e Pérez-Fernandes (2020) tanto os profissionais como as pessoas que necessitam de cuidados têm dificuldade em lidar com a incerteza e com sintomatologias inespecíficas, levando por vezes, tanto pelo medo ou preocupação,

buscar mais pelo atendimento e consequentemente cuidados desnecessários acabam substituindo os necessários, independente de danos.

Também vale lembrar a interferência que a mídia tem na propagação de tecnologias duras curativas e preventivas, criando na população uma cultura e ansiedade pela cura. A busca excessiva de exames preventivos, muitas vezes, contribui para as cascatas intervencionistas e o sobrediagnóstico (SCHOPF *et al.*, 2021).

A solução para esses problemas e suas consequências está na medicina baseada em evidências e no cuidado centrado na pessoa, que além de buscar a melhor evidência científica disponível, fortalece a relação médico-paciente com confiança, por meio de estratégias educativas e de promoção de um modelo de assistência focado na APS (PELLIN, ROSA, 2018; ALBER *et al.*, 2017). A P4 induz a proximidade e incentiva o cuidado centrado na pessoa e onde ela está inserida, protegendo-a de erros diagnósticos e terapêuticos (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019).

É importante deixar claro que a P4 não induz a não utilização das tecnologias ou sua extinção. Ela apenas estimula o uso correto e consciente na prática clínica, a fim de proporcionar o melhor cuidado. Por isso, precisa de uma definição que possa ser estendida a todos os profissionais de saúde em sua prática, devendo estar em discussão na formação dos profissionais, diminuindo os riscos e garantindo benefícios a população (PELLIN, ROSA, 2018).

O comprometimento não deve ser só dos profissionais de saúde, mas também dos órgãos públicos. Somente assim haverá garantia das implementações de ações de P4 e das mudanças na prática profissional, e, com isso, ocasionando melhora da qualidade de vida e no autoconhecimento da população acerca das comorbidades (NASCIMENTO SÁ, DOMINGUES RIBEIRO, 2019).

A P4 deve estar inserida nas políticas públicas como um dos princípios norteadores de sua composição, garantindo estratégias de prevenção, considerando o paciente na sua integralidade e singularidade (GROSS *et al.*, 2016). Para Gérvas, Oliver e Pérez-Fernandes (2020) é necessário o investimento na qualidade da prática, para se ter bons resultados, já que as práticas desnecessárias desencadeiam problemas impactantes na sociedade e nos sistemas de saúde.

3.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOVER A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: POSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO COLETIVA POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

As tecnologias são consideradas tão antigas quanto a espécie humana e a Enfermagem, de certa forma, acompanhou seu advento ao longo dos anos, com aumento da produção nessa área, principalmente se tratando das tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais (ÁFIO *et al.*, 2014).

Nos últimos anos, houve um crescimento no uso de tecnologias educacionais no âmbito da saúde para aprimorar a prática no cuidado. Diante disso, é importante conhecer a amplitude e significado das tecnologias, principalmente as educacionais, já que podem ser concebidas de formas diferentes e por diversas áreas do conhecimento (ÁFIO *et al.*, 2014).

As tecnologias educacionais têm finalidade facilitadora e são ferramentas que auxiliam no planejamento, na implementação e na avaliação do processo de ensino-aprendizagem. Por meio da transferência de conhecimento, possibilita ao indivíduo um momento de troca de experiências e aprimoramento de habilidades. Dentre estes recursos tecnológicos, destacam-se os materiais impressos, como cartilhas, manuais, folhetos, folders, entre outros. Esses recursos permitem uma revisão periódica e uma análise futura, e contribuem para o aprimoramento do conhecimento, ou seja, são consideradas um excelente meio pedagógico (ÁFIO *et al.*, 2014; TEIXEIRA, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

O Manual Técnico, como material educacional, é um dispositivo utilizado para mediar políticas e práticas de saúde. Possibilita ao indivíduo melhor compreender sobre um problema vivenciado, ou seja, melhora do nível de conhecimento sobre algo, auxiliando na reflexão de autonomia nos cuidados da saúde e estilos de vida adotados, por exemplo. É considerado um produto didático, algo concreto que poderá ser visualizado de acordo com a necessidade. É importante o comprometimento com a transformação social dos indivíduos envolvidos no processo educativo de forma coerente, contínua e coletiva, buscando integrar o fazer, o pensar e o ser, motivando ações de cuidado (ÁFIO *et al.*, 2014).

Para Áfio *et al.*, (2014, p. 6):

"Tecnologias educacionais podem ser visualizadas como material de ensino, no entanto, o oposto não é verdadeiro, pois uma ferramenta que tem o intuito de ensinar não necessariamente precisa alcançar a aprendizagem. O ato de ensinar tem o objetivo de levar ao aprendizado, mas essa meta pode não ser alcançada. Já a tecnologia educacional tem o intuito de educar e só será considerada educacional se tiver alcançado este objetivo".

A abordagem participativa na construção de um material didático permite identificar as necessidades correspondentes às suas próprias demandas na busca por soluções coletivas, promovendo resultados significativos. É nesse ou durante os momentos de construção coletiva que acontece a interação e troca de conhecimento entre os envolvidos nesse processo (NICOLA, PANIZ, 2016).

O desenvolvimento de tecnologias educacionais colabora para o enfrentamento de situações individuais ou coletivas que interferem na qualidade de vida. Práticas educativas que utilizam tecnologias educacionais estão inseridas no processo de Educação em Saúde e visam à mudança de comportamentos. A tecnologia instrucional educacional, por exemplo, visa buscar estratégias de ensino e aprendizagem que enriquecem as práticas educativas, subsidia a orientação verbal dos profissionais de saúde e, ainda, permite mudança de comportamentos, ideologias e concepções (TEIXEIRA, 2020; ÁFIO *et al.*, 2014).

As tecnologias remotas, também, têm demonstrado e corroborado a sua importância nos processos de aprendizagem, principalmente, como instrumento pedagógico. A educação *online*, permite maior flexibilidade, além de dinamismo, há interação e comunicação de forma síncrona ou assíncrona, e, o processo ensino e aprendizagem acontece, resultando na participação ativa na construção e troca de conhecimento. Ainda, exige dos profissionais uma constante atualização, visão crítica e reflexiva de acordo com a realidade vivida em benefício da qualidade do cuidado (SOUZA, 2020).

Quando se definem espaços de ação e de reflexão sobre a prática, esses espaços, transformam-se em algo novo, e é através desse processo de aprendizagem horizontal que os profissionais se tornam protagonistas das suas ações, com possibilidade de transformar o cotidiano de trabalho onde estão inseridos (VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Para Miccas e Batista (2014, p. 1), "Educar "no" e "para o" trabalho é o pressuposto da proposta de EPS". Para que a mudança aconteça, as propostas devem ser construídas coletivamente e não isoladas, nem de cima para baixo. Devem

ser articuladas entre si, com o envolvimento de diferentes segmentos, sendo uma construção compartilhada de conceitos (MICCAS, BATISTA, 2014).

A EPS é uma estratégia fundamental às transformações do trabalho, contribuindo como processo de formação e aperfeiçoamento profissional (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020). Para Teixeira (2020), agregar saberes é fundamental e, em tempos de modernidade, deve-se acompanhar as diversas tecnologias que aliam cuidado à educação, já que a educação faz parte do cuidado.

Para promover a EPS nos serviços de saúde existem diversas tecnologias ou técnicas educacionais, pode-se destacar algumas dessa tecnologias descritas por Teixeira (2020), tais como:

1. **World Café** é uma estratégia participativa e dialógica que busca, através do diálogo, favorecer descobertas e construções participativas para soluções coletivas de um problema.
2. **Design Thinking**, também conhecido como "*pensamento do Design*", é uma técnica regrada que busca desenvolver e aplicar soluções para equalizar problemas. Pode ser usado multidisciplinarmente e segue quatro fases: 1) Descoberta; 2) Definição; 3) Desenvolvimento; 4) Implementação. Esse método vem sendo empregado na área da saúde e contribuindo para resolução de diversos problemas.
3. **Tecnologia instrucional** materiais impressos, lúdicos ou não, como folders, cartilhas, manuais ou catálogos com objetivo de orientação através da escrita, possibilitando conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais ou coletivas.
4. **Sistema Moodle** (*Modular Object Oriented Distance Learning*), tecnologia de ensino-aprendizagem à distância através de um software de gerenciamento de aprendizagem e funciona de maneira remota como uma central de informações, discussões e colaborações. Permite o carregamento de recursos e documentos como slides, videoaulas, tutoriais, fóruns, chats e atividades colaborativas.

Para melhor compreender a EPS, como prática transformadora e aprendizagem significativa no campo do saber na área da saúde, é preciso discutir a educação como necessidade permanente para a qualificação dos profissionais, de forma crítica e reflexiva (CAMPOS, SENA, SILVA, 2017).

Nessa perspectiva, surgiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que foi instituída no ano de 2004 pelo MS através da Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 198/2004, e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2018).

Em 2007, a PNEPS foi revisada com o objetivo de avançar na implementação da política com novas estratégias de ação e adequação das diretrizes operacionais e aos regulamentos dos Pactos pela Saúde e de Gestão. Ainda, houve mudanças no âmbito regional, através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (FRANÇA *et al.*, 2017).

A PNEPS é uma estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores, reforçando essa prática educativa sustentada no trabalho e conhecimento dos profissionais de acordo com a necessidade local, troca de conhecimento e melhoria da prática (GIGANTE, CAMPOS, 2016). Pautada na direção de uma aprendizagem significativa, propõe reordenar práticas promovendo mudanças com base nos nós críticos do cotidiano, apoiada no princípio pedagógico crítico, problematizador e reflexivo (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020). Ou seja, a EPS foi fundamentada na concepção pedagógica e emancipatória de Paulo Freire com a finalidade de promover e transformar as práticas de saúde nos serviços de saúde, de acordo com as noções de aprendizagem e problematização. A APS, sendo um espaço de construção coletiva, com diversos sujeitos envolvidos na prestação de cuidados à comunidade, possui um espaço privilegiado para o desenvolvimento dessa estratégia (FIGUEREDO *et al.*, 2014).

Através dos espaços coletivos interprofissionais e multiprofissionais, também permite, por meio do conhecimento e do processo de aprendizagem, a integração do trabalho de maneira permanente e dinâmica, facilitando a constante reflexão e avaliação da prática (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Mesmo após a reformulação das políticas de EPS pelo MS, tradicionalmente, nos serviços de saúde, ainda são realizadas capacitações em função de políticas específicas, por vezes, estando descontextualizadas com a realidade local, se baseando apenas numa transmissão de conhecimento com mistura de várias estratégias de formação (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Muito tem se confundido na prática profissional a Educação Continuada (EC) com a EPS, por isso, cabe destacar as diferenças entre as duas. A EC se refere à realização de cursos de atualização profissional, geralmente fora do ambiente de trabalho, como uma resposta às demandas de serviço, permitindo ao profissional recuperar conhecimentos ou habilidades esquecidas (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Ainda, de acordo com o MS (2018, p. 10):

"A educação continuada contempla as atividades que possui período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele".

Já a EPS é a aprendizagem realizada no ambiente de trabalho, na qual a troca de saberes acontece no cotidiano do profissional de acordo com as necessidades de saúde locais. O objetivo principal é o ensino-aprendizagem, buscando a transformação das práticas profissionais ou da organização do trabalho a partir da problematização conjunta do processo de trabalho (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Conforme o MS (2018, p. 10):

"No que concerne à EPS, [...] se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho".

A EPS é fundamental nos serviços de saúde e, ainda, é desconhecido o PNEPS pelos gestores, que, muitas vezes, não valorizam as estratégias de EPS pelos trabalhadores da APS, ficando esta em segundo plano e o trabalho, voltado exclusivamente à resolução de doenças, quando poderia melhorar a prática profissional, promovendo a promoção e prevenção à saúde (SILVA *et al.*, 2017).

A capacitação profissional é uma das maneiras de realizar o planejamento das atividades profissionais, visando um melhor enfrentamento frente as dificuldades e em relação às modificações nos serviços de saúde. Com isso, a EPS encoraja os profissionais a atuarem na transformação do seu processo de trabalho, possibilitando o aumento da qualidade da assistência em saúde e a garantia de um atendimento mais humanizado (WEYKAMP *et al.*, 2016).

A falta de capacitação dos profissionais é uma das responsáveis pelas dificuldades encontradas na prática. A P4 na EPS é uma estratégia para o SUS, na qual há necessidade de os profissionais estarem atualizados com estudos de qualidade, visando avaliar o risco-benefício nos rastreamentos, ou seja, é necessário usar constantemente a medicina baseada em evidência para embasamento da prática e, conseqüentemente, irá repercutir na melhor formação dos profissionais na APS, possibilitando a diminuição da medicalização e iatrogenias do cuidado (GROSS *et al.*, 2016).

De acordo com Norman e Tesser (2009, p. 8):

"O desenvolvimento e o ensino em larga escala da prevenção quaternária podem e devem se tornar um verdadeiro *front* estratégico da educação permanente no SUS e na formação dos profissionais de saúde, para que práticas de excelência em atenção primária à saúde possam ser desenvolvidas e consolidadas na Estratégia Saúde Família, que diminuam a medicalização e a iatrogenia do cuidado, ainda relativamente pouco percebidas no Brasil".

Por ser uma proposta político pedagógica, que favorece o ensino aprendizagem dentro do espaço de trabalho, esse processo de qualificação profissional também deve ser pautado nas necessidades da população, propiciando uma transformação na organização dos serviços e na prática profissional. É através da troca de conhecimento, da discussão da prática e experiência profissional que a EPS passa a ter sentido e os atores envolvidos contribuem para a ressignificação dos processos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Ainda são encontradas muitas barreiras relacionadas ao desenvolvimento e realização das ações de EPS na APS, com predominância de atividades educativas voltadas para um público-alvo específico, o que fragmenta as ações de saúde e torna o trabalho individualizado por categorias, ficando a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade esquecidas. Isso, também, reflete na falta de compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes de saúde, havendo falhas no processo educativo da APS (FIGUEREDO *et al.*, 2014).

Os fatores de estímulo, como o incentivo para a auto realização da EPS pelos profissionais, são importantes e não devem ser esquecidos pelos gestores, pois, além do reconhecimento e valorização profissional, estimula a necessidade de repensar a prática assistencial e encontrar as melhores soluções conjuntas dos problemas a

serem enfrentados, suscitando um olhar diferenciado, dinâmico e contextualizado (WEYKAMP *et al.*, 2016).

A EPS é considerada um elemento fundamental no processo de gestão, devendo acontecer a partir da democratização da gestão e das relações de trabalho, já que profissionais mais qualificados e satisfeitos têm melhores resultados na prática e, com isso, um maior comprometimento nos serviços, corroborando para a construção de ações de cuidado e promoção da saúde (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

Para Merhy (2005, p. 173), todo processo de EPS "implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir pela geração de problematizações". A proposta da EPS parte do reconhecimento que são, no cotidiano do trabalho, intensificados temas que necessitam de aperfeiçoamento em uma lógica de transformações do saber, sendo um processo contínuo, coletivo e institucional e cujo resultado produz transformações, seja no âmbito do trabalho ou da saúde da população (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2018).

A EPS está associada aos princípios básicos do SUS, como a universalidade e integralidade, porque é entendida como um espaço de construção coletiva, com enfoque no cuidado prestado por diversos atores de acordo com a necessidade real ao indivíduo e a família. Nesse modelo de atenção, articula ações de promoção, prevenção e referência a serviços de saúde especializados e de maior complexidade, e, com isso, atualização técnica-científica e multiprofissional, almejando sempre a qualificação dos serviços prestados (FIGUEREDO *et al.*, 2014).

Portanto, a APS é um lugar privilegiado para a EPS e transformação da prática por meio de ações educativas e troca de saberes. De acordo com a problematização e reflexão da realidade local, poderá proporcionar condutas significativas de mudança (FIGUEREDO *et al.*, 2014).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória, descritiva, com abordagem na pesquisa-ação de Thiollent (2011).

A escolha do método se deu por permitir a participação ativa dos sujeitos envolvidos, possibilitando, além da aprendizagem, troca de conhecimento e planejamento, o desenvolvimento colaborativo de ações voltadas à solução de situações problema identificados no cotidiano de trabalho. Assim, foi proposto o desenvolvimento de uma TE, do tipo Manual Técnico, voltado para a P4 na APS.

Um dos pioneiros autores da pesquisa-ação foi o psicólogo alemão Kurt Lewin (1953), que, ao propor essa modalidade de pesquisa, ousou, não apenas estudar o problema *in loco*, mas participar dele. Propôs que os objetos da pesquisa se transformassem em sujeitos e, assim, desfrutassem e participassem da construção do conhecimento, tornando a comunidade o próprio pesquisador em ação, com capacidade de resolver seus próprios problemas, mediado pelo proponente inicial da pesquisa (MELO, MAIA FILHO, CHAVES, 2016).

A pesquisa-ação pode ser entendida como um método ou uma estratégia de pesquisa, que visa, através de um conjunto de procedimentos, interligar conhecimento e ação. Ela contempla diferentes métodos ou técnicas de pesquisa social. Para o desenvolvimento dessa pesquisa, utilizou-se a técnica de grupo, com o objetivo de interação e lidar com a coletividade. Ainda, técnicas de registros, como processamento de dados (THIOLLENT, 2011).

De acordo com Thiollent (2011, p. 20):

"A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo".

Para alcançar o objetivo proposto na pesquisa-ação, é necessário que haja uma interação entre os pesquisadores e os envolvidos na pesquisa, com o intuito de estabelecer uma relação entre o conhecimento e a ação e favorecer o aumento do

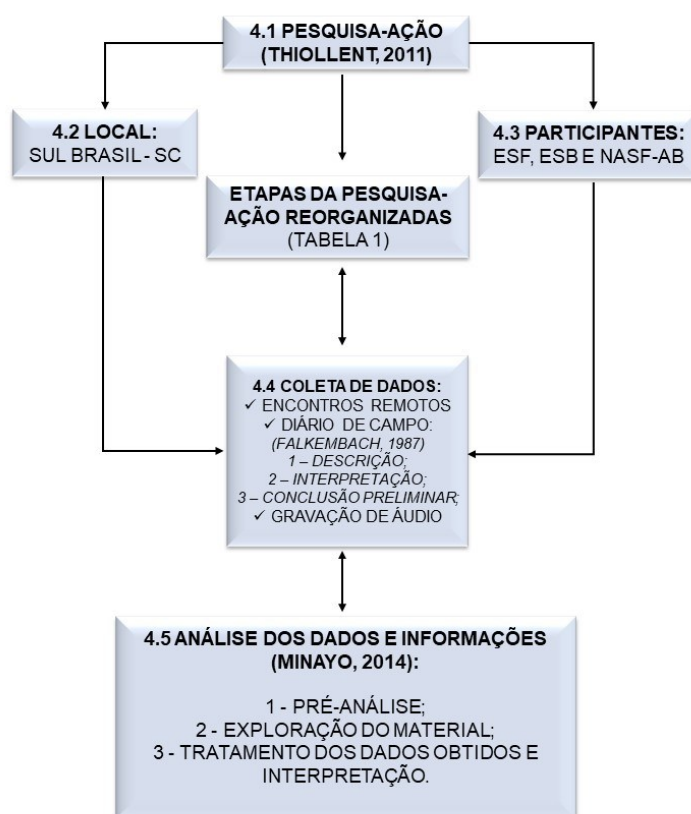
(2011), que se sobrepõem e integram-se de forma maleável. Estas etapas devem ser compreendidas como ponto de partida e chegada, sendo possível, em cada situação, o pesquisador junto com os participantes, redefinir e adaptar de acordo com as circunstâncias da situação investigada.

Nesse sentido, para o desenvolvimento coletivo do material didático instrucional do tipo Manual Técnico, foram consideradas as seguintes etapas (Tabela 1):

1. Coleta de dados;
2. Saber formal e informal;
3. Aprendizagem;
4. Plano de ação;
5. Divulgação externa.

O desenvolvimento do projeto aconteceu de acordo com o fluxograma (Figura 2):

Figura 2 – Fluxograma das etapas de desenvolvimento do projeto



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), junto as equipes de ESF, ESB e NASF – AB de Sul Brasil-SC.

O município conta com uma UBS, que é composta por uma equipe de ESF, uma ESB e um NASF- AB, além de possuir uma Academia da Saúde implantada desde 2016. Atualmente, 24 profissionais de saúde compõem essas equipes:

- duas enfermeiras;
- dois médicos;
- duas cirurgiãs dentistas;
- duas técnicas de enfermagem;
- uma farmacêutica;
- uma nutricionista;
- uma auxiliar de saúde bucal;
- uma psicóloga;
- oito agentes comunitários de saúde;
- um agente de endemias
- uma educadora física;
- uma fisioterapeuta;

O município de Sul Brasil foi criado em 26 de setembro de 1991 através da Lei Estadual nº 8.353, sendo que a sua implantação político-administrativa se deu em 01 de janeiro de 1993, estando, hoje, na sétima Gestão de Governo (SUL BRASIL, 2019).

Sul Brasil localiza-se na Mesorregião Oeste de SC, mais precisamente na Microrregião do Meio Oeste Catarinense, pertence à microrregião de Chapecó, integrando-se à Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSOC). Limita-se ao Norte, com o município de Saltinho; ao Sul, com o município de Pinhalzinho; ao Leste com os municípios de Irati, Jardinópolis e União do Oeste e ao Oeste, com os municípios de Serra Alta e Modelo (SUL BRASIL, 2019).

Com uma área de 114,9 km², possui 15 pequenas comunidades de agricultores, a economia básica do Município é a agricultura, a pecuária (bovinocultura, suinocultura, avicultura, piscicultura, apicultura), o comércio e indústria (SUL BRASIL, 2019).

Os principais produtos na agricultura são: milho, soja, feijão, fumo e trigo. Na pecuária, destaca-se, principalmente, a bovinocultura leiteira, que aumentou consideravelmente e é uma das principais fontes de renda dos agricultores, seguida pela avicultura e pela suinocultura. Merece destaque especial, a bovinocultura leiteira, como a atividade de maior importância, também de cunho econômico, mas, principalmente, de cunho social, presente na maioria absoluta das propriedades e que proporciona uma remuneração mensal ao produtor rural. Faz-se, também, referência à atividade de avicultura de corte, no sistema de integração, sendo que diversos aviários foram implantados no município nos últimos anos, aumentando consideravelmente o Produto Interno Bruto (PIB) agrícola municipal, além de ter melhorado substancialmente a qualidade de vida dos integrados. Ainda, a atividade industrial e comercial, proporciona emprego e renda para centenas de municípios, além de, também, contribuírem para a formação do PIB do município (SUL BRASIL, 2019).

Assim como a maioria dos pequenos municípios da região, por muitos anos, o município de Sul Brasil também sofreu com a migração de munícipes para outros, principalmente aos centros maiores, em busca de novas alternativas de vida, predominantemente, decorrente do descontentamento com a situação agrícola. Tradicionalmente, a maior migração se concentrou na faixa etária jovem da população que, no ímpeto de buscarem melhores condições de vida, saem da casa de seus pais à procura de novas alternativas (SUL BRASIL, 2019).

No município, grande parte da população possui casa própria, sendo a maioria das casas mistas (alvenaria e madeira), de alvenaria e madeira (SUL BRASIL, 2019). Quanto à distribuição de energia elétrica, na zona urbana, é fornecida pela empresa Ceraçá e cerca de 100% da população possui rede elétrica instalada. Na zona rural, é fornecida pela empresa Celesc e Ceraçá, e cerca de 99,9% possuem rede elétrica instalada (SUL BRASIL, 2019).

De acordo com o sistema de abastecimento de água, na área urbana, tem a estação de tratamento de água, que é captada do rio Burro Branco, recebendo um tratamento rígido na estação, filtrada, clorada e fluorada. Há controle diário de qualidade, com acompanhamento de um profissional físico-químico e avaliação microbiológica mensal. Pela Estação de tratamento de água, são atendidas 436 (100%) famílias na cidade e 123 no interior. Na área rural, as famílias têm o

abastecimento de água proveniente de fontes superficiais, na grande maioria, protegidas, proteção modelo Caxambu ou tubo em pé. Mais de 50% das comunidades já foram beneficiadas com água de fontes protegidas por meio de redes comunitárias (SUL BRASIL, 2019).

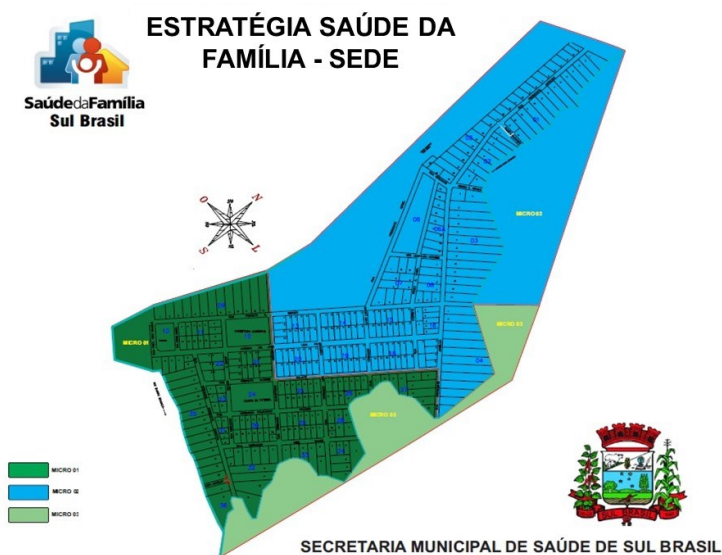
Quanto as questões de saneamento básico, o município possui uma estação de tratamento de esgoto que beneficia 398 (91,28%) famílias na Sede. Na área rural, a maioria das famílias possui fossa com sumidouro (SUL BRASIL, 2019).

Na zona urbana, a coleta lixo orgânico e reciclável é realizada três vezes por semana. O lixo é recolhido por empresa terceirizada. Já no interior, o lixo doméstico rural e orgânico é enterrado para reaproveitamento como adubo em algumas propriedades. Atualmente, também, são realizadas quatro coletas anuais por empresa terceirizada, com coleta de material reciclável (SUL BRASIL, 2019).

De acordo com o último censo do IBGE (2010), a população de Sul Brasil compreende 2.766 (100%) habitantes, sendo 1437 (51,95%) do sexo masculino e 1.329 (48,05%) do sexo feminino. Em 2017, o salário médio mensal era de 1.9 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15.2% (420). A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 99,3 % e o PIB *per capita* de R\$ 20.183,65 (IBGE, 2017).

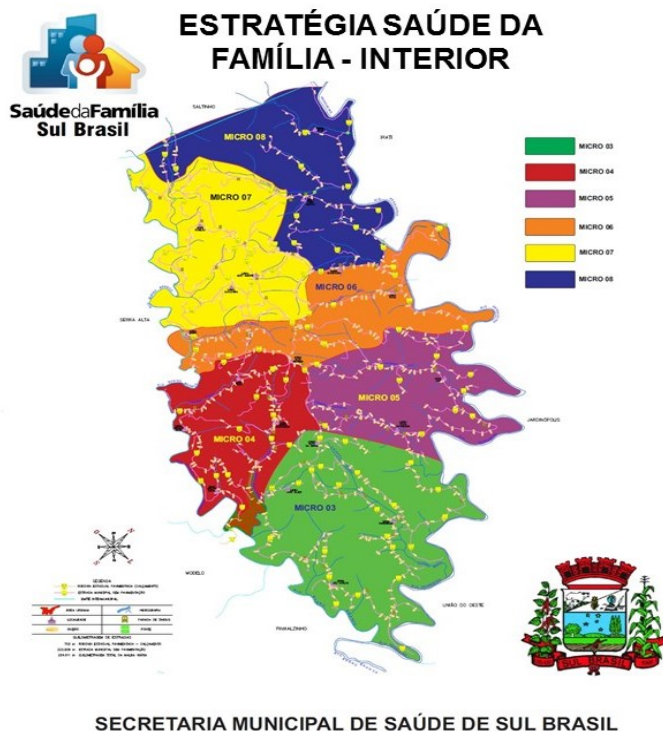
A distribuição das microáreas compreende duas na sede (Figura 3) e seis no interior (Figura 4), totalizando oito microáreas.

Figura 3 – Mapa da Sede do município com distribuição das microáreas



Fonte: Sul Brasil (2019).

Figura 4 – Mapa do Interior do município com distribuição das microáreas



Fonte: Sul Brasil (2019).

O horário de funcionamento da UBS é das 07h30 às 11h30 e das 13h às 17h. O hospital mais próximo fica a cerca de 12 km da sede, localizado no município de Modelo - SC, por isso, fora dos horários de funcionamento da UBS, fica disponível um motorista da saúde para realizar o transporte das pessoas que necessitam de atendimento médico ou recebem alta hospitalar. Em caso de urgência ou emergência quem realiza o atendimento é o corpo de bombeiros com sede também localizada no município de Modelo.

Sul Brasil pertence à 4ª Regional de Saúde de Chapecó – SC e grande parte dos atendimentos especializados (média e alta complexidade) são ofertadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina (CIS AMOSC), Hospital Regional do Oeste (HRO) de Chapecó – SC, Hospital Materno Infantil de Chapecó – SC, Hospital Regional São Paulo de Xanxerê – SC, Hospital São José de Maravilha – SC e de outros profissionais e serviços privados credenciados ao SUS. Quando necessário, os pacientes são encaminhados a partir dos serviços do SUS do município para outros centros de referência de SC através do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Todos os encaminhamentos são realizados via Sistema de

Regulação do Estado (SISREG), que é um sistema on-line que gerencia a rede básica à internação hospitalar visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a fazer parte da pesquisa 10 profissionais de saúde de nível superior. A escolha desses profissionais se deu em virtude da representatividade deles na APS, em que são responsáveis pelo planejamento contínuo e sistematizado dos cuidados à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção individual e comunitária. Em conjunto, representam 30% da AB do município.

Para inclusão dos participantes, utilizou-se os seguintes critérios: (1) ser profissional de nível superior da ESF, ESB ou NASF-AB, há, pelo menos, seis meses; (2) prestar assistência à saúde de modo que envolvessem ações de Prevenção Quaternária. Foram excluídos do estudo aqueles participantes que: (1) estavam afastados de suas atividades por motivos eventuais (licença médica, licença maternidade, viagem); (2) não puderam estar presentes durante os encontros/etapas da pesquisa.

Assim, um profissional não atendeu aos critérios de inclusão e fizeram parte da pesquisa nove profissionais: uma Enfermeira, uma Nutricionista, duas Médicas, duas Cirurgiãs Dentistas, uma Fisioterapeuta, Psicóloga e uma Educadora Física.

4.4 PRODUÇÃO E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

A produção das informações aconteceu desde o primeiro contato com os participantes durante os encontros (Tabela 1), os quais aconteceram remotamente por meio da plataforma *Microsoft Teams*®. Para registro, utilizou-se a gravação de áudio e diário de campo. A modalidade à distância foi escolhida, em virtude da pandemia resultante da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), a qual se tornou um grave problema de saúde pública mundial e evoluiu com rapidez, esgotando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em diversos países (LIPSITCH, SWERDLOW,

FINELLI, 2020). No início do ano de 2020, com a enfermidade amplamente disseminada em diversos continentes, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) enfatizou a seriedade e determinou situação de pandemia. Com base no desconhecimento sobre a doença e a gravidade da COVID-19, mediante respaldo científico e das experiências de países como a China, Itália, Espanha e França, o MS definiu a quarentena como medida restritiva para a aglomeração de pessoas, no intuito de diminuir a propagação do vírus (OPAS, 2020).

Nesse sentido, os encontros remotos possibilitaram a interação dos participantes em tempo real, permitindo a troca de arquivos de texto, imagens e diálogo, oportunizando aos envolvidos emitirem opiniões, críticas e construção de ideias e conceitos em conjunto. A duração dos encontros foi de aproximadamente duas horas, garantindo o envolvimento dos participantes durante a sessão.

O uso do diário de campo viabilizou o registro das atividades da pesquisa, facilitando reflexões acerca de observações, comentários ou acontecimentos durante a sua execução. O diário foi utilizado em todos os encontros, garantindo o detalhamento e sistematização das informações durante as sessões. De acordo com Minayo (2001, p. 63-64), o diário é [...]

"[...] um instrumento ao qual recorremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Ele, na verdade, é um "amigo silencioso" que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação".

Para Falkembach (1987), com o uso do diário de campo, é possível avaliar as ações realizadas diariamente, sendo esse instrumento mais do que uma anotação e pode funcionar como um sistema de informações, permitindo o investigador exercer capacidade crítica sobre os registros e avaliar as ações realizadas. O registro deve conter alguns itens para ordenamento, tais como um cabeçalho, contendo título, data, hora, local e nome do observador. Ainda, pode ser dividido em três partes: (1) descrição das observações, (2) interpretações do que foi observado e (3) conclusões preliminares, abordando os desafios, as dúvidas e imprevistos ocorridos durante as etapas (Apêndice A).

A gravação em áudio dos encontros garantiu maior precisão e confiabilidade das informações coletadas durante as sessões. Posteriormente, as falas, foram codificadas e transcritas para facilitar a interpretação das informações (AZEVEDO *et al.*, 2017). De acordo com Sampiere, Collado e Lucio (2013), as gravações de áudio como resultados de encontros devem ser transcritas para análise minuciosa da linguagem e deverão possuir qualidade adequada para tal análise e transcrição. Ela deverá obedecer à confidencialidade, substituindo o nome verdadeiro dos participantes por códigos, iniciais, números, entre outros.

Além dos recursos de gravação de áudio e do diário de campo, o registro dos encontros online foi fotografado. As fotografias estão, cada vez mais, sendo utilizadas no campo de documentação, pois o registro visual amplia o conhecimento do estudo, permitindo ilustrar momentos ou situações vivenciadas, além de complementar o projeto como um todo (MINAYO, 2001).

Os encontros remotos, como uma proposta de educação permanente com a equipe, aconteceram nas terças feiras às 19h, no período de setembro a novembro de 2020, em forma de roda de conversa, de acordo com as etapas propostas por Thiollent (2011). Esses encontros foram contabilizados como um Curso de Formação Profissional, intitulado: “Curso sobre a Prevenção Quaternária para profissionais da Atenção Primária”.

Os encontros realizados através do método da roda de conversa de forma dialógica e remota, facilitaram a construção e aprimoramento do Manual Técnico, de acordo com os principais conceitos e informações sobre a P4. O Método Paidéia, também conhecido como Método da Roda, desenvolvido por Campos e colaboradores, corrobora com as concepções libertadoras da educação a partir da convicção que, na roda, se resolvem problemas e que **ninguém sai da roda da mesma forma que entrou** (CAMPOS *et al.*, 2014, grifo nosso). A formação de profissionais demanda competências técnicas ético-políticas e relacionais, acrescidas da sensibilidade para pensar, também, as questões da vida. Propõe-se a educação permanente de sujeitos sob tensão de forças, com diferente duração, em constante movimento e com possibilidade de transformação, tal qual a proposta da EPS (CAMPOS *et al.*, 2014).

Na Tabela 1, estão descritos as etapas e encontros remotos:

Tabela 1 – Descrição dos encontros pedagógicos remotos da pesquisa-ação – “Curso sobre a Prevenção Quaternária para profissionais da Atenção Primária”

ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO DE THIOLENT	ETAPAS REORGANIZADAS	OBJETIVOS	EXCECUÇÃO DAS AÇÕES	RESULTADOS/PRODUTOS
Coleta de dados Saber formal e informal Aprendizagem	1ª ETAPA: Encontro remoto: (2 horas/aula e 4 horas/aula ¹ dispersão. Total: 6 horas/aula).	Conhecer a percepção dos profissionais sobre a P4. Problematização do tema com os participantes. Identificação de situações relacionadas a P4 na APS. Elaboração do diagnóstico da realidade em relação à P4 no local.	Perguntas disparadoras: 1. O que entendemos sobre prevenção? 2. Quais os tipos de prevenção? 3. Já ouvimos falar em P4? 4. O que significa? 5. Que ações nesse sentido realizamos, individualmente e enquanto equipe? Introdução do tema P4 e atividade para sensibilização dos profissionais. Dispersão: foi criado um grupo de <i>WhatsApp</i> ® para disponibilizar os materiais de apoio. Através de vídeos e artigos sobre a P4, em trio, os participantes esboçam estratégias para a elaboração do Manual Técnico.	Construção de um painel com conceito, pontos fortes e pontos fracos da equipe em relação à P4. Exposição com diálogo coletivo (roda de conversa) sobre a P4. Diagnóstico local da realidade em relação à P4.
Coleta de dados Saber formal e informal	2ª ETAPA: Encontro remoto: (2 horas/aula e 4 horas/aula	Elaboração do esboço de do Manual Técnico com principais conceitos e informações sobre o tema.	Resgate dos constructos da etapa anterior e da atividade de dispersão.	Roda de conversa com resgate da primeira etapa

¹ O Curso (1ª etapa, 2ª etapa, 3ª etapa e 5ª etapa), totalizou 32 horas aula.

Aprendizagem	dispersão. Total: 6 horas/aula).		Escolha das ações para fortalecer os principais pontos elencados no diagnóstico da realidade. Dispersão: através do grupo de <i>WhatsApp</i> ®, foi disponibilizado material de apoio (artigos) sobre a finalidade da produção de TE como fonte didática na APS.	Construção coletiva da minuta do Manual Técnico com principais conceitos e informações sobre o tema ² .
Coleta de dados Saber formal e informal Aprendizagem	3º ETAPA: Encontro e construção coletiva do Manual Técnico remotamente: (4 h/aula, 4 h/dispersão, 6 h/ EaD/Fórum e 2h/avaliação. Totalizando: 16 horas/aula)	Construção coletiva do Manual Técnico sobre P4.	Trabalho em roda de conversa de forma remota em plataforma para a construção e aprimoramento da Tecnologia. Dispersão: de acordo com os principais conceitos e informações elencados, em trio, os participantes escolheram algumas imagens que melhor definiram os conceitos e informações do Manual Técnico.	Construção coletiva do Manual Técnico com principais conceitos e informações sobre a P4.
Plano de ação	4º ETAPA: Validação do conteúdo e aparência por <i>expertises</i> e	Validação do Manual Técnico.	Validação através da plataforma <i>Google Forms</i> ®.	Validação do Manual Técnico com principais conceitos e informações sobre a P4.

² Critérios utilizados para a elaboração do Manual Técnico: capa, lista de abreviaturas, sumário, apresentação, introdução, capítulos e índice remissivo. Com número de páginas suficientes para atender as necessidades coletivas. Abordar conceitos importantes da P4 que atendam às necessidades da equipe de acordo com a realidade local. Deverá ser construída com vocabulário claro e objetivo e o conteúdo deverá ser baseado na literatura científica. Para compor a arte gráfica ou *layout* a equipe deverá buscar ilustrações/imagens atrativas e adequadas aos termos propostos.

	Semântica por público-alvo.			
Plano de ação Divulgação externa	5ª ETAPA: Divulgação do Manual Técnico para equipe (Totalizando: 4 horas/aula).	Divulgação do resultado do projeto.	Divulgação do Manual Técnico sobre a P4 aos demais profissionais da APS, pelos participantes, em reunião de equipe. Foi fornecida uma cópia impressa do Manual Técnico aos profissionais de nível superior da APS.	Apresentação do Manual Técnico e sensibilização dos demais profissionais da APS, para a P4;
Plano de ação Divulgação externa	6ª ETAPA: Divulgação Externa	Divulgação do resultado do projeto.	Publicização do Manual Técnico em reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	Elaboração de artigo científico para eventos, congressos, conferências ou publicações científicas. Divulgação do Manual Técnico com principais conceitos e informações sobre a P4 através dos meios de comunicação existentes no município (rádio, jornal, mídia eletrônica).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), adaptado de Thiollent (2011).

A **primeira etapa** teve duração total de quatro horas. No primeiro encontro online que aconteceu na primeira quinzena de setembro de 2020 e teve duração de duas horas, os participantes foram instigados a refletir acerca dos níveis de prevenção por meio de perguntas disparadoras: "o que entendemos sobre prevenção? Quais os tipos de prevenção? Já ouvimos falar em P4? O que significa? Que ações nesse sentido realizamos, na condição de equipe?"

O objetivo desses questionamentos foi promover a reflexão e conhecer quais as percepções e ações dos participantes em relação à P4. A partir dos diálogos, foi construído um painel com conceito, estabelecendo os pontos fortes e pontos fracos da equipe em relação à P4.

Nesse encontro online, ainda, houve a introdução do tema de P4 por meio de uma exposição remota pela mediadora, com acesso ao material de apoio na própria plataforma remota. Nesse momento, os participantes tiveram a oportunidade de problematizar o tema, trocando saberes e fazeres, identificando os principais problemas relacionados à falta de P4 na APS, o que resultou no diagnóstico local da realidade vivenciada pela eSF na prática profissional.

Para aprofundar o conhecimento acerca da P4 e sobre a construção da TE, do tipo Manual Técnico, foi proposta uma atividade de dispersão, posterior ao encontro, com duração de quatro horas, na qual, em trio, os participantes esboçaram estratégias para a elaboração da Tecnologia com os principais conceitos e informações sobre a P4. Para isso, foi criado pela mediadora, um grupo de *WhatsApp*®, e, disponibilizado aos trios, materiais de apoio como vídeos e artigos relacionados ao tema. Essa construção teve previsão de ser retomada na segunda etapa.

A **segunda etapa** teve duração total de quatro horas. No segundo encontro online que aconteceu na segunda quinzena de setembro de 2020 e teve duração de duas horas, foram resgatados os constructos da etapa anterior e da atividade de dispersão com o objetivo de elaborar esboço coletivo da TE do tipo Manual Técnico, com principais conceitos e informações sobre a P4. Nessa fase, de acordo com a discussão, foram propostas e escolhidas as ações para fortalecer os principais pontos compilados no diagnóstico da realidade.

Como resultado, foi realizada a construção coletiva da minuta da TE. Como atividade de dispersão, com duração de quatro horas, por meio do grupo de *WhatsApp*®, foram disponibilizados materiais de apoio (artigos) sobre a finalidade da

produção de material instrucional como fonte didática na APS. Esse conteúdo teve previsão de ser retomado no terceiro encontro online.

A **terceira etapa** teve duração total de 16 horas e aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2020. Foram organizadas atividades remotas e de Ensino à Distância (EaD) nas plataformas disponíveis *Microsoft Teams®* e *Google Sala de Aula®*, distribuídas em: 1) Quatro horas de encontros remotos; 2) Quatro horas de dispersão para estudo; 3) Seis horas de atividade em modalidade EaD com possibilidade de fórum de discussão; e, 4) Duas horas para avaliação do Manual Técnico, antes de seguir para a etapa de validação. Nesta mesma etapa, para a construção coletiva do Manual Técnico foi utilizado o aplicativo *Google Docs®*.

Na modalidade EaD, através da plataforma *Google Sala de Aula®* foram disponibilizados todos os materiais de apoio que já haviam sido enviados pelo *WhatsApp®*, permitindo serem utilizados para o aprimoramento da TE no *Google Docs®*. Foi proposto aos participantes como atividade de dispersão, em trio, escolherem algumas imagens que melhor definissem as informações da minuta do material didático instrucional de acordo com os principais conceitos e informações compiladas por eles.

Na quarta etapa aconteceu o processo de validação do Manual Técnico. A validade foi realizada por meio de três aspectos: 1) Validação de conteúdo; 2) Validação de aparência por expertises; e, 3) Validação semântica por público-alvo. Primeiramente, o conteúdo da TE foi validado por juízes-especialistas na área de APS e temática do estudo. Em seguida, o Manual Técnico passou pela validação de aparência, por juízes-especialistas em *Design* e por fim, foi validada semanticamente pelos profissionais de saúde de nível superior do município de Sul Brasil-SC, que compuseram a amostra de público-alvo.

A **quinta etapa** teve duração de quatro horas. Nessa etapa aconteceu a divulgação externa do resultado do projeto para os demais profissionais da APS e publicação do Manual Técnico. Em reunião de equipe os participantes do projeto apresentaram o Manual Técnico sobre P4 aos demais profissionais, instrumentalizando-os para a prática, instigando o uso da TE na assistência individual e coletiva. Foi fornecida uma cópia impressa da TE desenvolvida aos profissionais da APS. A impressão desse material foi de responsabilidade da Mestranda em parceria com o Governo Municipal. O Manual Técnico foi devidamente registrado na Câmara

Brasileira do Livro (CBL), responsável pela emissão de *International Standard Book Number* (ISBN) e registro autoral.

Na **sexta etapa** aconteceu a divulgação externa do resultado do projeto e a publicização do material didático instrucional, em reunião para o Conselho Municipal de Saúde (CMS). A divulgação do material também aconteceu nos meios de comunicação existentes no município (rádio, jornal, mídia eletrônica) e, ainda, foi elaborado artigo científico para eventos, congressos, conferências ou publicações científicas.

Os encontros remotos aconteceram quinzenalmente de setembro a novembro de 2020 (Tabela 2) e as demais etapas de dezembro de 2020 a junho de 2021.

Cumprir destacar que esses encontros, pelo total de horas/aula (32 horas) e por tratar-se de uma atividade de EPS como os profissionais, geraram uma certificação, vinculada ao Programa de Extensão da UDESC: Fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistenciais nas práticas profissionais na atenção primária à saúde.

Tabela 2 – Cronograma dos encontros

ENCONTROS	ETAPAS	MÊS
1º	Coleta de dados Saber formal e informal Aprendizagem	Setembro de 2020
2º	Coleta de dados Saber formal e informal Aprendizagem	Setembro de 2020
3º	Coleta de dados Saber formal e informal Aprendizagem	Outubro e novembro de 2020
4º	Validação por juízes	Março a maio de 2021
5º	Plano de ação Divulgação externa	Maio 2021
6º	Plano de ação Divulgação externa	Junho 2021

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Fundamentada no referencial teórico-metodológico que preconiza um processo dialógico, crítico e participativo, a análise das informações obtidas durante a pesquisa aconteceu concomitantemente à sua produção.

Dessa forma, todos os momentos vivenciados foram considerados e analisados a partir dos referenciais teóricos apresentados da P4 para atender aos objetivos e para o desenvolvimento do produto final.

Além disso, as informações coletadas e gravadas em áudio ou anotadas no diário de campo foram analisadas com base nas três etapas da Análise Temática de Conteúdo de Minayo (2014): pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados obtidos; e interpretação. Para preservar a identidade dos participantes, foram utilizados codinomes por meio da associação da letra D – de depoimento, seguida da primeira letra da categoria profissional e sequência numérica.

Na etapa de pré-análise, com base nos registros de diário de campo e gravações de áudio, buscou-se retomar as hipóteses e objetivos iniciais do projeto, a fim de identificar elementos que fossem ao encontro dos objetivos do estudo. Nessa etapa foi realizada a leitura exaustiva das informações coletadas, organizando-as de modo que pudessem contribuir na elaboração do Manual Técnico.

Na etapa de exploração do material, tratamento e interpretação dos dados, foi realizada a codificação das informações, classificando os registros encontrados através da transcrição dos áudios e de identificação de ideias/conceitos centrais em recortes de textos transcritos. Desse processo emergiram três categorias temáticas: **a) percepções dos profissionais em relação a Prevenção Quaternária; b) possibilidades dos profissionais para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária e; c) desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da Prevenção Quaternária.** Todas as informações coletadas contribuíram para a fundamentação e seleção dos temas e conteúdo inseridos no Manual Técnico.

4.6 PROCESSO DE VALIDAÇÃO

O Manual Técnico foi submetido a validade de conteúdo e aparência por *expertises* e avaliação semântica por público-alvo. Na literatura científica há

divergências quanto ao número ideal de juízes especialistas, variando de acordo com o referencial empregado e a própria disponibilidade dos especialistas, sendo considerado um fator não dependente do pesquisador (GOMES *et al.*, 2020). No entanto, é recomendado que o processo de validação seja realizado por profissionais especialistas na área temática e de atuação (LEITE *et al.*, 2018).

A validade de conteúdo tem a finalidade de mensurar qualitativamente a adequabilidade do conteúdo do instrumento que está sendo medido. Essa avaliação, realizada por especialistas, deve atingir um grau de concordância significativo, podendo ser mensurado através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Para validação de conteúdo foram convidados 22 juízes especialistas, porém 11 juízes não responderam o instrumento. Considerando que 11 responderam e que esse número encontra-se dentro do que a literatura recomenda, que varia no mínimo cinco e no máximo vinte juízes (POLIT, BECK, 2016), optou-se por encerrar a busca por mais juízes. Sendo assim, participaram do processo de validação de conteúdo **onze profissionais/juízes** (Nietsche, Teixeira, Medeiros, 2014), formados pelas seguintes especialidades: cinco (5) profissionais de nível superior especialistas na APS de instituições vizinhas, quatro (4) profissionais de nível superior especialistas na APS do próprio serviço, dois (2) especialistas em TE e/ou P4.

A validade de aparência tem o objetivo de avaliar a representação estética do instrumento a ser avaliado. Na representação estética estão incluídas as linhas, formas, cores e imagens gráficas. Deve haver uma harmonia na estética gráfica em relação as informações e conteúdo do material, com a finalidade de estimular a leitura, facilitar a compreensão e até mesmo prender a atenção do leitor (SOUZA, MOREIRA, BORGES, 2020).

Para a validação de aparência foram convidados 38 juízes especialistas, porém 33 juízes não responderam o instrumento. Sendo assim, participaram da validação de aparência do Manual Técnico, **cinco profissionais/juízes** especialistas em *Design* (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015; POLIT, BECK, 2016).

Para a avaliação semântica do Manual Técnico por público-alvo, participaram **11 profissionais** de saúde de nível superior atuantes na APS do município de Sul Brasil – SC. A avaliação semântica visa mensurar se o material produzido está

adequado para o público-alvo a que se destina, levando em consideração o seu grau de instrução (ROCHA *et al.*, 2019).

A seleção dos juízes especialistas, seguiu os **critérios de inclusão** descritos na Tabela 3 – **com somatória de 8 pontos**.

Tabela 3 – Critérios de escolha para juízes-especialistas da área da saúde

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Ser Doutor	4
Ser Mestre	3
Ter pós-graduação lato sensu na área da saúde.	3
Participar de pesquisas ou extensão.	3
Possuir trabalhos científicos publicados nos últimos 5 anos	3
Ter participado de eventos científicos nos últimos 5 anos	2
Ter experiência como docente há pelo menos 3 anos.	2
Possuir experiência na APS há pelo menos 3 anos.	2
Possuir conhecimento na APS, EPS e/ou P4.	1
Possuir conhecimento sobre TE.	1
Possuir conhecimento sobre processo de validação.	1

Fonte: Os Autores (2021) adaptado de Teixeira e Mota (2011).

Como **critérios de exclusão**, definiu-se: excluir os juízes que, mesmo aceitando participar, não cumpriu com as orientações de avaliação e devolução do material, permanecendo mais do que os dias estipulados (10 dias) para devolução do instrumento de avaliação, e, os que ficaram incomunicáveis com a pesquisadora, após três tentativas de contato via e-mail.

A seleção dos juízes especialistas, em TE, P4 e *Design*, seguiu os **critérios de inclusão** descritos no Tabela 4 – **com somatória de 9 pontos**.

Como **critérios de exclusão**, definiu-se: excluir os juízes que, mesmo aceitando participar, não cumpriram com as orientações quanto à avaliação e devolução do material, permanecendo mais do que os dias estipulados (10 dias) para devolução do instrumento de avaliação e os que ficaram incomunicáveis com a pesquisadora, após três tentativas de contato via e-mail.

Tabela 4 – Critérios de escolha para juízes-especialistas da área de Tecnologia Educacional, Prevenção Quaternária e *Design*

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Ser Doutor	4
Ser Mestre	3
Ter pós-graduação lato sensu na área da saúde e/ou <i>Design</i> .	2
Ter desenvolvido/orientado dissertação e/ou tese na área de P4, TE e/ou <i>Design</i> .	3
Participar de pesquisas ou extensão sobre P4 e/ou TE e/ou <i>Design</i> .	3
Possuir trabalhos científicos publicados na área de P4, TE e/ou <i>Design</i> .	3
Ter participado de eventos na área da P4 e/ou TE e/ou <i>Design</i> nos últimos 5 anos.	2
Ter experiência como docente há pelo menos 3 anos.	2
Possuir experiência na APS e/ou <i>Design</i> há pelo menos 3 anos.	2
Possuir conhecimento sobre P4.	1
Possuir conhecimento sobre TE.	1
Possuir conhecimento sobre <i>Design</i> .	1
Possuir conhecimento sobre processo de validação.	1

Fonte: Os Autores (2021) adaptado de Teixeira e Mota (2011).

A partir desses critérios, foi iniciada a busca de currículos na *Plataforma Lattes®* e enviada uma carta convite para o e-mail de cada profissional informando-o sobre o propósito do estudo e seu produto, ou seja, o tipo de tecnologia produzida, como seria sua participação no processo de validação, esclarecendo conceitos que deram origem ao instrumento, as dimensões envolvidas e o modelo de medida usado e o prazo para concordância em participar dele e ainda a concordância por meio do aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para avaliação semântica, selecionou-se o público-alvo por conveniência, de acordo com o seguinte critério: ser profissional de saúde de nível superior atuante na APS do município de Sul Brasil - SC.

Para manter o anonimato dos juízes, os nomes foram substituídos por codinome, sendo letra J – de "juiz" seguida de uma sequência numérica.

A validação de conteúdo do Manual Técnico aconteceu individualmente e abrangeu avaliar os seguintes critérios: a) objetivos; b) conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia; c) relevância e usabilidade. Foi utilizado um instrumento (Apêndice B) com uma escala *Likert* de 1 a 4, considerando: (1) Inadequado, (2) Parcialmente inadequado, (3) Adequado e (4) Totalmente adequado. Os

profissionais/juízes foram orientados a marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor que, na opinião de cada um, estivesse mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações "1" e "2" (TEIXEIRA, MOTA, 2011). Ainda, sobre o prazo para preenchimento e devolução dos instrumentos de validação de conteúdo e aparência, através da Plataforma *Google Forms*®, foi dado um período de 10 dias.

Para avaliar a proporção de concordância entre os profissionais/juízes, foi utilizado o IVC, que consiste em um instrumento que permite analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo, sendo empregado intensamente na área da saúde (ALEXANDRE e COLUCI, 2011; COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015). O nível do índice é calculado pela somatória de concordância dos itens que foram marcados como (3) e (4). A fórmula para avaliar cada item foi a seguinte: $IVC = (\text{igual}) \text{ número de resposta (3) e (4) } / (\text{dividido}) \text{ pelo número total de respostas}$. **A taxa de concordância aceitável entre os juízes foi igual ou superior a 0,80.** Os itens que receberam pontuação (1) ou (2) foram revisados.

A validação da aparência do Manual Técnico foi realizada tendo como balizador o instrumento americano *Suitability Assessment of Materials* (SAM), traduzido para a língua portuguesa (Apêndice C), para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos (SANTIAGO, MOREIRA, 2019).

Foram avaliados quatro critérios: 1) conteúdo; 2) linguagem; 3) ilustrações gráficas e motivação e 4) adequação cultural. A escala *Likert* do instrumento foi de 0 a 2, considerando: (0) Inadequado, (1) Parcialmente adequado e (2) Adequado.

Os juízes-especialistas foram orientados a marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor, que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificativas relacionadas as valorações apontadas como "0" e "1".

Os itens que recebem pontuação (0) e/ou (1) foram revisados. O cálculo do escore total de adequação foi feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total máximo de escores (13 itens = 26 escores) e multiplicado por 100, para transformar em percentual e a interpretação se deu da seguinte forma: **70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado)** (SANTIAGO, MOREIRA, 2019).

Para finalização dessa etapa, foram incorporados os conteúdos considerados pertinentes aos itens revisados, os quais serão apresentados posteriormente.

A avaliação semântica do Manual Técnico pelo público-alvo, ocorreu tendo como base o instrumento de validação específico para público-alvo (Apêndice D), adaptado de Teixeira e Mota (2011), de acordo com cinco aspectos: a) objetivos; b) organização; c) estilo da escrita; d) aparência e, e) motivação, em uma escala Likert de 1 a 4, considerando: (1) Totalmente adequado, (2) Adequado, (3) Parcialmente Adequado e (4) Inadequado.

Os avaliadores puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor, que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações "3" e "4". Para a análise quantitativa foi utilizado o **Índice de Concordância Semântica (ICS) mínimo de 0,80**. O índice foi obtido através da soma de respostas (1) Totalmente Adequado e (2) Adequado, dividido pelo número total de respostas (SIQUEIRA et al., 2020).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram informados sobre o projeto virtualmente, via *e-mail*, preservando a identidade, autonomia e livre escolha de participação, com leitura e assinatura de TCLE para participação da pesquisa (Anexo B e C), podendo se retirar do projeto, sem prejuízo, em qualquer etapa. Os participantes tiveram o prazo de 10 dias para assinar e devolver o TCLE. O material resultante do projeto, isto é, os questionários, diário de campo e gravação de áudio serão guardados pela pesquisadora em total segurança e sigilo por um período de cinco anos.

4.7.1 Riscos

Os riscos foram considerados mínimos, por haver a possibilidade de acontecer cansaço físico, emocional e incomodidade. Foi assegurado aos participantes a interrupção da participação no projeto, por quaisquer motivos.

4.7.2 Benefícios (diretos e indiretos)

Os participantes não foram beneficiados financeiramente, mas sua participação contribuirá para o conhecimento científico relacionado à P4 e Formação Profissional na APS. Sempre que houve necessidade, foram fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do projeto e, a qualquer momento, o participante teve a liberdade de recusar a sua participação e, também, de retirar seu consentimento sem que isso lhe causasse qualquer penalidade ou prejuízo. Os benefícios indiretos envolveram a produção técnica e científica acerca do tema da P4 para a área de conhecimento da Enfermagem Brasileira e Saúde Pública.

4.7.3 Desfecho

A pesquisa seguiu as orientações propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UDESC, com vinculação ao Macroprojeto, intitulado – "Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde", coordenado pela Prof. Dra. Carine Vendruscolo, docente desta instituição, com CAAE: 10420819.0.0000.0118, sendo aprovado de acordo com o Parecer nº 3.375.951, na data de 06 de junho de 2019 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRODUTOS TÉCNICOS E BIBLIOGRÁFICOS

Segundo o Relatório de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), um **produto** “é o resultado palpável de uma atividade docente ou discente, podendo ser realizado de forma individual ou em grupo. O produto é algo tangível, que se pode tocar, ver, ler, etc. Pode ser um cultivar ou um conjunto de instruções de um método de trabalho” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, p. 16).

Nesse material, consta que um “**Processo ou Atividade**” “é um conjunto de tarefas de trabalho, podendo ser realizada de forma individual ou em grupo, cujo cliente é o próprio autor/executor [...] Os Processos/atividades são ações executadas pelas pessoas [...]” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, p. 16).

O presente estudo deu a origem à seguinte produção técnica e científica:

5.1.1 Produto Técnico 1 – Tecnologia Educacional: Manual Técnico

O principal produto desse estudo foi a criação e validação de uma TE, do tipo Manual Técnico sobre P4. A TE servirá de apoio/suporte com fins didáticos na mediação de processos de aprendizagem, em diferentes contextos pedagógicos. Pode ser impresso, individual ou novas mídias (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019).



PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: COMO EVITAR OS EXCESSOS E NÃO CAUSAR DANOS?



PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM



S729p Souza, Aline Lemes de
Prevenção quaternária: como evitar os excessos e não
causar danos? / Aline Lemes de Souza; revisão Carine
Vendruscolo, Denise Azambuja Zocche; colaboração Daniela
Senhor Girelli... [et al.]; organização Universidade do
Estado de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem - Chapecó: Edição da autora, 2021.
89 p.: il.; 30 cm
ISBN: 978-65-00-27910-8
Inclui bibliografia.
1. Prevenção quaternária. 2. Atenção básica. 3.
Enfermagem - Formação profissional. Vendruscolo, Carine.
II. Azambuja, Denise Zocche. III. Girelli, Daniela
Senhor IV. Universidade do Estado de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. V. Título.
CDD: 616.075 - 20.ed.

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca Marlene dos Santos Franceschi CRB-14/B12
Biblioteca UDESC/OESTE

ELABORAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

Aline Lemes de Souza

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela Faculdade de Educação Superior de Chapecó (FACESC). Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), Centro de Educação Superior do Oeste (CEO), pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Membro do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/UDESC).

E-mail: alinedbeth@hotmail.com

REVISÃO

Carine Vendruscolo

Enfermeira, Pós Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Vice coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS/UDESC). Líder do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS/UDESC) e membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA/UDESC).

E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Educação (UFRGS). Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS).

E-mail: denise.zocche@udesc.br

COLABORADORES

Daniela Senhor Girelli

Psicóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Daniela Signor

Educadora Física na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Graduada em Educação Física pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Francieli Hollas Rosalem

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pela Universidade do Contestado (UnC), Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade São Fidelis (FSF), Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Franciane Aparecida Perera

Odontóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista em Ortodontia pela Faculdade de Educação Superior de Chapecó (FACESC). Graduada em Odontologia pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

Lizandra Dal Piva Tafarel

Médica na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Graduada em Medicina pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

Nara Regina Mezzomo

Médica na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Graduada em Medicina pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Paula Andressa Bernardes de Oliveira

Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tatiana Tonel

Fisioterapeuta na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Faculdade Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos (CBES).

Viviana Orben

Odontóloga na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC. Especialista em Implantodontia pela Faculdade Integrada do Norte de Minas (FUNORTE). Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

LISTA DE ABREVIATURAS

AE – Alimentação Emocional
ANSS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ATM – Articulação temporomandibular
AVE – Acidente Vascular Encefálico
APS – Atenção Primária à Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
DOE – <i>Disease Oriented Evidence</i>
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eAB – equipe de Atenção Básica
eSF – equipe de Saúde da Família
eSB – equipe Saúde Bucal
EPS – Educação Permanente em Saúde
GBD – Global Burden
GM – Gabinete do Ministro
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IHME – Institute of Health Metrics and Evaluation
IMC – Índice de Massa Corporal
ISTs – Infecção Sexualmente Transmissível
LDL – Lipoproteínas de Baixa Densidade
MPEAPS – Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
MTPC – Medicinas Tradicionais e Práticas Complementares

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

P1 – Prevenção Primária

P2 – Prevenção Secundária

P3 – Prevenção Terciária

P4 – Prevenção Quaternária

PICS – Práticas Integrativas e Complementares

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

POEM – *Patient Oriented Evidence that Matters*

PBE – Prática Baseada em Evidências

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSA – Antígeno Prostático Específico

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RN – Recém-natos/nascidos

SC – Santa Catarina

OMS – Organização Mundial da Saúde

RMs – Racionalidades Médicas

SUS – Sistema Único de Saúde

TE – Tecnologia Educacional

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

WONCA – *World Organization of Family Doctors*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	12

CAPÍTULO 01: PREVENÇÃO

O QUE É PREVENÇÃO?	15
PREVENÇÃO REDUTIVA E ADITIVA	17
PREVENÇÃO REDUTIVA	17
PREVENÇÃO ADITIVA	17
REFERÊNCIAS	19

CAPÍTULO 02: PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O QUE É PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?	21
QUAIS FATORES TEM CONTRIBUÍDO PARA A OCORRÊNCIA DOS TRATAMENTOS EXCESSIVOS?	23
O QUE É IATROGENIA?	24
REFERÊNCIAS	26

CAPÍTULO 03: RASTREAMENTO

O QUE SÃO EXAMES DE RASTREAMENTO?	28
QUAIS OS TIPOS DE RASTREAMENTOS EXISTENTES?	29
EXCESSO DE RASTREAMENTO	31
EXCESSO DE EXAMES COMPLEMENTARES	33
REFERÊNCIAS	36



40%



CAPÍTULO 04: MEDICALIZAÇÃO OU SOBREMEDICALIZAÇÃO

O QUE É MEDICALIZAÇÃO OU SOBREMEDICALIZAÇÃO?	38
MEDICALIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO	39
O QUE É "MEDICALIZAÇÃO DA VIDA"?	41
REFERÊNCIAS	44

CAPÍTULO 05: PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DE QUEM É A RESPONSABILIDADE DE APLICAR A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?	46
COMO É POSSÍVEL INCORPORAR A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA PRÁTICA CLÍNICA?	47
PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	54
REFERÊNCIAS	58

CAPÍTULO 06: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O QUE SÃO PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	61
QUANTAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EXISTEM?	62
QUEM PODE APLICAR AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	68
COMO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES FAVORECEM A APLICABILIDADE DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?	70
REFERÊNCIAS	72

CAPÍTULO 07: PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

QUAL A DIFERENÇA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO?	74
QUAIS OS BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA?	75
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E	

REFERÊNCIAS	80
-------------	----

CAPÍTULO 08: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O QUE É ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL?	82
PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL	83
REFERÊNCIAS	86

ÍNDICE REMISSIVO	87
------------------	----

APRESENTAÇÃO

Este Manual Técnico é uma Tecnologia Educacional (TE) desenvolvida por meio do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

A figura do quebra-cabeça escolhida para compor essa TE representa a interprofissionalidade no processo construtivo desse instrumento didático. De acordo com o Dicionário *online* de Português (2021), quebra-cabeça significa "jogo com diversas e diferentes peças que devem ser ligadas de modo a formar um todo [...]".

Neste sentido, essa TE foi elaborada pelos profissionais de saúde de nível superior do município de Sul Brasil – SC, representando as diferentes áreas do saber, na busca de um único objetivo, contribuir para o avanço educacional de profissionais de saúde acerca da Prevenção Quaternária.

Para organização desse Manual Técnico, foram realizados quatro encontros dialógicos. Durante esses encontros os profissionais de saúde tiveram a oportunidade de discutir sobre a temática – Prevenção Quaternária – e, realizar o alinhamento teórico, elencando os principais conceitos e informações, que estão descritos nessa TE.

A Prevenção Quaternária, cuja sigla universal é abreviada por P4, e também será utilizada nesse material, ainda é pouco reconhecida pelos profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS), porém a sua incorporação na prática é de extrema importância. A P4 visa, através de vários critérios identificar os excessos de intervenções e medicalização, tanto diagnóstica quanto

terapêutica, protegendo os pacientes dos danos provocados por esses excessos, propondo alternativas cabíveis (JAMOUSSE *et al.*, 2013).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz parte do processo de trabalho dos profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS) o desenvolvimento de ações em todos os níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária).

Nesse contexto, o Manual Técnico aborda os principais conceitos e informações sobre a P4, servindo de instrumento para o fortalecimento da P4 no cotidiano de prática. Desta forma, além de qualificar o ensino sobre a P4, contribuirá para o aprimoramento do plano de cuidado aos indivíduos e coletividades, estimulando os profissionais de saúde a refletirem sobre as condutas adotadas no contexto clínico, dando maior segurança na tomada de decisão. Neste Manual Técnico também abordaremos os tratamentos alternativos, que tiveram uma grande expansão no Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, e, podem fazer parte da abordagem clínica para resolver problemas do cotidiano, com importantes reflexos na desmedicalização.

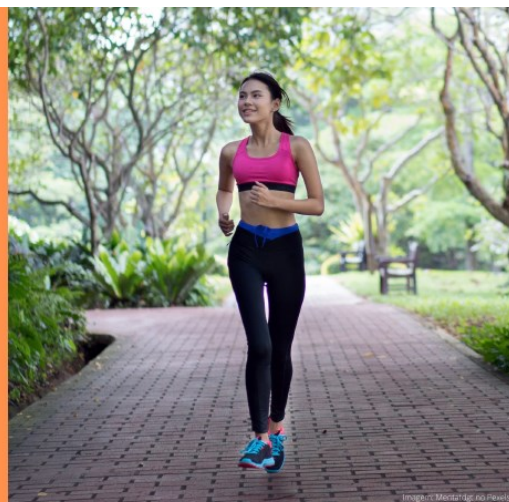
INTRODUÇÃO

Sem dúvida, o avanço tecnológico tem contribuído na agilidade diagnóstica e medicamentosa, porém é importante que os profissionais de saúde reflitam sobre o uso correto e consciente das tecnologias associadas a prevenção. Excessos de exames, medicamentos e procedimentos, podem causar danos não apenas clínicos, mas também sociais e culturais.

A partir dessa perspectiva, ganha destaque a P4, considerada um quarto nível de prevenção. Cumpre destacar que o conceito de prevenção tem se modificado ao longo dos anos, com um direcionamento para a clínica de doenças e hoje tem sido um desafio para os profissionais de saúde encontrarem uma constância entre a prevenção e o tratamento.

Nesse contexto, abordar a P4 torna-se fundamental, principalmente na APS, cuja premissa é a resolutividade, garantindo a acessibilidade e continuidade do cuidado. Faz parte do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (eAB), equipes de Saúde da Família (eSF), equipe Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência aos pacientes, buscando identificar as necessidades de saúde da população, ofertando o melhor serviço.

Nesse contexto, esperamos poder esclarecer para os profissionais de saúde, o conceito e a importância da P4 no cotidiano da prática.

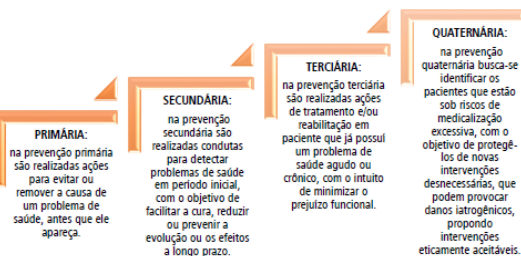


CAPÍTULO 01 PREVENÇÃO

O que é prevenção?

Podemos definir a prevenção como a ação de evitar a ocorrência ou o desenvolvimento de um problema de saúde e/ou suas complicações, ou seja, reduzir e manter o controle do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a acometer um indivíduo (BRASIL, 2013).

A prevenção é organizada em quatro níveis:



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

De acordo com Zonta *et al.* (2017) podemos citar alguns exemplos de prevenção, de acordo com os quatro níveis:

- **Prevenção primária (P1):** nesse nível são desenvolvidas ações de promoção e educação em saúde (orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade, escovar os dentes, fluoretar a água potável) e de proteção específica (imunização).

- **Prevenção secundária (P2):** nesse nível realiza-se o diagnóstico precoce, sendo, atualmente, preferível o uso do termo "diagnóstico oportuno" em vez de detecção precoce, porque a diagnose precoce nem sempre é vantajosa para o paciente. Nesse nível citam-se os exames de rastreamento como mamografias e preventivo do câncer de colo de útero.

Por isso, é importante compreender as diferenças entre os termos diagnóstico precoce, diagnóstico oportuno e rastreamento:

Diagnóstico precoce: são identificados pelo paciente ou pelo profissional de saúde sinais e sintomas de uma doença, para facilitar o diagnóstico antes que aconteça a piora da doença.

Diagnóstico oportuno: abordagem mais centrada no indivíduo, de acordo com situações específicas, busca diagnosticar no tempo certo/oportuno.

Rastreamento: realização de teste em indivíduos assintomáticos com o objetivo de identificar alterações sugestivas de uma doença para possível diagnóstico e tratamento (em fase assintomática), visando diminuir a morbimortalidade.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

- **Prevenção terciária (P3):** nesse nível citam-se a prevenção de complicações do diabetes ou reabilitação após um acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto.
- **Prevenção quaternária (P4):** nesse nível pode se citar de exemplo o desencorajamento do rastreamento generalizado do câncer de próstata na população masculina por meio da dosagem de PSA (antígeno prostático específico) e/ou toque retal.

Prevenção redutiva e aditiva

Prevenção redutiva

Refere-se a ação que visa diminuir riscos e exposições que estão associados ao estilo de vida tanto individuais, como coletivos. Essas ações podem ser operacionalizadas de maneira individual ou coletiva, através de intervenções



Imagem: Mabel Amber no Pexels.

fundamentadas cientificamente. O objetivo da prevenção redutiva é propor condições ou estilos de vida mais saudáveis, sustentáveis e ecologicamente corretas. Por exemplo: estimular a prática de atividade física, orientar uma alimentação saudável (livre de agrotóxicos e se possível não processada industrialmente), aconselhar a redução do uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, entre outros (ZONTA et al., 2017).

Prevenção aditiva

Refere-se a ação que visa proteger os indivíduos de algum evento mórbido futuro e para isso, necessita a introdução de um fator ou produto artificial (químico ou físico), que será aplicado no indivíduo ou no ambiente. A prevenção aditiva é invasiva e necessita intensamente da P4, porque pode causar danos tanto para as pessoas como para o ambiente. Nesse caso, há a necessidade de comprovação



Imagem: Jeshoots.com no Pexels.

científica contundente e de alta qualidade, com garantia de segurança e efetividade, por exemplo: vacinas, rastreamentos, uso de estatinas no tratamento de colesterol, entre outros (ZONTA et al., 2017).

17

18

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

JAMOULLE, M.D et al. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. Wonca world conference Prague 2013. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf>.

JAMOULLE, M.D. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v.10, 2015.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. Saberes plurais: educação na saúde, v.2, n. 3, dezembro de 2018.

QUEBRA-CABEÇA. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2009-2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/quebra-cabeca/>.

TESSER C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev. Saúde Pública, 2017.

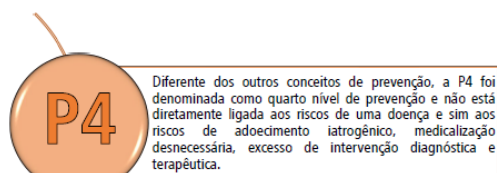
ZONTA, R. et al. Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária. Florianópolis: UFSC, 2017.

19

CAPÍTULO 02 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O que é Prevenção Quaternária?

A P4 pode ser considerada um conceito recente no cotidiano e prática profissional. Proposto pelo médico de família Marc Jamoulle, em 1999, o conceito da P4 foi oficializado pela *World Organization of Family Doctors (Wonca)*, em 2003.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

O acesso e o uso excessivo das tecnologias duras, bem como a própria expansão do mercado farmacêutico tem favorecido ao que chamamos de comercialização da saúde e uma cultura distorcida da prevenção.

Criou-se uma cultura errônea da prevenção, voltada para realização de exames em todas as faixas etárias, para assintomáticos, e, até mesmo, pessoas sem comorbidades e fatores de risco. Práticas intervencionistas desacompanhadas de critérios clínicos adequados e a prescrição abusiva de medicamentos em públicos saudáveis, tem criado uma demanda fictícia de doentes, sem, necessariamente, haver uma doença, consequentemente interferindo qualidade de vida das pessoas.

21

incapacidade ou comprometimento funcional, e o método empregado é a reabilitação.

» Na **prevenção quaternária** o indivíduo sente-se doente, porém não há presença de doença, por isso, questiona-se a relação médico-paciente, permitindo também questionar o agir profissional a todos os outros níveis de prevenção.

Notoriamente, nem todas as intervenções médicas trazem benefícios aos indivíduos e quando excessivas ou desnecessárias, podem causar riscos. Na prática, a P4 necessita de um olhar coletivo dos profissionais, pois está intimamente relacionada com a ação profissional e pode incidir positivamente nos outros níveis de prevenção, essencialmente na prevenção secundária e na promoção da saúde.

Quais fatores tem contribuído para a ocorrência dos tratamentos excessivos?

A P4 é fundamentada em dois princípios: o da proporcionalidade e o de precaução. O princípio da proporcionalidade defende que os ganhos devem superar os riscos e o da precaução (*primum non nocere*), que primeiro, enquanto profissionais, não devemos causar danos (NORMAN, TESSER, 2009).



Imagem: Mart Production no Pexels.

Vários fatores têm contribuído para o emprego de tratamentos excessivos, sejam eles medicamentosos, diagnósticos ou intervencionistas. Tais condutas, por vezes, não estão relacionadas só com o avanço da

23

Nesse contexto, a P4 visa identificar os indivíduos que estão em risco de tratamento excessivo, protegendo-os de novas intervenções desnecessárias ou impróprias, sugerindo alternativas cabíveis.

O quadro a seguir define a abordagem científica e a percepção tanto do paciente, como do profissional em relação a doença e a sintomatologia.

		PONTO DE VISTA PROFISSIONAL	
		Sem doença	Com doença
PONTO DE VISTA DO PACIENTE	Sem sintomas	Prevenção Primária (sem sintomas e sem doença)	Prevenção Secundária (sem sintomas e com doença)
	Com sintomas	Prevenção Quaternária (com sintomas e sem doença)	Prevenção Terciária (com sintomas e com doença)

Fonte: adaptado de Jamoulle (2015).

De acordo com Depallens *et al.* (2020):

- » Na **prevenção primária** acontece a ação preventiva na ausência de alterações patológicas, evitando a ocorrência da doença antes que ela apareça.
- » Na **prevenção secundária** a doença está presente, porém ainda não é percebida pelo indivíduo, sendo identificada através da descoberta precoce da doença, onde o método empregado é o rastreamento.
- » Na **prevenção terciária** o indivíduo se sente doente, pois há o consenso (profissional-paciente) sobre uma doença. Há a presença de alguma

22

tecnologia e a mercantilização de doenças, mas também com as estruturas organizacionais e o excesso de consultas, que por sua vez facilitam o acesso especializado e incentivam o uso de tecnologias duras.

Ainda cabe destacar que, existem os fatores intrínsecos da prática profissional que podem colaborar para a utilização excessiva dos serviços em saúde, como o grau de segurança profissional, voltado para a própria formação e a falta de experiência profissional, a medicina defensiva não baseada em evidência científica e incentivos econômicos.

Portanto, na prática profissional é extremamente importante avaliar os riscos e os benefícios de uma intervenção, para que os profissionais possam evitar ações iatrogênicas.

O que é iatrogenia?

De acordo com Tesser (2012) a iatrogenia é caracterizada por danos reais ou potenciais provocados pela própria ação profissional. Esses danos podem ser classificados em:

- » **Iatrogenia clínica:** é o dano provocado por uma intervenção médica, que incide efeitos prejudiciais direto a pessoa, ou seja, dano provocado diretamente pela ação profissional.
- » **Iatrogenia social:** está relacionada com impactos sociais diversos, associados a comportamentos apassivados e angustiados das pessoas, com isso, aumentando a necessidade ou a busca por cuidados profissionais, para cada vez mais problemas inespecíficos.
- » **Iatrogenia cultural:** está relacionada ao empobrecimento cultural ou psicossocial, provocando a impotência da população em manejar situações

24

corriqueiras, que fazem parte da sua vivência, como sofrimento, adoecimento, dores, morte, etc.

Além da iatrogenia clínica, social e cultural, pode-se destacar os danos provocados pelos excessos de prevenção, ou seja, intervenções provocadas pela ação profissional, que através de resultados falsos positivos ou falsos negativos podem gerar efeitos, como ansiedade, insegurança, sensação de estar com uma doença ou ser doente. Todos esses efeitos incidem na iatrogenia social e cultural, tornando as pessoas cada vez mais dependentes da ação profissional com uma crença ilusória na prevenção e cura através das tecnologias duras.

25

REFERÊNCIAS

- DEPALLENS, M. A. et al. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v.24, suppl. Interface (Botucatu), 2020.
- GROSS, D.M.P.; CAMACHO, A.C.L.F.; LAGE, L.R. et al. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFPE / Revista de Enfermagem da UFPE, Suppl. 4, vol. 10, p.3608-3619. 24p, Sep, 2016.
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. Rev Port Med Geral Fam, Lisboa, v.28, n. 6, p.398-399, nov. 2012.
- JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. Rev Bras Med Fam Comum, v.10, 2015.
- NORMAN, A. H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, set., 2009.
- TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. Mundo da Saúde, São Paulo: v.36, p.416-426, 2012.
- TESSER C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev. Saúde Pública, 2017.
- PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. Saberes plurais: educação na saúde, v.2, n.3, dez., 2018.

26



Imagem: Mart Production/No Pixels

CAPÍTULO 03

RASTREAMENTO

O que são exames de rastreamento?

O termo rastreamento é derivado do inglês *screening*, cujo significado traz a ideia de peneira – do inglês *sieve* – rica em furos, ou seja, todos os programas possuem resultados falso positivos e falso negativos (BRASIL, 2013).

Contudo, a palavra *screening* ou *check-up* passou a ter um significado diferente ao longo dos anos, de algo sem furos, ou seja, aumentou-se as expectativas sobre a realização dos rastreamentos e criou-se uma crença por parte das pessoas de que qualquer resultado falso positivo e negativo é considerado erro do programa ou do médico (BRASIL, 2013).



Imagem: Amornthep Srina no Pixels.

O rastreamento é uma ação da prevenção secundária e compreende a realização de testes ou exames em pessoas saudáveis, sem presença de sintomas ou doença, com o objetivo de identificar as pessoas com maior probabilidade ou em risco de apresentar uma doença. Pode-se dizer que o rastreamento favorece a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013) existem duas maneiras de realizar o rastreamento:

- » **Rastreamento oportunístico:** é aquele indicado quando uma pessoa procura um serviço de saúde por algum motivo de saúde e o profissional, na oportunidade, rastreia alguma doença ou fator de risco. Essa forma de

28

rastreamento é mais utilizada nos serviços de saúde mundialmente, porém além de impactar menos sobre a morbidade e a mortalidade relacionadas à condição rastreada, também é mais dispendioso para o sistema de saúde de maneira geral.

➤ **Rastreamento através de programas organizados:** é aquele realizado de maneira sistematizada para detectar precocemente uma determinada doença, condição ou risco. É indicado em população assintomática e devem ser ofertadas por instituições de saúde estruturadas que ofereçam aos pacientes o rastreamento de acordo com a evidência e grau de recomendação favorável para a intervenção e que garantam aos pacientes o tratamento para a condição rastreada.

Através de programas organizados se tem um maior controle das ações e informações dos rastreamentos, podendo garantir o intervalo correto para sua realização, de maneira que garanta tanto o acesso, como o seguimento caso um diagnóstico seja confirmado.

No Brasil, os programas de rastreamento devem ser estruturados a partir da APS, pelas eSF (BRASIL, 2013). Por isso é muito importante que os profissionais de saúde busquem aperfeiçoar o seu conhecimento sobre tais conceitos e graus de recomendação, para que assim, tenham uma melhor e mais fundamentada qualificação da atividade clínica.

Quais os tipos de rastreamentos existentes?

São inúmeros os tipos de rastreamento existentes na prática clínica. De acordo com Brasil (2013) e Zonta *et al.* (2017), podemos dividir algumas das

principais recomendações, sobre avaliação de risco, rastreamentos e diagnóstico precoce, em:

RASTREAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E ESTILOS DE VIDA

Avaliação e rastreamento de risco cardiovascular;
Rastreamento de dislipidemia;
Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
Rastreamento de diabetes mellitus (DM) tipo II;
Rastreamento de tabagismo;
Rastreamento de abuso de álcool;
Rastreamento de obesidade;

RASTREAMENTO NAS CRIANÇAS

Rastreamento de anemia falciforme em recém-natos (RN);
Rastreamento de hipotireoidismo congênito;
Rastreamento de fenilcetonúria;
Teste da orelhinha;
Rastreamento para detecção da ambliopia, estrabismo e defeitos da acuidade visual;
Rastreamento de fibrose cística;
Rastreamento de hiperplasia adrenal congênita;
Rastreamento de deficiência de Biotinidase;

RASTREAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER

Rastreamento de câncer do colo do útero;
Rastreamento de câncer de mama;
Rastreamento de câncer da próstata;

Rastreamento de câncer de cólon e reto;
Rastreamento de câncer de pele;
Rastreamento de câncer de boca;

RASTREAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

Rastreamento de HIV;
Rastreamento de sífilis;
Rastreamento de hepatite B;
Rastreamento de hepatite C;
Rastreamento de clamídia e gonorréia;

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Excesso de rastreamento

O excesso de rastreamento pode ser caracterizado pela demasia da indicação, ou a indicação sem critério de exames de rastreamento. Esse excesso pode trazer mais malefícios do que benefícios para uma população, principalmente quando não há validação dos programas para um rastreamento adequado.



Imagem: Andrew Dick no Pexels.

A P4 não contraria as recomendações de rastreamento do Ministério da Saúde (MS), apenas busca enfatizar que esse tipo de indicação não deve ser a primeira opção quando há incertezas inerentes a prática clínica.

Os problemas de saúde das pessoas que buscam atendimento com sintomatologia ou diagnósticos confirmados diferem das pessoas que não tem sintomatologia e dependem da indicação profissional para prevenir ou diagnosticar precocemente uma doença ou um possível risco de adoecer.

Apesar de ser dever do profissional em ambas as situações evitar danos iatrogênicos, quando as pessoas possuem sintomatologia ou diagnóstico confirmado de alguma doença e provavelmente envolve um grau de sofrimento pelo doente, é praticamente inevitável uma intervenção diagnóstica e/ou terapêutica. Nesse caso, pode ser tolerável algum dano (iatrogênico), não havendo uma cobrança para um resultado favorável, desde que haja responsabilidade ética e técnica sobre as condutas adotadas (NORMAN, TESSER, 2009).

Quando não há sintomatologia por parte do usuário e há apenas uma preocupação em prevenir ou realizar o rastreamento, há uma responsabilidade maior em avaliar se os benefícios superam os riscos das intervenções. Nesse caso deve-se ter precaução e ser extremamente conservador nas condutas tanto diagnóstica quanto terapêuticas. Em usuários assintomáticos, após um rastreamento indevido, pode haver prejuízos com implicações sociais dessa intervenção, principalmente quando acontece uma caracterização de doença de acordo com um resultado falso positivo.



Imagem: Andrea Piacquadio no Pexels.

Em casos falsos positivos, além dos efeitos físicos, provocados pelo procedimento diagnóstico, também tem os efeitos psicológicos, devido a sensação de

estar doente ou ter uma doença. Ainda, cabe destacar que alguns tumores benignos sem relevância clínica, identificados principalmente em rastreamentos de câncer de mama, podem causar efeitos psicológicos importantes, pois induz ao usuário achar ter algo grave, principalmente pela associação a palavra câncer (NORMAN, TESSER, 2009).

Criou-se uma expectativa muito grande por parte da população em relação aos exames de rastreamento, havendo um procura cada vez maior por intervenções em saúde (exames laboratoriais em todas as idades, busca por mamografias, exames preventivos de próstata e testes de glicemia sem indicação clínica, entre outros).

Os exames de rastreamentos necessitam de sustentação científica de qualidade (melhor evidência), para que se possa avaliar o custo-benefício e efetividade da sua indicação na prática. **Por isso, que a P4 corrobora e estimula os profissionais de saúde estarem atualizados cientificamente e que façam uso da medicina baseada em evidência na sua prática clínica, principalmente na decisão de rastrear e evitar excessos desnecessários e prejudiciais (NORMAN, TESSER, 2009).**

Além dos rastreamentos, na prática clínica, também existem as solicitações de exames clínicos diversos, que impactam negativamente tanto quanto outras intervenções, quando, em excesso.

Excesso de exames complementares

Ao longo dos anos, a busca pela realização de exames complementares tornou-se cultural pela população, mas **ainda há uma tendência profissional em solicitar mais exames do que o necessário, que necessita ser**

33

repensada, já que essa ação pode causar sérios e previsíveis danos aos usuários.

Essa tendência da demasia na solicitação de exames pode estar relacionada a influência da prática médica especializada e da própria formação profissional hospitalocêntrica (NORMAN, TESSER, 2009).

A prática médica especializada traz uma abordagem com maior enfoque na doença conforme a sua especialidade, ou seja, busca descartar algum problema de saúde, responsabilizando o especialista em não deixar de identificar um diagnóstico na sua área de atuação, ou do contrário, seria considerado incompetência. Por esse motivo, não há um limite de testes diagnósticos na prática especializada, tendo um intenso número de intervenções, com a finalidade de obter uma certeza diagnóstica (NORMAN, TESSER, 2009).



Imagem: Rodnae Productions no Pexels.

A formação profissional, quando hospitalocêntrica, atribui ao profissional uma maior responsabilidade do saber e do intervencionismo, já que nesse caso, a doença já existe ou já está instalada. É caso do contexto hospitalar, onde a doença é prevalente e consequentemente aumenta a investigação por testes diagnósticos, diferente da APS (NORMAN, TESSER, 2009).

Essa aprendizagem difere da APS e das eSF, porque nesse caso, os prejuízos são maiores que os benefícios. Na APS, ações coletivas de promoção à saúde devem ser incentivadas, no intuito de evitar a prevalência de doenças

34

e o uso indiscriminado de testes diagnósticos, sob o risco de surgirem os falsos positivos.

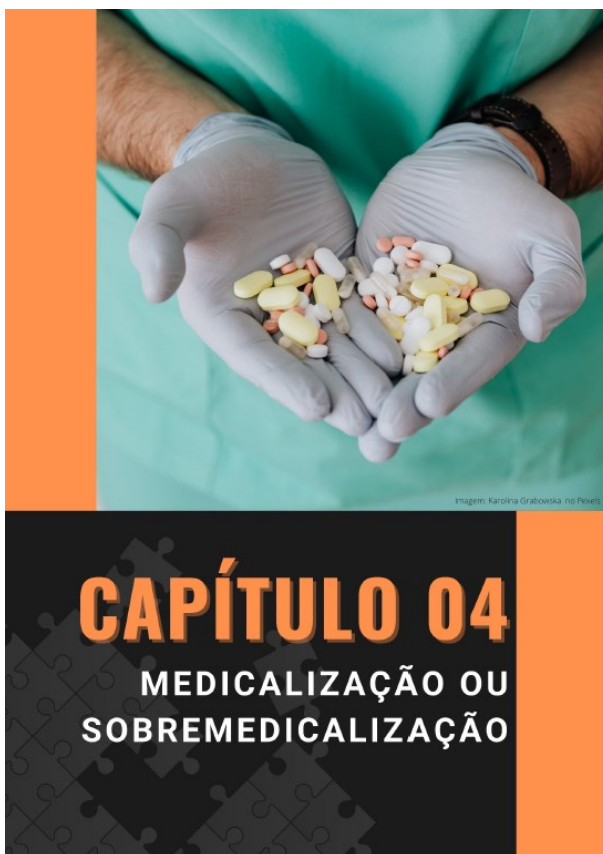
Essa é a premissa da P4, que não determina a não utilização das tecnologias duras, apenas sugere que elas sejam utilizadas de maneira adequada e consciente na prática clínica.

35

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- NORMAN, A. H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, set., 2009.
- PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. Saberes plurares: educação na saúde, v.2, n.3, dez., 2018.
- ZONTA, R. et al. Rastreamento, Check-up e Prevenção Quaternária. Florianópolis: UFSC, 2017.

36



CAPÍTULO 04

MEDICALIZAÇÃO OU SOBREMEDICALIZAÇÃO

Nesse contexto, pode-se dizer que a medicalização acontece quando problemas sociais (alcooolismo, luto, abortos, transexualidades, envelhecimento, sofrimento, nascimento, fatores de risco, etc) passam a ser *medicalizados*, sendo consideradas como doenças a serem tratadas, transformando-se não mais problemas sociais e sim em questões médicas.

Tais condutas na prática, favorecem a iatrogenia cultural e podem resultar na expropriação da saúde tanto por parte profissional, como do usuário, ou seja, a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e a medicalização interfere ou impede o processo de autocuidado.

A medicalização também, é definida pelo termo *sobremedicalização*. É descrita por alguns autores como o excesso de cuidados à saúde, que pode estar influenciada pela própria expansão do mercado, que visa mais o lucro do que uma preocupação com a real necessidade de saúde.

A sobremedicalização, assim como outros termos do neologismo inglês *overscreening*, *overdiagnosis*, *overtreatment* (sobrediagnóstico, sobrerastreamento, sobretratamento, etc) referem-se a situações clínicas da própria medicalização desnecessária ou indesejável (CARVALHO, *et al.*, 2015).

Medicalização dos fatores de risco



Imagem: Dayvison de Oliveira Silva no Pexels.

O termo *fator de risco* refere-se a fatores que contribuem ou aumentam a possibilidade de desenvolver uma doença, esses fatores podem estar

O que é medicalização ou sobremedicalização?

O termo medicalização surgiu ainda a década de 60 e 70, era considerado um fenômeno social e provindo do advento da medicina científica e a criação da profissão e instituição médica associada a políticas de estado (CARVALHO, *et al.*, 2015). Nessa época, era sinônimo da grande expansão da medicina sobre as intervenções e definição do processo saúde-doença. Se referia a medicina social, aos impactos da biomedicina e o modelo médico centrado na doença.

Atualmente, esse mesmo termo possui inúmeros sentidos, referindo-se principalmente sobre as influências na vida das pessoas, tanto por parte da medicina, como de agentes externos a este, incluindo as indústrias farmacêuticas e médicas, a mídia, o próprio indivíduo, os serviços de saúde, e o governo.



Imagem: Cottonbro no Pexels.

A medicalização por ser um complexo fenômeno social, pode trazer tanto benefícios como danos, ou seja, um processo no qual muitos problemas que não são considerados problemas médicos, passam a ser considerados ou tratados como doenças ou transtornos. Denota algo suspeito, com base na criação ou incorporação de um problema. Com isso, favorecendo o surgimento de novas doenças ou até mesmo as pré doenças, expandindo o limite das patologias (TESSER, 2019).

associados a uma exposição ambiental, um aspecto comportamental ou característica pessoal, biológica ou social em relação a uma determinada condição de saúde (BRASIL, 2013).

O fator de risco não é considerado necessariamente um agente etiológico ou fator causal (agente que causa uma enfermidade). Ao evitar um fator de risco ocorre a diminuição da chance de desenvolver a doença, porém não a exclui.

Conforme o *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), através do estudo *Global Burden* (GBD) em 2019 foram identificados 87 fatores de risco em 204 países, que foram agrupados em:

Riscos ambientais e ocupacionais

Ex.: água, esgoto e lavagem das mãos inseguras, poluição do ar, temperatura inadequada, outros riscos ambientais, riscos ocupacionais.

Riscos comportamentais

Ex.: desnutrição infantil e materna, amamentação inadequada, falha no crescimento infantil, baixo peso ao nascer e gestação curta, deficiência de ferro, deficiência de vitamina A, deficiência de zinco, tabagismo, alcoolismo, uso de outras drogas, violência por parceiro íntimo, abuso sexual infantil e bullying, sexo inseguro, baixa atividade física.

Riscos metabólicos ou fisiológicos

Ex.: alimentação inadequada, glicose plasmática de jejum elevada, colesterol Lipoproteínas de baixa densidade (LDL) alto, pressão arterial sistólica alta, alto Índice de Massa Corporal (IMC), baixa densidade mineral óssea, disfunção renal.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

A medicalização dos fatores de risco na prática clínica tem se tornado uma conduta cada vez mais comum e tem influenciado nas definições de doença, que vem se modificando ao longo dos anos e interferindo nos limiares diagnósticos.

Ao longo dos anos, os fatores de risco passaram a ser identificados e tratados como parte da prevenção e por vezes, equivalentes as doenças (na maioria, doenças crônicas), tornando cada vez mais indistinta a diferença entre prevenção e cura (NORMAN, TESSER, 2009).

Essa medicalização excessiva dos fatores de risco tem provocado na população uma transformação cultural, com diversos tipos de preocupações relacionados aos fatores de riscos, considerados (pela população) como pseudo-doenças. Com isso, transformando pessoas consideradas saudáveis em pessoas preocupadas por um falso adoecimento.

O que é "medicalização da vida"?

A medicalização, apesar de conhecida, pode passar despercebida pelos profissionais na APS. A própria pressão imposta pelas pessoas na busca por tecnologias duras, tem dificultado os profissionais em lidar com as expectativas populacionais em relação as diversas situações de saúde.

Muitas das práticas medicalizadoras e intervencionistas são justificadas pelo tempo inoportuno para abordar a causa de um problema, falta de habilidade profissional para intervir numa situação de causa psicossocial e o próprio medo de não satisfazer as expectativas da população em relação ao atendimento. Todas essas condutas na prática, colaboram para uma dependência em medicalizar e buscar a medicalização por situações que antes não eram de cunho profissional.

41

A redução da medicalização pode ser conquistada pelos profissionais de saúde através de uma abordagem clínica ampliada, boa escuta e habilidade de comunicação, valorizando a interpretação clínica juntamente com o usuário, contextualizando situações consideradas "normais" no cotidiano, não transformando em doenças.

43



Imagem: Karolina Grabowska no Pexels.

O termo "*medicalização da vida*" refere-se justamente a essa necessidade de remediar situações que fazem parte do cotidiano das pessoas (lutos/perdas, resfriados, contusões, sofrimentos e decepções, partos, medos, ansiedade, insônia, entre outros) e passam a ser interpretadas como doença (FARIA, FERREIRA, PINTO, 2020).

Na prática clínica não é novidade esse desencontro entre a expectativa do usuário e as condutas adotadas pelos profissionais. Pode-se dizer que há duas interpretações a serem consideradas, a do usuário que busca a cura ou a solução do seu problema e a do profissional, que através da sua abordagem e conhecimento clínico, busca tendencialmente a identificação de uma doença.

Nessa perspectiva, muitos dos problemas não são explicados pela nosologia biomédica, alguns são explicados parcialmente, outros são relativamente explicáveis e a maioria são tidos como doença. As interpretações sobre o adoecimento são diversas e cabe aos profissionais de saúde não esquecer do cuidado e centralizar a atenção voltada apenas para a cura e controle das doenças.

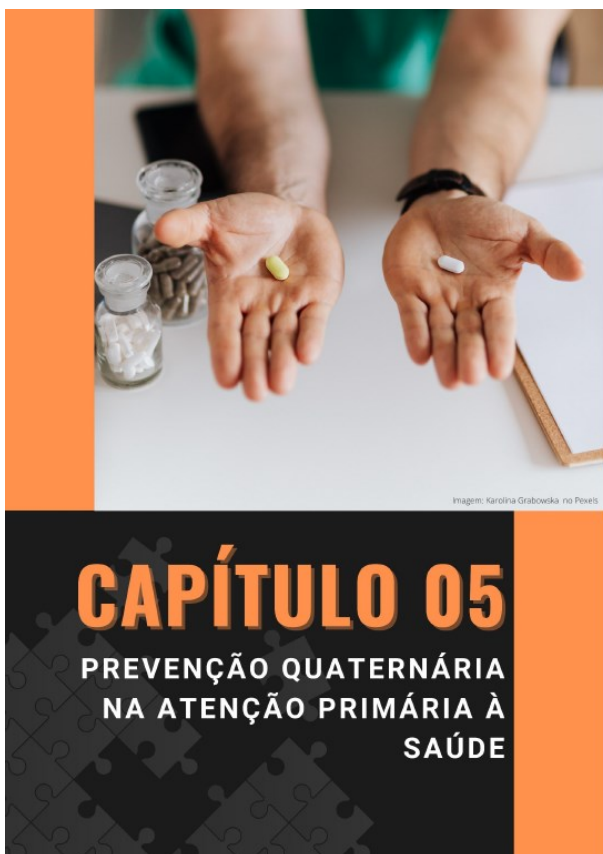
Os profissionais de saúde, principalmente os de APS, através da ampliação do poder interpretativo e terapêutico, tem papel fundamental na transformação da prática clínica, com redução da medicalização.

42

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARDOSO, R.V. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v.10, 2015.
- CARVALHO, S.R., et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente?. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.25, p.1251-1269, 2015.
- FARIA, N.J.; FERREIRA, F.E.C.; PINTO, J.P.S. A medicalização do cotidiano como supressão da iniciativa. Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 81-94, jun./jul. 2020.
- GBD. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Global Health Metrics, vol.396, p.1223-1249, 2020.
- NORMAN, A. H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, set., 2009.
- TESSER, C.D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro v.17, n.2, 2019.

44



CAPÍTULO 05

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Imagem: Karolina Grabowska no Pexels.

De quem é a responsabilidade de aplicar a Prevenção Quaternária?

Ações de promoção e prevenção fazem parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde que compõem as eSF, eSB e NASF – AB. Por ser um conceito recente, a P4 ainda tem sido um desafio na APS, sendo pouco discutido e difundido na prática. Os motivos de tal desafio são diversos como já mencionados em capítulos anteriores:

- Pressão da própria população;
- Fácil acesso e a utilização de tecnologias duras (ênfase na prevenção secundária);
- Interferências institucionais e organizacionais;
- Cultura voltada para o rastreamento excessivo;
- tratamento de fatores de risco;
- Marketing das indústrias médicas e farmacêuticas;
- Ênfase na doença e sua cura;
- Prática da medicina defensiva;
- Insegurança profissional, entre outros.

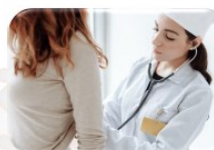


Imagem: Thridman no Pexels.

No cotidiano de prática, a P4 deve ser compreendida como uma responsabilidade profissional e não deve ser manejada de maneira isolada da atividade clínica. A P4 deve estar continuamente presente e de maneira paralela com a prática, já que visa a

46

proteção dos usuários sobre os riscos de adoecer iatrogênicos ao excessivo intervencionismo (diagnóstico e terapêutico) e a medicalização desnecessária.

Para favorecer a aplicação da P4 e evitar as tendências intervencionistas na APS, cabe aos profissionais incorporar na prática, as seguintes ações:

- Abordagem centrada na pessoa;
- Reforço a relação profissional-paciente;
- Envolvimento o paciente nas decisões sobre a sua saúde;
- Promoção do autocuidado;
- Utilização da medicina baseada em evidência;
- Centralidade do cuidado na APS;
- Continuidade do cuidado (monitorar o paciente);
- Estímulo a práticas de educação em saúde e Educação Permanente em Saúde (EPS);
- Investimento nas ações de prevenção primária e de promoção da saúde;
- Reconhecimento de outras especialidades terapêuticas, que podem ser utilizadas paralelamente ao tratamento convencional, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS);

Como é possível incorporar a Prevenção Quaternária na prática clínica?

A P4 exige tanto da gestão dos serviços de saúde, como dos profissionais de saúde, uma reflexão avaliativa sobre as condutas e decisões adotadas na prática clínica. Por incidir diretamente na ação profissional, sugere a construção de boas práticas frente a tantas tendências intervencionistas, prejudiciais à

47

saúde da população. Por isso, para não realizar ou indicar ações duvidosas e desnecessárias, é fundamental que os profissionais se sintam seguros sobre as suas condutas, que requerem habilidades de comunicação, empatia, e qualificação do cuidado (NORMAN, TESSER, 2009).

Para que a construção de boas práticas aconteça, ela deve fazer parte das discussões e aprimoramento do processo de trabalho. Onde, coletivamente, os profissionais de saúde possam identificar, de acordo com a sua realidade local e cotidiano de prática, situações relacionadas a falta da P4. Nesse sentido, a P4 deve fazer parte das ações de EPS dos profissionais, cujos reflexos da construção coletiva de conhecimento, podem contribuir positivamente para a transformação da prática.



Imagem: Ron Lach no Pexels.

Os profissionais de saúde devem primar por estudos científicos de qualidade, e esse é mais um dos desafios na APS. A Prática Baseada em Evidências (PBE) deve ser uma ferramenta para a prática clínica e estar presente constantemente nos serviços de saúde.

O objetivo da PBE é propiciar de maneira consciente, o uso da melhor evidência para a tomada de decisão na prática clínica, sobre um determinado problema de saúde (BRASIL, 2013). A partir disso, os profissionais podem justificar eticamente e tecnicamente as suas condutas no cotidiano da prática,

48

voltadas para uma abordagem segura e centrada no indivíduo e no cuidado com longitudinalidade.

É necessário que os estudos de melhor evidência sejam de qualidade, pertinente e apropriados para o contexto clínico. Para profissionais de saúde os estudos precisam enfatizar se pacientes submetidos a uma determinada intervenção, viverão mais ou menos.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Os estudos científicos podem ser divididos em:

- » **Estudos de DOE (Disease Oriented Evidence):** visam abordar desfechos como a redução do colesterol, da pressão arterial, controle de arritmias, entre outros. São importantes para a pesquisa, mas se correlacionam com a visão leiga, não devem ser fundamento para a tomada de decisão na mudança de rotina diária ou servir para a adoção de intervenções.
- » **Estudos de POEM (Patient Oriented Evidence that Matters):** são os mais relevantes para a prática profissional, pois mensuram o impacto das intervenções, ou seja, determinam os reais benefícios para o paciente, como a redução da mortalidade, de tempo de internação, de custos, ganho em qualidade de vida, etc.

Os principais tipos de estudos podem ser classificados em: estudo descritivo ou relato de caso, estudo de caso-controle, estudo de coorte, ensaios clínicos controlados e aleatorizados e meta-análise.

49

Além do planejamento de construção de boas práticas e do embasamento científico para a tomada de decisão clínica, a adoção da P4 exige muito da relação profissional/paciente.

Como já mencionado, a P4 deve ao ser desenvolvida paralelamente com a atividade clínica, necessita ser entendida como um compromisso com o usuário e com o exercício profissional. Ela impõe aos profissionais evitarem práticas sem fundamentos científicos que gerem danos à saúde de um indivíduo ou uma população.

Para estabelecer um bom vínculo profissional/paciente e disseminar o conceito de P4, é necessário que os profissionais atentem para alguns atributos na prática:

- » Olhar holístico do paciente, buscando identificar singularidades e estimular a autonomia;
- » Envolver o paciente na tomada de decisão, ou seja, valorizar a tomada de decisão conjunta;
- » Estabelecer um método clínico centrado na pessoa;
- » Habilidade de comunicação de acordo com a situação clínica, resultando na melhor conduta;
- » Promover o cuidado de atenção primária à saúde e estimular o autocuidado;
- » Munir o paciente de informações de qualidade (melhor evidência, comportamentos saudáveis, fatores de risco, responsabilidade pessoal etc.);

50

De acordo com Tesser e Luz (2018) a dinâmica de um encontro clínico pode ser dividida em 6 (seis) importantes momentos, conforme as dimensões das Racionalidades Médicas (RMs):

Protagonismo	Movimentos componentes da ação	Fluxo da ação
Doente	a) Acolhida	↓
	b) Escuta	
Profissional	c) Investigação	
	d) Elaboração da interpretação diagnóstica	
Doente+	e) Socialização do diagnóstico	
Profissional	f) Elaboração/execução do tratamento	

Fonte: adaptado de Tesser e Luz (2018).

- » **1 - Acolhida:** é na acolhida que acontece o encontro clínico, com a demanda dos principais problemas e dúvidas dos usuários. Por isso, nesse momento o protagonismo principal é do "doente". Na acolhida que surgem os principais medos e angústias em relação a determinado problema de saúde, que pode estar associado a um problema cujo autocuidado fracassou, um problema persistente ou que se agravou. É através da acolhida e da escuta que o profissional constrói um vínculo profissional/paciente. Por ser um momento rápido, necessita que o profissional esteja atento não só a comunicação verbal, mas também as expressões demonstradas durante processo de comunicação.
- » **2 - Escuta:** paralelo a acolhida, acontece a escuta. É nesse momento que o usuário relata os principais motivos que o levaram a buscar ajuda para solucionar seus problemas. É muito importante que o profissional valorize, respeite e aceite as informações trazidas, para que sejam

51

narradas livremente. A acolhida e a escuta fazem parte de qualquer encontro clínico e são muito importantes para o fortalecer o vínculo profissional/paciente.

- » **3 - Investigação:** o processo de investigação também acontece paralelo a acolhida e a escuta, porém diferente desses dois momentos, o protagonismo nessa etapa é do profissional, que através de perguntas busca aprofundar e aperfeiçoar o relato do usuário. Por envolver uma necessidade de saber técnico, nem sempre somente a escuta do relato é suficiente, havendo necessidade de complementação por exames. Nesse momento grande parte da investigação é realizada verbalmente, mas também acontece o exame físico, buscando identificar possíveis pistas sobre o adoecimento para sua elucidação.
- » **4 - Elaboração da interpretação diagnóstica:** durante as etapas anteriores há uma busca progressiva para a interpretação diagnóstica, ou seja, a busca pela causa do adoecimento. Nessa etapa o protagonismo é inteiramente do profissional, que realizará a interpretação diagnóstica por ter a responsabilidade ética e ser detentor do conhecimento científico. Durante a elaboração diagnóstica, para uma determinada situação de saúde, pode haver mais de uma interpretação e tratamentos produzidos com efetividade, cabe ao profissional, de acordo com as premissas científicas, orientar a prática mais benéfica, de acordo com o quadro trazido pelo usuário.
- » **5 - Socialização do diagnóstico:** nesse momento o profissional busca socializar a sua interpretação diagnóstica com o usuário. Por isso nessa etapa o protagonismo é de ambos. Juntos, deverão chegar em um

52

consenso sobre a natureza do problema, cabendo ao profissional explicar a melhor opção de tratamento, que faça algum sentido para o doente, respeitando seus aspectos sociais e culturais. Essa é considerada uma etapa decisiva para a execução do tratamento.

» **6 - Elaboração e execução do tratamento:** nessa etapa o protagonismo também é de ambos, pois é nela que acontece o processo de cuidado e cura. Para que esse processo aconteça é necessário a construção e execução do plano terapêutico e sua operacionalização deverá ser conjunta, onde o usuário necessita estar envolvido no seu processo de cuidado e cura. Nesse momento há uma maior exigência da habilidade de comunicação e *expertise* do profissional, que deverá esclarecer o significado das ações terapêuticas. As formas de tratamento poderão ser diversas (tempo, prazo, formas), repetindo-se ou não nos encontros clínicos terapêuticos.

Essas etapas, que fazem parte do encontro clínico (profissional/paciente) são relevantes tanto para técnicas diagnósticas, quanto terapêuticas, que permitem conforme as RMs, formas de promoção, prevenção e tratamento durante o processo de cuidado.

Além de melhorar o encontro clínico, é necessário incorporar à prática clínica ações de prevenção individuais e coletivas, principalmente de prevenção primária específica e secundária, pois nelas que a P4 tem uma maior efetividade.

Porém, é importante que as ações preventivas sejam indicadas de maneira adequada. A não rotulação dos riscos como doença, ou não utilização exclusiva

e indiscriminada das tecnologias duras como atividade preventivista, diminuem as chances de iatrogenias clínicas, sociais e culturais. Ainda, a biomedicina não pode ser considerada o único saber especializado e sofisticado sobre o processo saúde-doença.

É importante não confundir ou misturar ações de prevenção com a promoção da saúde, pois podem interferir na identificação e acesso dos verdadeiros doentes na APS.

Promoção da Saúde e a Prevenção Quaternária

Promover a saúde faz parte do processo de cuidado integral à saúde na APS. A promoção da saúde, sem dúvida é fundamental e tornou-se objeto de saúde pública após a sua revalorização, a partir da década de 80, após a *Carta de Ottawa* (BRASIL, 2002).

A Carta de *Ottawa* (2002) propõe cinco campos de ação principais para a promoção da saúde:

- » Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- » Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- » Reforço da ação comunitária;
- » Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- » Reorientação do sistema de saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2018).

De acordo com a PNPS (2018), a promoção à saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias e maneiras de se produzir saúde tanto individual, como coletiva. Esse conjunto de estratégias deve partir de uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, para que assim, possa através de ações articuladas, atender as necessidades de saúde de uma população em um determinado território.

Essa articulação intersetorial impulsiona demais setores a construírem e se responsabilizarem por políticas de saúde específicas. Com isso, há um reconhecimento das demais políticas e tecnologias, visando à qualidade de vida e equidade, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Desta forma, é através da promoção da saúde que são considerados além dos problemas e necessidades de saúde de uma população, os seus determinantes e condicionantes. Nesse sentido, exige que a organização da atenção e o cuidado envolvam, paralelamente, ações e serviços que trabalhem na perspectiva do adoecimento e da saúde, incidindo sobre as condições de vida e proporcionando às pessoas e comunidades meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre ela.

As ações específicas propostas pela PNPS (2018) são:

- » Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- » Alimentação saudável;

- » Prática corporal/atividade física;
- » Prevenção e controle do tabagismo;
- » Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- » Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- » Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- » Promoção do desenvolvimento sustentável.

Na APS, a P4 além de permear os outros níveis de prevenção, também está presente no campo de promoção da saúde, que deve estar presente no cotidiano de prática, tanto quanto a P4. Para pessoas consideradas saudáveis e sem sintomatologia pelo olhar clínico, cabe o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção primária. Por isso a necessidade de restringir danos é ainda maior na prevenção, pois, a responsabilidade das intervenções e seus resultados recaem sobre os profissionais de saúde.



Imagem: Mikhail Nilov no Pexels.

Ao evitarmos a medicalização excessiva ou intervenções desnecessárias na prática, que contribuam para a redução de danos, estamos realizando a P4, e, indiretamente, favorecendo a promoção da saúde, propondo práticas de estilos de vida saudáveis que diminuam as chances de desenvolver uma patologia ou adoecer.

Diante disso, pode-se dizer que na prática a P4 e a promoção da saúde se completam na operacionalização da atividade clínica. É difícil realizar prevenção sem promover a saúde, ao mesmo tempo.

57

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CARDOSO, R.V. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, v.10, p.1-10, 2015.
- DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. [Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Módulo Político Gestor]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.
- NORMAN, A. H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, set., 2009.
- TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. Mundo da Saúde, São Paulo: v.36, p.416-426, 2012.
- TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019.

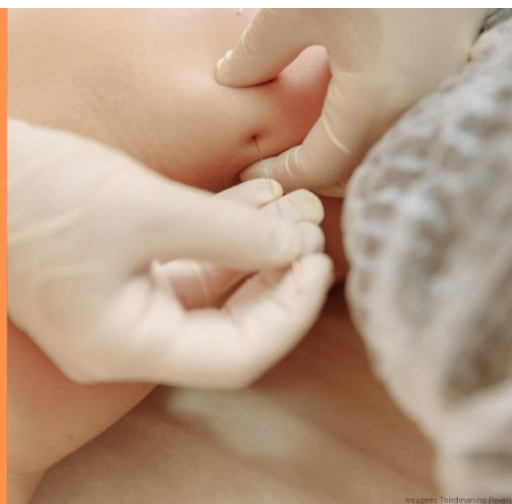
58

TESSER, C. D; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. Physis, Rio de Janeiro, v.28, n.1, Mar., 2018.

PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. Saberes plurais: educação na saúde, v.2, n.3, dez., 2018.

VENDRUSCOLO, C.; TESSER C.D.; ADAMY, E. K. Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá, 2021.

59



imagens: Thidran na base

CAPÍTULO 06

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O que são Práticas Integrativas e Complementares?



Imagem: Ryutaro Tsukata no Pexeto.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) existem há muitos anos nos serviços de saúde. Os primeiros movimentos para implantação das Medicinas Tradicionais e Práticas Complementares (MTPC) aconteceu na Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata), na década de 1970, e teve grande repercussão mundial (TELESI JUNIOR, 2016).

No Brasil, as MTPC ganharam força a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e, hoje, apresentam grande expansão e adesão na APS. Desde a Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado políticas públicas voltadas para uso racional das MTPC, que hoje são denominadas de PICS (TELESI JUNIOR, 2016).

As PICS tiveram significativo crescimento após a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), conforme portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2015).

De acordo com a PNPIC (2015), as PICS ampliam a oferta de cuidados em saúde e a racionalização das ações de saúde, contribuindo para o desenvolvimento sustentável de comunidades através do estímulo a participação e envolvimento social dos usuários, gestores e trabalhadores nas

diferentes instâncias das políticas de saúde, além de proporcionar maior resolutividade dos serviços de saúde.

As PICS podem ser ofertadas no SUS em todos os âmbitos da atenção à saúde. Elas contemplam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais. Visam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras. Para a aplicabilidade das terapias, prioriza-se a escuta acolhedora, construção do vínculo terapêutico, integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, além de exigir visão ampliada do processo saúde-doença e condutas que incentivem a promoção do cuidado, especialmente do autocuidado.

Quantas Práticas Integrativas e Complementares existem?

Ao decorrer da história e construção do SUS foram sendo implementados diversas PICS. Atualmente, são ofertados de maneira gratuita, pelo SUS, 29 PICS, sendo os maiores promotores dessas práticas os profissionais das eSF e NASF-AB.

De acordo com Brasil (2018) são oferecidas pelo SUS, as seguintes práticas:

- **Apiterapia:** consiste em usar produtos derivados de abelhas (como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis) para fins terapêuticos e promoção da saúde.
- **Aromaterapia:** utiliza as propriedades dos óleos essenciais, para recuperar o equilíbrio e harmonia do organismo, com o objetivo de

promover a saúde física e mental, bem-estar e à higiene. Complementa o estabelecimento do reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

- **Arteterapia:** é prática da arte livre, que atua como elemento terapêutico através da expressão visual, busca interligar os universos interno e externo do indivíduo, por meio da sua simbologia, favorecendo a saúde física e mental. Atua como uma forma de comunicação entre profissional e paciente, em processo terapêutico individual ou de grupo, numa produção artística a favor da saúde.
- **Ayurveda:** os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam diversas técnicas como de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias, posições e exercícios, e cuidados dietéticos. No Ayurveda, o corpo humano é composto por cinco elementos (éter, ar, fogo, água e terra), são considerados estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças.
- **Biodança:** através da prática expressiva corporal promove vivências integradoras (com auxílio da música, do canto, da dança e de atividades em grupo), visando restabelecer o equilíbrio afetivo e a renovação orgânica, necessários ao desenvolvimento humano. A biodança além de experiências de integração, aumenta a resistência ao estresse, promove a renovação orgânica e melhora da comunicação e o relacionamento interpessoal.
- **Bioenergética:** a análise bioenergética, através da verbalização, trabalha o conteúdo emocional, educação corporal e respiração. Utiliza exercícios

direcionados para liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos.

- **Constelação familiar:** busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelo usuário (principalmente nas relações familiares) para que o usuário encontre a ordem, o pertencimento e o equilíbrio, criando condições para que a pessoa reorienta o seu movimento em direção à cura e ao crescimento.
- **Cromoterapia:** utiliza as cores do espectro solar (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta) para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.
- **Dança circular:** prática de expressão corporal, geralmente realizada em grupos, que utiliza a dança de roda (tradicional e contemporânea), o canto e o ritmo para favorecer a aprendizagem, harmonia através da interconexão e promover a integração humana. Visa o auxílio mútuo e a igualdade proporcionando bem-estar físico, mental, emocional e social.
- **Geoterapia:** consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com a finalidade de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais com diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
- **Hipnoterapia:** conjunto de técnicas que, através do relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado, permitindo alterar condições ou comportamentos indesejados (medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas). Favorece o autoconhecimento e associada a outras terapias, auxilia na condução de uma série de problemas.

- » **Homeopatia:** abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista. Envolve tratamentos por meio de substâncias altamente diluídas com a finalidade de desencadear o sistema de cura natural do corpo, com base em sintomas específicos de cada indivíduo. Os medicamentos homeopáticos da farmacopeia homeopática brasileira estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
- » **Imposição de mãos:** por meio da imposição das mãos, transfere energia vital com intuito de restabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.
- » **Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde:** integra as teorias e práticas da medicina moderna com conceitos da antroposofia, que avaliam o ser humano a partir da trimembrança, quadrimembrança e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Considera bem-estar e doença como eventos conectados ao corpo, mente e espírito do indivíduo, através da abordagem holística e consideração de fatores que sustentam a saúde (fisiologia do paciente e da individualidade), ao invés de apenas tratar os fatores que causam a doença.
- » **Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - Acupuntura:** a MTC avalia o estado energético e orgânico do indivíduo, visa tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. Utiliza procedimentos diagnósticos (anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros); e procedimentos terapêuticos (acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa). A acupuntura estimula pontos espalhados por todo

65

- o corpo, ao longo dos meridianos, por meio da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, com a finalidade de promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de agravos e doenças. A auriculoterapia é uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo através de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha (onde todo o organismo encontra-se representado como um microsistema) por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente adequadas para esse fim.
- » **Meditação:** consiste em treinar a focalização da atenção promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior.
- » **Musicoterapia:** utiliza a música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) como um processo facilitador e promotor da comunicação, da relação, da aprendizagem, da mobilização, da expressão, da organização, entre outros, no sentido de atender as necessidades físicas, emocionais, mentais, espirituais, sociais e cognitivas do indivíduo ou do grupo.
- » **Naturopatia:** adota visão ampliada e multidimensional do processo vida-saúde-doença e utiliza um conjunto de métodos e recursos naturais no cuidado e na atenção à saúde.
- » **Osteopatia:** utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento de doenças, entre elas a da manipulação do sistema músculo esquelético (ossos, músculos e articulações), do alongamento, dos tratamentos para a disfunção da articulação temporomandibular (ATM), e da mobilidade para vísceras.

66

- » **Ozonioterapia:** utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio (por diversas vias de administração), com finalidade terapêutica, promovendo melhoria de diversas doenças.
- » **Plantas medicinais/fitoterapia:** as plantas medicinais contemplam espécies vegetais, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional por apresentar possibilidade de interações, efeitos adversos, contraindicações.
- » **Quiropraxia:** atua no diagnóstico, tratamento e prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuro-músculo-esquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral. Enfatiza o tratamento manual (tecidos moles, manipulação articular, ajustes na coluna vertebral e outras partes do corpo), visando a correção de problemas posturais, o alívio da dor e favorecimento da capacidade de autocura do organismo.
- » **Reflexoterapia:** utiliza estímulos em áreas reflexas (os microsistemas e pontos reflexos do corpo existentes nos pés, mãos e orelhas) para auxiliar na eliminação de toxinas, na sedação da dor e no relaxamento.
- » **Reiki:** utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital com o objetivo de promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios ("nós energéticos") eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecendo o fluxo de energia vital.
- » **Shantala:** consiste na manipulação (massagem) para bebês e crianças pelos pais, composta por uma série de movimentos que favorecem tanto o vínculo como proporcionam benefícios decorrentes do alongamento dos membros e da ativação da circulação.

67

- » **Terapia comunitária integrativa:** prática coletiva, em espaço aberto, com a finalidade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.
- » **Terapia de florais:** utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais.
- » **Termalismo social/crenoterapia:** consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras (e eventualmente submetida a ações hidromecânicas) como agente em tratamentos de saúde.
- » **Yoga:** prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação.

Quem pode aplicar as Práticas Integrativas e Complementares?

As PICS são ações de cuidado transversais, podendo ser realizadas na APS, por profissionais que compõem as eSF, eSB e NASF – AB, devidamente capacitados. Ainda, as Equipes de Consultório na Rua, de Saúde Prisional, as Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais, podem realizar ações em PICS na perspectiva do cuidado integral à população de seu território. Para aplicabilidade, todas as PICS devem respeitar a legislação vigente (BRASIL, 2015).

De acordo com a PNPIC (2015) é responsabilidade da gestão municipal:

- » Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de Saúde.

68

- » Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite.
- » Promover articulação intersetorial para a efetivação da política.
- » Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de Saúde.
- » Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da política.
- » Divulgar a PNPIC no SUS.
- » Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.
- » Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde.
- » Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoe epidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

Atualmente, o MS com o objetivo de qualificar a gestão em PICS, tem incentivado ações de EPS aos profissionais de saúde que compõem as equipes de APS.

Como as Práticas Integrativas e Complementares favorecem a aplicabilidade da Prevenção Quaternária?



Imagem: Elton Sipp no Pexels.

As PICS tiveram uma crescente revalorização nas últimas décadas. Além de possibilitarem um grande enriquecimento terapêutico, apresentam uma relação íntima com as premissas da P4, principalmente pelo potencial desmedicalizador, favorecendo a prevenção de possíveis iatrogenias, ocasionadas pelo excesso de medicações e intervenções.

Na APS, as PICS favorecem a promoção à saúde, através do envolvimento do usuário no seu processo de cuidado e tem contribuído para a interpretação terapêutica de sintomas não explicáveis pela nosologia biomédica, com importantes reflexo para P4.

Nesse sentido, de atuação holística e integral, com enfoque diferenciado e humanizado de atenção ao indivíduo e ao processo saúde-doença, além de estimular a autonomia e favorecer a desconstrução do processo normativo imposto pelo modelo biologicista e medicalizante das indústrias farmacêuticas, as PICS têm favorecido a prática da P4 na APS.

Os profissionais podem ofertar e valorizar terapêuticas não farmacológicas como as PICS, juntamente com o tratamento convencional, evitando a sobremedicalização, que pode gerar danos iatrogênicos.

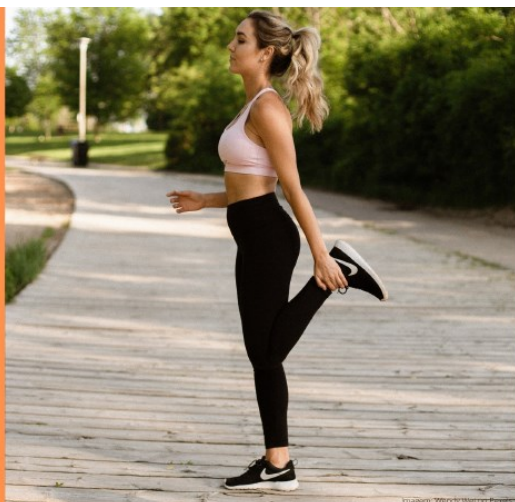
Nem sempre as PICS são utilizáveis como P4, mas operam como estratégias de P4 em diversas situações. **Os medicamentos, por exemplo, não devem ser vistos como única forma de tratamento.** Quando isso acontece há tendências sobremedicalizadoras, que necessitam um olhar clínico ampliado.

Um fator contribuinte para as tendências sobremedicalizadoras é o envelhecimento populacional e surgimento de comorbidades diversas, que realçam um sinal de alerta ao uso excessivo dos fármacos na prática clínica.

As PICS são uma forma de tratamento alternativo e merecem ser valorizadas no cotidiano da prática. Elas possuem legitimação científica, são praticadas por profissionais capacitados na área, e na longitudinalidade funcionam como mecanismo protetor dos usuários.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- FERRAZ, I. S. et al. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. *Enfermería Actual de Costa Rica*, San José, n.38, p.196-208, June 2020.
- TESSER, C.D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2019.
- TESSER, C.D; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.42, n. spe1, p.174-188, Sept., 2018.
- TELESI JUNIOR, E. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo, v.30, n.86, p.99-112, Apr. 2016.



CAPÍTULO 07

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Qual a diferença da prática de atividade física e exercício físico?

Com o grande avanço tecnológico, os indivíduos tornaram-se mais inativos fisicamente. Estudos comprovam a associação entre estilos de vida ativos a redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida. A prática de atividade física ou exercício físico, é um dos principais propulsores de uma vida saudável. Praticar atividade física é extremamente benéfico a saúde, principalmente quando aliada a uma alimentação saudável e balanceada.

De acordo com Brasil (2020) entenda as diferenças entre atividade física e exercício físico:



Imagem: Gabby K no Pexels.

Atividade física: se define em um comportamento que envolve os movimentos do corpo, feitos de maneira intencional, que cause gasto de energia acima do nível de uso. Podendo estar presente no lazer, nas tarefas domésticas ou no deslocamento para a escola ou o trabalho, sendo assim pode ser indicada por qualquer profissional.

Exercício físico: é a atividade planejada e estruturada com o objetivo de melhorar ou manter os componentes físicos (estrutura muscular, flexibilidade e equilíbrio). Nesse caso, geralmente é orientado por um profissional de educação física.



Imagem: Cliff Booth no Pexels.

74

Dessa forma, entende-se que todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico.

Assim, a atividade física, seja no trabalho, nas horas de folga, ou nas demais atividades do dia a dia, é considerada um importante aliado quando se trata de manter o corpo em forma e reduzir os riscos de mortalidade e de desenvolver doenças como o diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, arteriosclerose, cardiopatias, entre outras. Ainda, proporciona vantagens específicas para cada faixa etária.

Quais os benefícios da prática de atividade física?

Ao recomendar a prática de atividade física deve se considerar os interesses individuais, as necessidades de saúde e estado clínico do indivíduo ou da população-alvo. Os benefícios da prática serão diretamente influenciados pela quantidade e intensidade com que é praticada. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009) orienta que a prática deva ser de acordo com a faixa etária, da seguinte forma:



Imagem: Mary Taylor no Pexels.

Crianças e jovens de 5 a 17 anos: Pelo menos 60 minutos de atividade física por dia, incluindo fortalecimento muscular e ósseo, pelo menos 3x na semana. A seguir estão listados alguns benefícios:

- Adoção um estilo de vida ativo na idade adulta;
- Auxilia a proteção da saúde óssea na idade adulta;
- Reduz os sintomas de ansiedade e estresse;
- Aumenta a autoestima;
- Melhora o desempenho escolar;
- Auxilia no tratamento da asma (natação);
- Ajuda a melhorar a função pulmonar em crianças com fibrose cística;
- Ajuda a controlar a pressão arterial entre crianças e adolescentes hipertensos.



Imagem: Jonathan Borba no Pexels.

Adultos: Pelo menos 150 minutos de atividade física por semana, sendo as atividades que trabalham fortalecimento muscular devem ser realizadas pelo menos 2x na semana. A seguir estão listados alguns benefícios:

- Melhora o perfil lipídico, da pressão arterial, da tolerância à glicose e a ação da insulina;
- Aumenta a longevidade (tempo de vida);
- Reduz o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e câncer;
- Auxilia o controle do peso corporal;
- Auxilia no fortalecimento muscular, ósseo e das articulações;
- Ajuda a reduzir os sintomas da depressão e ansiedade;
- Melhora da autoestima;

75

76

- Melhora a qualidade do sono;
- Melhora o funcionamento do coração, pulmões e sistema digestivo;
- Reduz o risco de mortes por doenças cardíacas e de acidente vascular cerebral;
- Ajuda a reduzir os custos pela diminuição de hospitalizações, visitas médicas e medicamentos.



Imagem: Anna Shvets no Pexels.

Idosos: As recomendações são as mesmas que a dos adultos, mas os idosos devem adicionar exercícios de equilíbrio para auxiliar na prevenção de quedas e na manutenção das capacidades para realização das atividades diárias. A seguir estão listados alguns benefícios:

- Reduz as quedas e possíveis lesões;
- Auxilia na melhora de dores nas costas;
- Auxilia o tratamento da osteoporose, osteoartrite e claudicação;
- Auxilia o tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Auxilia o tratamento de demências;
- Auxilia na melhora e prevenção da constipação;
- Melhora a qualidade do sono;
- Contribui para o controle do colesterol, diabetes e hipertensão;
- Auxilia na redução dos sintomas da depressão e ansiedade.

- Melhora o funcionamento corporal e a preservação da independência de idosos.

Desta forma, a prática de atividade física é fundamental para a qualidade de vida da população em geral, trazendo inúmeros benefícios principalmente no combate a doenças degenerativas e crônicas. Uma vida saudável exige um compromisso na escolha de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física regular, que sem dúvida garantirá uma melhor qualidade de vida e um maior tempo de sobrevida.

Com o objetivo de apoiar as eSF na resolutividade, ampliação da abrangência e o escopo das ações da APS, em 2008 foi criado o NASF-AB. Atuam nas equipes de NASF-AB, diversos profissionais, entre eles os Educadores Físicos, que inseridos nos serviços de saúde colaboram para o abandono de comportamentos sedentários (BRASIL, 2017).



Imagem: Andreea Piacquadio no Pexels.

O profissional de educação física, deve atuar em consonância com o preconizado pela PNPS, realizando ações de promoção da saúde.

A PNPS (2015) apresenta como objetivo geral a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais).

Esses pressupostos devem ser incorporados pelos educadores físicos no cotidiano de seu trabalho. O aconselhamento da população sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, propõem estratégias que empoderam os indivíduos a participarem da construção de um novo conhecimento, num processo de educação para a promoção da saúde, tanto individual, como coletiva.

Prevenção Quaternária e a prática de atividade/exercício físico

A P4 estimula os profissionais a manterem um vínculo longitudinal centrado no cuidado das pessoas em suas vivências, buscando evitar o impulso diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, a prática de atividade física ou exercício físico, devem fazer parte do plano de cuidado instituído pelos profissionais de saúde, principalmente na APS.

Como uma diretriz para a prática da P4, **deve haver preferência por uma abordagem dinâmica e funcional**, onde ao explicar os problemas e adoecimentos, se deve respeitar a vivência e a sintomatologia dos pacientes. Ao buscar a tomada de decisão conjunta, além de trazer um sentido para os indivíduos sobre o plano de cuidados, também há contribuições para a terapêutica.

No caso da prática de atividade física ou exercícios físicos, essa forma de abordagem é muito mais protetora e construtora de processos educativos que incentivam o autocuidado e estimulam a participação do indivíduo no seu tratamento, onde a boa prática se alinha com o cuidado centrado no paciente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Exercício Físico x Atividade Física: você sabe a diferença?. Saúde Brasil, 2020. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-queiro-me-exercitar-mais/exercicio-fisico-x-atividade-fisica-voce-sabe-a-diferenca>.
- BRASIL. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). — 3. ed. rev. e atual. — Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. — Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- JESUS, G. J.; REIS, R. K. Vivendo Positivamente: Cartilha educativa para promoção da saúde e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. Ribeirão Preto - SP: FIERP, 2017.
- SAPORETTI, G. M.; MIRANDA, P. S. C.; BELISARIO, S. A. O profissional de educação física e a promoção da saúde em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.523-543, ago., 2016.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. 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, 2015.



Imagem: Polina Tankilevitch no Pexels.

peso ou desnutrição), condições socioeconômicas e culturais, presença ou não de doenças.

O Direito Humano à alimentação adequada (DHAA) inclui o respeito da cultura alimentar de cada pessoa, o profissional deve respeitar os aspectos regionais da alimentação e ao mesmo tempo reforçar a importância de se voltar às raízes da cozinha brasileira (BRASIL, 2014).

A promoção de práticas alimentares saudáveis é importante para a promoção da saúde e está associada a adoção de estilos de vida saudáveis. Faz parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e tem como diretrizes, entre outras, além da promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição e o monitoramento da situação alimentar e nutricional.

Prevenção Quaternária no acompanhamento nutricional

Na APS, a P4 também pode ser aplicada no acompanhamento nutricional. Há, cada vez mais, uma procura por medicalização de problemas que fazem parte da experiência de vida (ansiedade, tristeza, falta de sono etc.), por vezes, consideradas pelo usuário como um processo de doença, que necessita ser desmistificado pelo profissional.

A própria alimentação, por exemplo, tem sofrido esse processo, em que a alimentação ideal tem sido substituída pela suplementação de nutrientes (em forma de medicamento). As campanhas midiáticas não têm sido voltadas para a qualidade dos alimentos e sim



Imagem: Polina Tankilevitch no Pexels.

83

O que é alimentação saudável?



Imagem: Jane D. no Pexels.

A alimentação saudável pode ser definida como uma alimentação adequada (ideal), onde, além de levar em conta os aspectos biológicos (ingestão de nutrientes e calórica), se deve considerar os aspectos culturais (regionais, idade do indivíduo, aspectos socioeconômicos), a forma de produção dos alimentos (alimentos mais industrializados ou in natura) e de que maneira nos alimentamos (sozinhos ou em coletividades, com pressa ou com atenção) (BRASIL, 2014).

Conforme Escudero (1934), uma alimentação adequada e saudável deve respeitar as 4 leis da alimentação:

- **Lei da quantidade:** Todo indivíduo deve ter acesso aos alimentos em quantidade suficiente para manutenção da sua saúde.
- **Lei da qualidade:** além da alimentação suficiente, ter também qualidade adequada, ou seja, uma alimentação rica em alimentos in natura, feitos em casa e pobre em alimentos ultraprocessados que são ricos em calorias, gorduras trans etc.
- **Lei da harmonia:** Nada mais é que o equilíbrio, consumir de todos os grupos de alimentos (leguminosas, carnes, frutas, legumes, grãos etc.), manter uma alimentação variada, sem exclusões ou compulsões.
- **Lei da adequação:** A alimentação deve estar de acordo com a idade e ciclo da vida (idoso, gestante, criança etc.), estado nutricional (excesso de

82

para as fontes (fortalece os ossos, possui vitamina E etc.), reduzindo a experiência ao cumprimento de necessidades nutricionais diárias, através da alimentação saudável (MODESTO, 2019).

A própria restrição alimentar (calórica), como objetivo de atingir medidas corporais aceitáveis, tem grande influência na busca por medicalização. Até que ponto todo paciente necessita de severas restrições e medicalização para atingir medidas corporais aceitáveis?



Imagem: Andres Ayrton no Pexels.

É extremamente importante identificar as condições de sobrepeso ou obesidade, porém refletir, que essas condições não afetam apenas as questões corporais, o indivíduo muitas vezes apresenta a alimentação emocional (AE) que gera quadros de compulsão alimentar em várias situações na sua vida a qual ele usa o alimento como válvula de escape.

Desta forma, sabendo que a maioria das alterações alimentares são multifatoriais, é preciso reconhecer que para obter melhores resultados, alguns usuários necessitam de uma abordagem multiprofissional, voltada para as necessidades individuais.

No acompanhamento nutricional, a iatrogenia pode ser desencadeada pelo estigma de uma doença e principalmente pela atitude profissional. Para evitar a iatrogenia, o profissional deve reconhecer a subjetividade de cada

84

sujeito, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e ambientais, e acima de tudo, ter atitudes de não-julgamento.

Nesse sentido, a abordagem multiprofissional além de contribuir para a identificação dos multifatores envolvidos na condição clínica do usuário, também favorecem a desmedicalização. O usuário pode ser inserido em diversos espaços, como a academia da saúde, ter um acompanhamento psicológico, participar de grupos estratégicos, fazer uso das PICS etc., concomitantemente com o plano nutricional, assim, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, K.L; FREITAS, M.C.S; PENA, P.G.L. Iatrogenia e Estigma de Obesidade. *Rev. de Alim. Cult. Américas -RACA*, v.1, p.4-20, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- BIAGIO, L.D; MOREIRA, P; AMARAL, C.K. Comportamento alimentar em obesos e sua correlação com o tratamento nutricional. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, 2020.
- ESCUADERO, P. Alimentación. Buenos Aires: Hachette; 1934.
- MODESTO, A.A.D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Rio de Janeiro, jan-dez, 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

A	formação profissional, 34
Acolhida, 51	G
Acupuntura, 65	Geoterapia, 64
alimentação saudável, 82	H
Apiterapia, 62	Hipnoterapia, 64
Aromaterapia, 62	Homeopatia, 65
Arteterapia, 63	I
atividade física, 74	iatrogenia, 24
Ayurveda, 63	iatrogenia clínica, 24
B	iatrogenia cultural, 24
Biodança, 63	iatrogenia social, 24
Bioenergética, 63	Imposição de mãos, 65
C	Investigação, 52
Constelação familiar, 64	M
Cromoterapia, 64	medicalização, 38, 39
D	medicalização da vida, 42
Dança circular, 64	Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, 65
E	Medicina Tradicional Chinesa, 65
Elaboração da interpretação diagnóstica, 52	Meditação, 66
Elaboração e execução do tratamento, 53	Musicoterapia, 66
Escuta, 51	N
estudos científicos, 49	Naturopatia, 66
excessos de prevenção, 25	O
exercício físico, 74	Osteopatia, 66
F	Ozonioterapia, 67
fator de risco, 39	

P	R
Plantas medicinais/fitoterapia, 67	rastreamento, 28, 29, 31
Prática Baseada em Evidências, 48	rastreamento através de programas organizados, 29
prática médica especializada, 34	rastreamento oportunístico, 28
Práticas Integrativas e Complementares, 61	Reflexoterapia, 67
precaução, 23	Reiki, 67
prevenção, 15	S
Prevenção aditiva, 17	Shantala, 67
prevenção primária, 22	sobremedicalização, 39
Prevenção primária, 15	Socialização do diagnóstico, 52
Prevenção quaternária, 16	T
Prevenção reductiva, 17	Terapia comunitária integrativa, 68
prevenção secundária, 22	Terapia de florais, 68
Prevenção secundária, 16	Termalismo social/cromoterapia, 68
Prevenção terciária, 16	Y
promoção da saúde, 54, 55	Yoga, 68
proporcionalidade, 23	
Q	
Quiropraxia, 67	



Foram impressos 10 exemplares do Manual Técnico e disponibilizado aos profissionais de saúde de nível superior do município de Sul Brasil - SC, servindo de instrumento para a prática. O processo construtivo do Manual Técnico está descrito no capítulo de livro que irá compor o 3º E-book da UDESC.

5.1.2 Produto Técnico 2 – "Curso sobre a Prevenção Quaternária para profissionais da Atenção Primária" – ação de Educação Permanente em Saúde

Segundo o Relatório de Grupo de Trabalho da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Curso de Formação Profissional é um "conjunto de conteúdos estabelecidos de acordo com as

competências requeridas pela formação profissional, em conformidade com os objetivos do Programa de Pós-Graduação" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, p. 38). Pode ser de oferta regular ou em intermitente, devendo contar com profissionais vinculados às instituições envolvidas com o processo da pesquisa.

A proposta contida neste estudo tratou de uma formação em exercício (*work in progress*), de oferta integrada as instituições envolvidas (Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil – SC e UDESC) com o processo da pesquisa. Considera-se ainda, a proposta como um movimento de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2017).

O Curso consiste na própria atividade de produção das informações, descrito na Tabela 1 e formalizado no site da Secretaria Municipal da Saúde e posteriormente, poderá ser publicizado em forma de relato de experiência e em eventos nacionais e internacionais da área. Teve 32 horas/aula, ao todo.

O Curso foi certificado pelo Programa de Extensão da UDESC: Fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistenciais nas práticas profissionais na APS.

5.1.3 Produto Bibliográfico 1 – Artigo científico

Artigo científico intitulado “Prevenção Quaternária: percepções, possibilidades e desafios na Atenção Primária à Saúde”. O manuscrito foi encaminhado à periódico científico da área, e versa sobre as percepções, possibilidades e desafios na APS em relação a P4.

Prevenção Quaternária: percepções, possibilidades e desafios dos profissionais na Atenção Primária à Saúde

Resumo

Objetivo: analisar as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes da Atenção Primária para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, com a participação de nove profissionais de nível superior, atuantes na Atenção Primária à Saúde de um município catarinense. A coleta de dados aconteceu em dois encontros remotos, em setembro de 2020, embasando-se em perguntas dialógicas, instigando a participação ativa de todos os envolvidos. O tratamento dos dados seguiu as etapas da análise temática de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: a) percepções dos profissionais em relação a Prevenção Quaternária; b) possibilidades

dos profissionais para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária e; c) desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da Prevenção Quaternária. **Conclusão:** os profissionais de saúde reconhecem a importância e o conceito da Prevenção Quaternária. Apesar da cultura de valorização de práticas intervencionistas, consideram crucial a incorporação deste nível preventivo à prática colaborativa da equipe de saúde. Faz-se necessária a inserção de práticas menos invasivas que preservem a autonomia dos usuários em relação à sua saúde. Para tanto, sugere-se a colaboração como estratégia de equipe, garantindo a qualidade nos serviços ofertados.

Descritores: Prevenção Quaternária; Medicalização; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Terapias Complementares

Descriptors: Quaternary Prevention; Medicalization; Primary Health Care; Family Practice; Complementary Therapies

Descriptores: Prevención Cuaternaria; Medicalización; Atención Primaria de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria; Terapias Complementarias

Introdução

O cuidado integral é missão primordial do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Atenção Primária à Saúde (APS) esse cuidado acontece por meio de ações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), envolvendo a participação dos profissionais que realizam ações clínicas e prescrições. Tais profissionais também desenvolvem estratégias de promoção da saúde, detecção precoce e rastreamento de doenças, redução de risco ou manutenção de baixo risco, assim como o tratamento e reabilitação (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

O planejamento das ações deve garantir a qualidade de vida da população e ser fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, vale lembrar ainda, os atributos essenciais da APS, como: o serviço de primeiro contato como porta de entrada; longitudinalidade; abrangência ou integralidade; coordenação do cuidado; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural (LIMA *et al.*, 2018).

Na ESF, o trabalho interdisciplinar dos profissionais facilita a descentralização do cuidado, ajustando-o para formas mais integrais e resolutivas. Ainda, o trabalho das equipes de saúde e da articulação com outros pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS), impactam na situação de saúde de maneira individual e coletiva (GROSS *et al.*, 2016; BRASIL, 2017). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), faz parte do processo de trabalho dos profissionais de APS, o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis,

incluindo a utilização de racionalidades, como as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (BRASIL, 2017).

As estratégias de cuidado contemplam a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas, bem como estimular o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2017). Entretanto, práticas intervencionistas vêm ganhando destaque através da utilização excessiva de exames, medicamentos e procedimentos. A medicalização tem tornado as pessoas dependentes dos profissionais e serviços de saúde, desapropriando-as do conhecimento sobre sua própria saúde, com diminuição do manejo autônomo da maior parte das dificuldades cotidianas como, dores, adoecimentos, nascimentos e mortes, o que provoca, iatrogenias (SCHOPF *et al.*, 2021) não apenas clínicas, mas também sociais e culturais (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021).

Na década de 70, Leavell e Clark (1976) estabeleceram três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, relacionando atividade médica e saúde pública, incluindo a promoção da saúde. Entretanto, nessa mesma época, emergiram as críticas à medicina institucionalizada, justificada pela ampla industrialização da saúde e medicalização. Isso ocasionou diversas formas de iatrogêneses, ou seja, o surgimento de doenças ocasionadas pela ação da medicina (TABET *et al.*, 2017).

A Prevenção Quaternária (P4) surgiu na década de 90, cujo conceito foi proposto por Jamouille, um médico de família e comunidade belga, que por meio de vários critérios, reviu o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. Essa proposta foi oficializada pela *World Organization of Family Doctors* (WONCA) em 2003 (JAMOUILLE, 1999).

O ideário da P4 partiu dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, sendo considerada um quarto nível de prevenção, com possibilidade de permear todos os demais (SCHOPF *et al.*, 2021). O principal objetivo da P4 é proteger os indivíduos de intervenções inadequadas, oferecendo alternativas eticamente aceitáveis. Assim, a P4 faz jus a uma das premissas éticas profissionais da saúde, de em primeiro lugar, não causar danos (PULHIEZ, NORMAN, 2021). Na APS, porta de entrada do SUS e para a inserção comunitária, todos os profissionais que ali atuam podem auxiliar no processo de desmedicalização (ILLICH, 1982).

Ressalta-se que na APS, junto as equipes da Saúde da Família (eSF) e as equipes de Saúde Bucal (eSB), atuam os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que, entre outras ações, realizam assistência direta aos indivíduos e comunidade, desta forma, também são responsáveis por evitar as consequências do intervencionismo excessivo.

Com base nesses pressupostos, emergiu a seguinte questão de pesquisa: quais as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes da APS para o desenvolvimento da P4? Logo, o objetivo do estudo foi analisar as percepções, possibilidades e desafios dos profissionais das equipes de APS para o desenvolvimento da P4.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação (Thiollent, 2011), realizado no mês de setembro de 2020, cujo cenário foi a APS de um município de pequeno porte localizado no Extremo Oeste de Santa Catarina (SC). Foram incluídos profissionais de nível superior das eSF, eSB ou NASF-AB, com pelo menos, seis meses de vínculo com a instituição. Excluíram-se os profissionais que estavam afastados (férias, atestados ou licenças) no momento da pesquisa. Participaram da pesquisa nove profissionais: uma Enfermeira, duas Cirurgiãs Dentistas, duas Médicas, uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga, uma Educadora Física e uma Nutricionista.

Optou-se pela pesquisa-ação por permitir a participação ativa dos sujeitos envolvidos, favorecendo a aprendizagem e troca de conhecimento. Ainda, por estimular o planejamento, o desenvolvimento colaborativo da equipe e a proposição de ações voltadas à solução de problemas identificados no cotidiano de trabalho (THIOLLENT, 2011).

Diante da situação pandêmica, imposta pela Covid-19, optou-se pela realização do encontro de maneira virtual, por meio da plataforma *Microsoft Teams*®, o que oportunizou aproximação entre os participantes, mesmo distantes fisicamente. A produção das informações ocorreu mediante dois encontros remotos, mediados por uma enfermeira, com experiência neste tipo de abordagem. As etapas da pesquisa

foram adaptadas seguindo seguinte ordem: 1) Coleta de dados; 2) Saber formal e informal; e 3) Aprendizagem (THIOLLENT, 2011).

Durante o encontro remoto, a mediadora utilizou perguntas disparadoras: 1) O que entendemos sobre prevenção? 2) Quais os tipos de prevenção? 3) Já ouvimos falar em P4? O que significa? 4) Que ações realizamos, na condição de equipe, para a P4? As questões estimularam o diálogo, a identificação de potencialidades e problemas da equipe, relacionados à temática, além da proposição de possíveis ações para qualificar a atuação dos profissionais para o desenvolvimento da P4. Essas estratégias também promoveram a criatividade dos envolvidos, que participaram de forma proativa do processo pedagógico (SOUZA *et al.*, 2021).

Como metodologia complementar, utilizou-se o diário de campo, sendo que o registro foi adaptado de Falkembach (1987) e organizado em três partes: a) descrição das observações, b) interpretações do que foi observado e c) conclusões preliminares, abordando os desafios, as dúvidas e imprevistos ocorridos durante o encontro. Os depoimentos dos participantes, durante os diálogos proporcionados pelos encontros, foram gravados e transcritos, mantendo a originalidade das informações (AZEVEDO *et al.*, 2017).

As informações foram analisadas com base nas três etapas da Análise Temática de Conteúdo de Minayo (2014): a) Pré-análise com transcrição e leitura flutuante dos depoimentos dos participantes; b) Exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, com vistas a buscar os núcleos de sentidos; c) Inferências e interpretações a partir do construto teórico sobre o tema, procurando promover uma discussão teórica/conceitual com os achados empíricos. A partir de então, emergiram três categorias temáticas: 1) Percepções dos profissionais em relação a Prevenção Quaternária; 2) Possibilidades para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária e; 3) Desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da Prevenção Quaternária.

Este estudo é um recorte de um projeto matricial, aprovado no pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEPSH) de uma Universidade pública, sob parecer nº 3.375.951 de 06 de junho de 2019. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e encaminhado para os participantes do estudo, que o assinaram e o devolveram, via e-mail, para as pesquisadoras. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, utilizou-se codinomes por meio

da associação da letra D – de depoimento, seguida da primeira letra da categoria profissional e sequência numérica.

Resultados

Percepções dos profissionais em relação a Prevenção Quaternária

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

Prevenir danos aos pacientes, exames desnecessários, medicamentos desnecessários. (DE8)
Prevenir [...] cirurgias desnecessárias. (DO9)
Evitar [...] qualquer tipo de prescrição que não seja necessária no momento para o paciente, que não seja adequada. (DN4)

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

[...] ter esse cuidado mais perto do paciente, observar o paciente na sua rotina, na sua vida diária, ir a campo [...] conhecer o ambiente que o paciente vive [...]. (DF2)
[...] um olhar multiprofissional para esse paciente para evitar que ele venha a ter uma complicação [...] uma nova cirurgia ou talvez tenha uma nova sequela, ou dano irreversível. (DE8)
[...] eu acho que o coletivo tem muito a somar para os pacientes ou futuros pacientes. Eu entendo que a prevenção é crucial para o nosso trabalho. (DP1)

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

A maioria da população faz uso de medicação psiquiátrica, de longa data, mais de dez anos, isso é uma falha [que justifica a Prevenção Quaternária] porque essas pessoas, na grande maioria, não necessitariam continuar usando essas medicações. Então, é um custo para o Sistema de Saúde que está acontecendo e querendo ou não a gente está submetendo o

paciente a um uso de medicamento que vai causar efeitos colaterais, e não teria necessidade de estar usando. (DM6)

Possibilidades para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária

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

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

A gente trabalha bem em conjunto, tem uma boa dinâmica, facilita o trabalho. (DM6)

[...] é muito válido trocar uma ideia com um colega, no caso, sobre um paciente, do que eu resolver tudo sozinha [...] facilita muito o entendimento e a compreensão do que precisa ser percebido. (DP1)

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

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

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

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

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

Desafios dos profissionais em relação ao desenvolvimento da Prevenção Quaternária

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

*[...] falta o entendimento da população e da própria gestão. (DF2)
Existe [conhecimento da população em relação a P4], mas num nível mínimo, são poucos pacientes que eu consigo de fato realizar uma [prática de] Prevenção Quaternária. (DM6)
Não estamos conseguindo fazer a prevenção [...] porque fatores externos estão influenciando [influência de agentes políticos]. (DO9)
Pela questão cultural, não ter a mesma linguagem de conduta [...] a gente não tem muito apoio para fazer [...]. (DM6)*

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

*Porque o médico que me prescreveu [a medicação] e disse que é para o resto da vida [referindo-se à depoimentos das pessoas atendidas nos serviços de saúde]. (DM6)
[...] muitos problemas físicos acabam por se tornar problemas psicológicos, a pessoa não está a fim de fazer parte dessa cura. (DO9)
Eu preciso do paciente para o tratamento, se não, ele não vai nunca ser efetivo. (DP1)
Surtem problemas novos ou maiores [...]. (DN4)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[...] as pessoas são muito do medicamento [...] não confiam muito na questão floral, embora tenha um efeito muito mais positivo, no meu ponto de vista, [...] as vezes, a dor que paciente tem é oriunda de um outro problema, mais emocional. Ele [o floral] vem a somar muito positivamente nos tratamentos. (DP1)
[...] a dificuldade de nós implantar as terapias é que ela tem o efeito a longo prazo [...]. (DF2)
Se a saúde é vista como um bem de consumo, o medicamento é visto como o próprio artigo de luxo e já a prevenção [...] o uso dos florais [...] não é visto com o mesmo valor [...]. (DN4)

Discussão

O conceito de P4 é reconhecido pelos profissionais de saúde, bem como há compreensão sobre a importância da sua aplicabilidade na prática clínica da APS. A P4 visa identificar pessoas que estão em risco de medicalização e intervenções excessivas e desnecessárias, em busca de ofertar alternativas preventivas e protetivas a essas condutas profissionais, sendo conhecida também como "prevenção da prevenção" (SCHOPF *et al.*, 2021; TESSER, 2017). É um conceito fundamental na prática clínica, principalmente quando inserida no SUS (Pellin; Rosa, 2018) pois favorece a melhora da qualidade de vida da população, além de permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas que podem contribuir para redução da morbimortalidade (DEPALLENIS *et al.*, 2020).

Na APS, a P4 torna-se fundamental, devido ao seu estímulo reflexivo em relação a medicina desnecessária nos diversos cenários da prática. Para tanto, são necessários processos dialógicos sobre situações problemáticas relacionadas a falta de P4 na prática clínica, permitindo o aprimoramento de condutas preventivas, com redução de danos iatrogênicos (TESSER, 2017; ALBER *et al.*, 2017).

Nesse sentido, ficou evidente que os profissionais de saúde possuem uma consciência sobre a importância do trabalho multiprofissional, sendo que as ações não devem ser focadas somente na condição de doença, mas respeitados outros aspectos individuais ou coletivos, como o ambiente onde o indivíduo está inserido, determinante no processo saúde-doença. O trabalho multiprofissional amplia a visão desse processo, ao envolver profissionais de diferentes núcleos de conhecimento, com habilidades e atitudes distintas e com um propósito que ultrapassa o âmbito individual. Associado ao respeito às condições familiares e socioambientais, isso gera favorecimento para o desenvolvimento de ações que ultrapassam o modelo biomédico (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021).

Nos serviços de saúde, as principais causas iatrogênicas, estão relacionadas com a ação/condução profissional (SCHOPF *et al.*, 2021; PEER; SHABIR, 2018). Para não realizar ou não indicar ações preventivas duvidosas ou inapropriadas, os profissionais precisam resistir às pressões intervencionistas da cultura atual. Esse propósito demanda habilidades comunicativas, empatia e trabalho adicional por parte dos profissionais de saúde, para fomentar significância e consenso entre os usuários, acalmar medos e ressignificar suas crenças, como aquela de "realizar exames para ver se está tudo bem". Ao induzir a produção, sistematização e coletivização de saberes e práticas profissionais, centrados em condutas éticas, pode-se contribuir para evitar a medicalização excessiva, permitindo ser utilizada como estratégia de prevenção e cuidado, reduzindo possíveis danos (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021).

Na APS, a P4 corrobora para a construção de práticas aceitáveis, também conhecidas como "boas práticas" que incidem sobre os outros tipos de prevenção (TESSER, 2017). Nos Estados Unidos, práticas iatrogênicas continuam sendo a terceira causa de morte. Entre essas causas estão as cirurgias desnecessárias, infecções hospitalares, erros medicamentosos e efeitos colaterais ocasionados pelo uso de medicamentos. Com a aplicabilidade da P4, a maioria dessas iatrogenias poderiam ser evitadas (PELLIN; ROSA, 2018).

Os profissionais associaram a falta de P4 no contexto clínico, ao encarecimento dos sistemas de saúde, principalmente, quando ações intervencionistas acontecem de maneira equivocada. De certa forma, para Depallens *et al.*, (2020) o uso indiscriminado de tecnologias duras não tem gerado melhorias significativas nos indicadores de morbimortalidade e ainda, tem encarecido os custos em saúde, com

enfraquecimento do vínculo profissional-paciente. Nesse mesmo contexto, Pellin e Rosa (2018) e Alber *et al.*, (2017) sinalizam a redução de riscos por condutas desnecessárias, as quais possibilitam melhorias na gestão dos recursos públicos e na oferta dos serviços, conseqüentemente, diminuindo custos supérfluos para os sistemas de saúde. Contudo, no contexto clínico, favorável à redução de condutas desnecessárias, está a Prática Baseada em Evidências (PBE) e o cuidado centrado na pessoa, que além de opções para a qualificação da prática, possibilitam a oferta da melhor evidência científica, com redução de danos iatrogênicos, fortalecendo a relação profissional-paciente (PELLIN; ROSA, 2018; ALBER *et al.*, 2017).

Os profissionais reconheceram a capacidade técnica da equipe e das boas práticas, como a visão holística em relação ao indivíduo. Para o desenvolvimento da P4, acreditam que uma possibilidade é o compartilhamento de saberes e a discussão de problemas relacionados a saúde individual ou coletiva, buscando a resolutividade de maneira interdisciplinar. Cumpre destacar que, na APS, é necessário reavaliar as condutas clínicas com periodicidade e, nessa direção, ações colaborativas são essenciais. Isso demanda de habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe. Dessa forma, para além da multiprofissionalidade, é premente operar em uma equipe interprofissional (SCHOPF *et al.*, 2021).

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

No contexto da APS, com a regulamentação institucional e legitimação social, as PICS tiveram uma grande revalorização e expansão nas últimas décadas (FERRAZ *et al.*, 2020). Em relação a P4, as PICS têm favorecido a sua aplicabilidade e contribuído para a humanização do cuidado. Diferente dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos biomédicos, comumente adotados na prática, as PICS contribuem no cuidado, reduzindo danos (RICCÒ, 2020).

Ferraz *et al.*, (2020) e Metelski *et al.*, (2021) sugerem que as PICS propõem estratégias voltadas para a autonomia, por vezes, desconstruindo o processo normativo imposto pelo modelo biologicista e medicalizante das indústrias

farmacêuticas. Diante disso, na APS, as PICS ampliam o leque terapêutico, podendo ser utilizadas para muitas queixas comuns. Todavia, é necessária à sua indicação paralela ao cuidado convencional biomédico, favorecendo o rompimento do monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico, excessivamente medicalizadoras e causadoras de iatrogenias (METELSKI *et al.*, 2021; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

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

Frente a cultura da medicalização, cabe salientar que somente o trabalho em equipe multidisciplinar, como principal estratégia de desenvolvimento da P4, torna-se insuficiente. Historicamente, a medicalização teve uma intensificação a partir do século XXI, influenciada pelo grande desenvolvimento das biotecnologias, da individualização e avaliação técnica das doenças e fatores de risco. Na APS, a generalização das noções de adoecimento tem favorecido as práticas intervencionistas, com alto potencial de danos (TESSER, 2019).

Quanto as ações preventivas, observou-se no discurso dos participantes, a falta de compreensão pela gestão sobre as condutas preventivas adotadas por eles na prática. Nesse contexto, para Paiva *et al.*, (2018) o poder executivo no âmbito das três esferas, tem um importante papel na organização dos serviços de saúde, devendo participar da gestão do SUS em consonância com as suas regulamentações específicas.

São considerados atributos principais de uma gestão: o olhar ampliado, boa comunicação, coordenação com planejamento estratégico e o trabalho em equipe. Porém, cabe destacar que os gestores de saúde ainda sentem dificuldade em relação as suas atribuições no contexto da prática, principalmente, pela falta de treinamento/formação adequada, além de enfrentarem, por vezes, a escassez de recursos financeiros, planejamento fragmentado nos serviços de saúde, estrutura inadequada e ambiente dinâmico e complexo. Todos esses fatores, refletem transtornos, comprometendo a organização dos serviços de saúde, principalmente na falta de planejamento adequado dos serviços ofertados. Na APS, uma das formas de superar essas dificuldades, é aprimorar o trabalho técnico e administrativo, com o

envolvimento dos profissionais de saúde na gestão, de forma democrática (PAIVA *et al.*, 2018).

Em relação a facilidade de acesso a exames, medicamentos e serviços especializados, os profissionais de saúde apontaram ser um elemento dificultador da aplicabilidade da P4 na APS, pois sinalizam para o estímulo a medicalização e ao mesmo tempo, um desestímulo para o autocuidado. Sem dúvida, o fácil acesso a tecnologias diagnósticas expandiu intensamente nas últimas décadas, porém o seu uso indiscriminado nem sempre traz benefícios, já que os achados não intencionais são um dos grandes contribuintes do sobrediagnóstico e tratamentos excessivos (SCHOPF *et al.*, 2021).

Os profissionais consideraram que não há confluência entre as orientações da APS e do serviço especializado, no qual a abordagem do indivíduo é mais focada na doença. Na prática clínica, principalmente na área médica especializada, sobrediagnósticos ou resultados falsos positivos não são questionáveis, porém, existe uma cobrança maior em relação ao diagnóstico. Desta forma, há um favorecimento para a solicitação adicional de testes diagnósticos, com expansão e generalizações das doenças. Ainda, o grande avanço da ciência tecnológica, pela facilidade de acesso e preferência cultural, tornou, de certa maneira, falho o processo de investigação diagnóstica, fazendo com que o conhecimento médico passasse a ser independente das experiências subjetivas dos indivíduos (PALMEIRA; GEWEHR, 2018).

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

Notoriamente, a linguagem também tem potencial iatrogênico, principalmente quando são utilizadas expressões como verídicas. Um exemplo, é afirmar que uma doença não tem cura ou que o uso de um medicamento é para a vida toda. Expressões como estas podem causar danos, uma vez, que servem de estímulo para alimentar uma condição clínica, que passa a ser considerada como doença pelo indivíduo (METELSKI *et al.*, 2021).

Certamente, a abordagem profissional tem contribuído para a medicalização, seja pela pouca qualificação técnica, desgaste profissional ou até mesmo, pela desumanização da prática. Ao longo dos anos, associado a influências da mídia e na crença de cura e prevenção através de tecnologias duras, houve a mercantilização de doenças, criando uma demanda que pressiona os profissionais e serviços de saúde para realização de mais procedimentos, mais consultas, mais exames, mais medicamentos, muitas vezes desnecessários (PELLIN; ROSA, 2018; FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

É notória a preocupação dos profissionais de saúde em relação a participação do indivíduo no seu processo de cura. A falta de autonomia foi apontada como elemento dificultador para a aplicabilidade da P4 na prática clínica. Por vezes, tanto a gestão como a população não aceitam as condutas protetivas estabelecidas pelos profissionais, fazendo com que problemas que poderiam ser solucionados na APS, sejam referenciados para os serviços especializados.

No contexto da P4, promover a participação do indivíduo no seu processo de saúde através do empoderamento educativo, melhora a segurança dos cuidados, possibilitando a participação ativa e mobilização para a promoção da saúde, com diminuição de riscos e danos (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). O empoderamento educativo possibilita aos indivíduos além do autoconhecimento, o autocuidado, favorecendo a criação de habilidades necessárias para responsabilização pelas decisões acerca de sua saúde. Ao empoderar os indivíduos com informações de qualidade, conseqüentemente, melhoram-se o vínculo profissional-paciente, produzindo resultados mais prudentes e qualificados de saúde (SOUZA; OLIVEIRA; QUEIROZ, 2019).

No entanto, no contexto da prática, a falta de autonomia profissional pode estar relacionada a dificuldade em lidar com incertezas e com sintomatologias inespecíficas, levando por vezes, pelo medo ou preocupação, o indivíduo a tornar-se dependente do atendimento e o profissional, prescritor de cuidados desnecessários (SCHOPF *et al.*, 2021; METELSKI *et al.*, 2021).

A P4 requer a implementação constante da educação profissional, com conteúdo voltados para a interprofissionalidade. Nesse contexto, o uso de metodologias ativas como processo de ensino-aprendizagem é essencial, pois além de favorecer a autonomia, permite uma abordagem crítica em relação a

situações/problemas da prática (DEPALLENS *et al.*, 2020). Nessa direção, os profissionais de saúde reconheceram a EPS como uma possibilidade de fomentar a aplicabilidade da P4 na prática clínica.

Como limitação do estudo, cita-se a pandemia da Covid-19, visto que houve a necessidade de realizar os encontros de maneira remota e o fato do estudo não abordar os demais atores sociais envolvidos no cuidado, como o indivíduo, comunidade e o gestor, os quais, certamente, apresentam saberes singulares as temáticas que envolvem a P4.

Conclusão

Os profissionais de saúde reconheceram o conceito e a importância da P4 na sua prática clínica, considerando que tangeia outras ações que permeiam a APS. Somado a isso, demonstraram uma certa responsabilização sobre as condutas empregadas na prática em relação aos danos iatrogênicos.

Para os profissionais, no contexto de suas práticas, a escassa utilização da P4 está associada ao encarecimento dos serviços de saúde e a organização institucional, tornando-se premente refletir sobre a existência de diversas formas de cuidado à saúde, favoráveis para a aplicabilidade da P4, entre elas, as PICS. Nesse cenário, a EPS foi reconhecida como uma estratégia favorável, possibilitando a interprofissionalidade, a qual influencia nas decisões da equipe sobre a P4.

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

A P4, sem dúvida, deve fazer parte das políticas públicas e tanto o apoio institucional como a forma de organização dos serviços de saúde, tornam-se

essenciais ao favorecimento da sua aplicabilidade. Para que haja uma maior responsabilização e conscientização profissional em relação as condutas intervencionistas no cotidiano de prática, há a necessidade de uma gestão democrática, com a participação ativa da equipe, visando a construção colaborativa de estratégias e ações que garantam a qualidade nos serviços ofertados.

Sugerem-se novos estudos que possam contribuir na investigação e continuidade de pesquisas sobre a temática, a fim de ampliar o conhecimento acerca da P4 por parte dos gestores, profissionais de saúde, indivíduos e coletividades.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 5, maio de 2016, p. 1499–510. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 52–66. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.
- GROSS, D.M.P. et al. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, vol. 10, n. Suppl. 4, setembro de 2016, p. 3608-3619. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11136>. Acesso em: 7 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 8 jan. 2020.
- SCHOPF, K. et al. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. In: Vendruscolo C., Tesser C.D., Adamy E.K. (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.
- VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C.D.; PIRES, D.E.P.; FONSECA, G.S.; STIPP, M.A.C. **A prevenção quaternária e a interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde**. In: Vendruscolo C, Tesser CD, Adamy EK (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.
- LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.
- TABET, L. P. et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate**, vol. 41, n.115, dezembro de 2017, p. 1187–98. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1187.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.
- JAMOULLE, M.D. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)**, 1999. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>. Acesso em: 8 jan. 2020.
- PULHIEZ, G. C.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 16, n.43, janeiro de 2021, p. 2430.

Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2430>. Acesso em: 11 abr. 2021.

ILLICH, I. **Medicalization and primary care**. J R Coll Gen Pract. v.32, 1982, p.463-470.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 18. ed., 2011.

SOUZA, J.B et al. Enfrentamento da COVID-19 e as possibilidades para promover a saúde: diálogos com professores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, vol. 11, fevereiro de 2021, p. e12. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/61363/pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

FALKEMBACH, E.M.F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão**. In: Contexto e educação. Ijuí, RS, vol. 2, n. 7, jul./set. 1987, p. 19-24.

AZEVEDO, V. et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, vol. IV Série, n.14, setembro de 2017, p. 159–68. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn14/serIVn14a16.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, vol. 51, dezembro de 2017, p. 116. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591129.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

PELLIN, P.P.; ROSA, R.S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 2, n. 3, dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351/51266>. Acesso em: 5 jan. 2020.

DEPALLENS, M.A. et al. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 24, n. suppl 1, 2020, p. e190584. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24s1/1807-5762-icse-24-s1-e190584.pdf>. Acesso em 29 nov. 2020.

ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, vol. 18, n.1, dezembro de 2017, p. 99. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4#citeas>. Acesso em: 11 abr. 2021.

PEER, R.F; SHABIR, N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, vol. 7, n.2, 2018, p. 309. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30090769/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

FERRAZ, I.S. et al. Expansión de las prácticas integrativas y complementarias en Brasil y el proceso de implantación en el Sistema Único de Salud. **Enfermería actual en Costa Rica**, n. 38, novembro de 2019. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1090096>. Acesso em 26 nov. 2020.

RICCÒ, I. Searching for a 'new magical world': the contradictions of CAM and new age therapies in the West. **Anthropology & Medicine**, vol. 27, n.1, janeiro de 2020, p. 96–109. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28052343/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

METELSKI, F.K. et al. Ações do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: interfaces com a prevenção quaternária. In: Vendruscolo C., Tesser C.D., Adamy E.K. (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.

TESSER, C.D; SOUSA, I.M.C; NASCIMENTO, M.C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 174–88. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500174&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 26 nov. 2020.

TESSER, C.D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 17, n.2, 2019, p. e0020537. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200400. Acesso em 26 nov. 2020.

PAIVA, R. et al. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.28, n. Supl 5, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2455>. Acesso em 29 nov. 2020.

PALMEIRA, A.B.P.; GEWEHR, R.B. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n.8, agosto de 2018, p. 2469–78. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232018000802469&script=sci_abstract. Acesso em 11 abr. 2021.

FIGUEIREDO, K.C. et al. Prevenção quaternária e bioética: reflexões iniciais para a educação interprofissional e a prática colaborativa. In: Vendruscolo C., Tesser C.D., Adamy E.K. (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.

SOUZA, G.F; OLIVEIRA, K.D.P.; QUEIROZ, S.M.D. Educação em saúde como estratégia para a adesão ao autocuidado e às práticas de saúde em uma unidade de saúde da família. **Revista de Medicina**, vol. 98, n.1, abril de 2019, p. 30–39. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/151693/152689>. Acesso em: 13 dez. 2020.

5.1.4 Produto Bibliográfico 2 – Capítulo de livro

Capítulo de livro intitulado “Manual Técnico para a Prevenção Quaternária: caminhos para a criação de uma TE em saúde”. O capítulo relata o método de construção e validação do Manual Técnico, e posteriormente, será encaminhado para coletânea do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS).

MANUAL TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: CAMINHOS PARA A CRIAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Introdução

A Prevenção Quaternária (P4) é um conceito que vem ganhando destaque, cujo objetivo é proteger indivíduos que estão em risco de intervenções excessivas e buscar alternativas preventivas mais éticas, propondo medidas de proteção. Lentamente, a cultura da P4 vem se desenvolvendo entre profissionais de saúde, em vários países, visando a redução de danos iatrogênicos e intervencionistas relacionados as condutas excessivas desses profissionais (TESSER, NORMAN, 2019; PULHIEZ, NORMAN, 2021).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) um dos objetivos principais das equipes é garantir o cuidado à saúde da população, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos. As ações preventivas nesse nível visam também, a resolutividade, ao buscar solucionar as demandas de saúde desde o primeiro contato, identificando e intervindo nos riscos, oferecendo diversas formas de cuidado (BRASIL, 2017). Nesse sentido, uma APS forte deve buscar resolver em tempo oportuno, a maior parte dos problemas de saúde da população, garantindo a acessibilidade e continuidade do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A proposta da P4 defendida por Jamouille (1999) - Belga e Médico de Família e Comunidade - oficializado pelo Dicionário da WONCA em 2003 e inserido no Código

de Ética Médica no capítulo da responsabilidade profissional (PELLIN; ROSA, 2018), tem sido valorizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em toda América Central, atualmente, sendo reconhecida também na Europa, Canadá, América do Sul e Ásia (JAMOULLE, 2015).

A P4 se torna essencial para o cuidado clínico, principalmente, quando inserida no SUS (PELLIN; ROSA, 2018). Na APS, sem a distinção da prevenção e da cura de doenças, a geração de estágios de “pré-doenças” e a própria medicalização dos fatores de risco, cria demandas clínicas, que antes não eram consideradas problemas de saúde e, na sua maioria, não têm relação com o adoecimento (TESSER, 2017). Ainda, cumpre destacar que práticas preventivas inadequadas, além de aumentarem as chances de iatrogenia, favorecem a criação de uma nova demanda de doentes, por vezes, considerados clinicamente saudáveis (PIZZANELLI *et al.*, 2016; TESSER, 2017).

De fato, a medicalização tem se tornado cada vez mais expressiva na APS e demanda, além do conhecimento e prática profissional, formação e diretrizes nos serviços e instituições de saúde (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018). A medicalização tem sido influenciada pela mercantilização de doenças, em que, por exemplo, o uso e o acesso a tecnologias duras, que são empregadas indiscriminadamente, têm incentivado ainda mais a tomada de decisão médica defensiva (PELLIN; ROSA, 2018). A influência, por vezes negativa, das indústrias farmacêuticas, além de alcançar as mídias sociais, serviços de saúde e os próprios usuários, teve grande expansão nos últimos anos, cujas informações sobre fármacos visa mais o lucro do que as necessidades de saúde populacionais (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

Nesse contexto, a P4 possui um papel importante e desafiador em relação as práticas desnecessárias, sendo que os profissionais são confrontados pelas dúvidas nos diversos cenários da prática. Dessa forma, são importantes as discussões ponderáveis nos serviços de saúde, relacionadas a danos intervencionistas ou de sobremedicalização, a fim de estimulá-los a identificar e construir condutas preventivas redutivas de danos e riscos aos indivíduos (ALBER *et al.*, 2017; TESSER, 2017).

Na APS, a P4 também pode fazer parte dos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e, por meio dessa estratégia, nortear os profissionais e

instituições nas ações de prevenção centradas na pessoa e no cuidado longitudinal (PELLIN, ROSA, 2018). Essa é uma das maneiras de proporcionar o planejamento das atividades profissionais, de acordo com as dificuldades identificadas na prática. Com isso, a EPS corrobora na transformação do processo de trabalho, na qualidade da assistência, estimulando um atendimento mais humanizado (WEYKAMP *et al.*, 2016). É no cotidiano do trabalho que são identificados temas que necessitam de aperfeiçoamento, sendo um processo coletivo, contínuo, e de responsabilidade institucional, cujo resultado se traduz na transformação da prática (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2018). Para Teixeira (2020), é de extrema importância agregar saberes e, principalmente, tecnologias que estimulem o cuidado por meio da educação, já que ambos – cuidado e educação – são parte de um mesmo processo.

Cumprir destacar que nos últimos anos houve uma maior adesão ao uso de tecnologias educacionais no aprimoramento do cuidado, pois além de serem facilitadoras, são ferramentas que auxiliam no processo de trabalho por meio do ensino-aprendizagem. Além de um excelente meio pedagógico, as tecnologias educacionais, quando construídas coletivamente, possibilitam um momento de troca de conhecimento e habilidades. Dentre as tecnologias, destacam-se, os materiais impressos como cartilhas, manuais, folhetos, folders, entre outros (TEIXEIRA, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

Considerando a importância desses aspectos, desenvolveu-se um Manual Técnico sobre a P4 para profissionais de saúde, com o intuito de instrumentalizá-los para a prática clínica, imbuída da P4. Nesse sentido, esse capítulo tem como objetivo descrever as etapas de construção e validação do Manual Técnico sobre a P4 para profissionais de saúde.

Os caminhos para a construção do Manual Técnico

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, que objetivou o envolvimento dos participantes para a construção da Tecnologia Educacional (TE) do tipo Manual Técnico. A pesquisa-ação visa interligar conhecimento e ação, por isso, estimula e permite a interação entre o pesquisador e os integrantes da pesquisa, no intuito de facilitar o conhecimento mútuo, contribuindo para a discussão e aprimoramento do tema de pesquisa. Os resultados são

considerados produções, que podem ser adaptáveis, no decorrer da pesquisa (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa foi realizada com os profissionais de nível superior que compõem a equipe de Saúde da Família (eSF), equipe Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do município de Sul Brasil/Santa Catarina (SC). Para inclusão dos participantes, utilizou-se os seguintes critérios: a) ser profissional de nível superior da eSF, eSB ou NASF-AB, há, pelo menos, seis meses; b) prestar assistência à saúde que envolvessem ações de P4. Foram excluídos do estudo aqueles participantes que: a) estavam afastados de suas atividades por motivos eventuais (p.ex. licença médica, licença maternidade, viagem); b) não puderam estar presentes durante os encontros/etapas da pesquisa. Fizeram parte da pesquisa nove profissionais: uma Enfermeira, uma Nutricionista, duas Médicas, duas Cirurgiãs Dentistas, uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga e uma Educadora Física.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de setembro de 2020 à junho de 2021 e seguiu as orientações propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com vinculação ao Macroprojeto, intitulado – "Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde", sob Parecer nº 3.375.951 de 06 de junho de 2019. Os participantes foram informados sobre o estudo via e-mail, com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para manter o anonimato dos juízes, os nomes foram substituídos por codinome, sendo letra J – de "juiz" seguida de uma sequência numérica.

A elaboração do Manual Técnico seguiu o Relatório de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que define o Manual Técnico como um produto tangível e de manuseio, podendo ser classificado como material didático.

O processo de construção do Manual Técnico aconteceu em três etapas remotas – encontros – interligadas entre si: produção das informações, saber formal e informal e processo de aprendizagem (THIOLLENT, 2011). Os encontros foram mediados por uma enfermeira mestranda, com experiência neste tipo de abordagem.

a) Etapa 01: encontro para a produção das informações

O primeiro encontro com os participantes da pesquisa ocorreu via plataforma *Microsoft Teams®*. O objetivo foi conhecer as percepções dos profissionais em relação a P4. Como parte da produção das informações, o encontro aconteceu seguindo do método de roda de conversa, de maneira dialógica e virtual. Essa modalidade a distância foi necessária devido às medidas de isolamento, ocasionadas pela pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Assim, como instrumentos para a produção e registro das informações, foram utilizados o diário de campo e a gravação de áudio e imagens.

Inicialmente, a mediadora do encontro (pesquisadora) apresentou os objetivos da pesquisa e elaborou perguntas disparadoras dos diálogos: o que entendemos sobre prevenção? Quais os tipos de prevenção? Já ouviram falar em P4? O que significa? Que ações nesse sentido realizam, individualmente e enquanto equipe? Os participantes foram estimulados a refletir sobre os níveis de prevenção e o diálogo remoto permitiu a identificação dos pontos fracos e fortes (Tabela 5) em relação a aplicabilidade da P4 na prática clínica dos profissionais da equipe de saúde.

Tabela 5 – Painel ilustrativo sobre os pontos fortes e fracos em relação a Prevenção Quaternária.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
1. Capacidade técnica da equipe; 2. União da equipe; 3. Visão holística; 4. Trabalho em equipe, dinamismo, facilidade no trabalho; 5. Disponibilidade de trabalhar em equipe;	1. Interferência externa (agentes políticos); 2. Objetivo do gestor que vai de encontro a prevenção; 3. Falta de apoio institucional/gestão; 4. Cultura da população; 5. Fácil acesso a exames, especialistas e medicamentos; 6. Falta de autonomia profissional; 7. Falta de compreensão e aceitação sobre as condutas; 8. Falta do envolvimento do paciente no seu tratamento; 9. Falta de confiança em tratamentos alternativos;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A partir das percepções dos participantes, foi realizado pela mediadora a introdução do tema de P4, por meio de exposição remota e acesso ao material pela própria plataforma. De maneira dialógica, os participantes problematizaram o tema, trocando ideias sobre os seus saberes e fazeres, identificando os principais problemas relacionados à falta de P4 na prática clínica. Essa atividade resultou no diagnóstico local da realidade em relação a P4 (Tabela 6). Para os participantes, a P4 não acontece na prática clínica e os pontos fracos elencados foram considerados por eles os grandes nós no diagnóstico da realidade local.

Tabela 6 – Diagnóstico da realidade local em relação a Prevenção Quaternária

Diagnóstico da realidade na opinião dos participantes	
1.	Há muitas interferências externas (agentes políticos);
2.	O objetivo do gestor que vai de encontro a prevenção;
3.	Há falta de apoio institucional/gestão;
4.	Cultura da população muito voltada para a medicalização;
5.	Há um fácil acesso a exames, especialistas e medicamentos;
6.	Diante da população e da gestão há falta de autonomia profissional;
7.	Dificuldade da população e gestão aceitarem as condutas preventivas;
8.	Há falta de envolvimento do paciente no seu tratamento;
9.	Há falta de confiança em tratamentos alternativos por grande parte da população;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos participantes em relação a P4 e sobre a construção coletiva de um material didático instrucional do tipo Manual Técnico, foi disponibilizado aos profissionais, por meio de um grupo de *WhatsApp®*, materiais de apoio como vídeos e artigos relacionados ao tema. Como proposta de dispersão, a ser retomada na próxima etapa, em trios os participantes esboçaram ações de fortalecimento a adesão da P4 na prática, de acordo com o diagnóstico local.

b) Etapa 02: encontro para a produção das informações com base no saber formal e informal

O segundo encontro via plataforma remota (*Microsoft Teams®*) com os participantes da pesquisa teve como objetivo resgatar as construções da etapa anterior e propor ações para a P4. A partir dos diálogos, foram propostas e escolhidas

as principais ações, a partir do diagnóstico da realidade local, em relação a P4, de acordo com as fragilidades identificadas por eles na etapa anterior. A tabela a seguir apresenta as ações, de acordo com o que cada segmento institucional poderia realizar.

Tabela 7 – Ações de fortalecimento para o diagnóstico da realidade local, distribuídas por segmento institucional

Gestão
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar roda de conversa com a gestão para explicar os princípios do SUS, as atribuições da eSF e de cada profissional de saúde, quais os benefícios da prevenção para a gestão (custo-benefício) e qual a finalidade da Academia da Saúde. O objetivo é buscar esclarecer as dúvidas e garantir a resolutividade na APS. Foi proposta para essa ação a entrega de material impresso e posteriormente, uma explanação também na Câmara de Vereadores Municipal com o mesmo objetivo; 2. Adquirir materiais e equipamentos para a realização das atividades físicas de grupo e materiais impressos, para reforçar as orientações verbais realizadas pelos profissionais;
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar capacitação para os ACS, com vistas a supervisionar o uso correto dos medicamentos, evitando a sobremedicalização. Conferência quanto ao prazo de validade, falta ou excesso de medicação nos domicílios. Para essa ação foi proposta uma atividade de simulação prática. Após capacitação, aliado ao embasamento teórico, os ACS realizariam a parte experimental, primeiro em forma de simulação, em que realizariam as conferências dos medicamentos e orientação de acordo com o prazo de validade, uso indevido ou excesso de medicamento. O desenvolvimento dessa atividade seria de responsabilidade dos profissionais de nível de superior; 2. Sensibilizar ao ACS para a P4;
Equipe técnica
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar encontros semanais da equipe técnica para discussão de casos e organização dos grupos prioritários (com comorbidades afins) para roda de conversa, com a presença do ACS quando necessário; 2. Na dispensação de medicamentos, identificar a posologia dos medicamentos de uso contínuo; 3. Retomar o Projeto Terapêutico Singular (PTS); 4. Organizar as visitas domiciliares juntamente com o NASF - AB para uma maior cobertura, com o objetivo de reconhecer o território e o contexto onde o paciente está inserido; 5. Organizar as agendas dos profissionais; 6. Instituir um plano de monitoramento multiprofissional com estabelecimento de metas para as pessoas que frequentam a Academia da Saúde. O objetivo é conseguir acompanhar o

-
- grau de melhora das pessoas, sem instituir o uso da medicação (como primeira escolha) quando for indicado;
7. Criar um acesso ao sistema de informação da farmácia para os profissionais de nível superior, para que possam visualizar as dispensações de medicamentos, com o objetivo de evitar a interação medicamentosa, sobremedicalização, automedicação e riscos inerentes ao uso de algum fármaco para realização de procedimentos;
 8. Instituir a ginástica laboral para os profissionais de saúde;
 9. Realizar rodas de conversa entre os profissionais para esclarecer o que são as terapias alternativas e quando elas podem ser indicadas, com o objetivo de todos os profissionais serem conhecedores das PICS e quando poderão indicá-las associada ou não ao tratamento convencional;
 10. Organizar a agenda dos profissionais para a realização das PICS;
 11. Instituir um Plano de EPS para a equipe sobre os demais níveis de prevenção (primária, secundária e terciária);
-

Comunidade

1. Realizar rodas de conversa de acordo com a microárea, com os grupos prioritários, identificando as maiores queixas da comunidade, para propor melhores alternativas de tratamento e estimular o autocuidado;
 2. Realizar palestras nas comunidades, nos grupos de comunidade, nas escolas, com diversos temas como o autocuidado, funções da equipe de saúde, terapias alternativas, uso racional dos medicamentos, descarte correto dos medicamentos etc.;
 3. Instituir grupos de caminhada monitoradas na sede e no interior, com o intuito de estimular a prática de atividade física e mudança de hábitos. Para essa ação foi considerado estimular a utilização da academia ao ar livre;
 4. Estimular/orientar os indivíduos a sempre trazerem consigo a carteirinha de saúde com a identificação da comorbidade e medicamento de uso contínuo, com o intuito de responsabilizá-los pelo seu autocuidado e ser conhecedor dos medicamentos que faz uso;
-

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Após elencadas as ações, houve a explanação das estratégias de construção e as informações que deveriam conter em um Manual Técnico sobre P4 para profissionais de saúde. A mediadora explanou remotamente sobre a construção de uma TE do tipo Manual Técnico, explicando a finalidade desse material para equipe e os passos para a sua elaboração.

Nessa etapa, houve dificuldade por parte dos participantes de elencarem os tópicos que deveriam estar contidos no Manual Técnico sobre a P4. A mediadora,

então, provocou a reflexão sobre temas considerados base para a compreensão desse nível preventivo:

- ✓ Contexto da APS;
- ✓ Níveis de prevenção;
- ✓ Quando e porque a P4 entra em cena;
- ✓ O que se entende por P4;
- ✓ O que se entende por danos iatrogênicos (iatrogenia clínica, social, cultural);
- ✓ Como a P4 pode ser aplicada no contexto da APS;
- ✓ Rastreamentos;
- ✓ Tipos de rastreamento;
- ✓ Relação da P4 no rastreamento;
- ✓ Riscos dos excessos (exames, sobrediagnóstico, sobremedicalização);
- ✓ Importância da evidência científica, acolhimento, EPS e promoção ao autocuidado;
- ✓ PICs e sua relação com a P4;
- ✓ Alimentação saudável e atividade física na P4;
- ✓ "Medicalização da vida" (luto, parto, resfriado, etc);

Com o objetivo de instigá-los para construção coletiva do Manual Técnico, foram disponibilizados, via grupo de *WhatsApp*®, materiais de apoio (artigos, livros, vídeos) sobre a finalidade da produção de material instrucional como fonte didática na APS.

c) Etapa 03: encontro para a finalização do Manual e desenvolvimento do processo de aprendizagem

O terceiro encontro via plataforma remota (*Microsoft Teams*®) com os participantes da pesquisa teve como objetivo resgatar as construções das etapas anteriores, para dar início a construção coletiva do Manual Técnico. Os tópicos para compor o Manual Técnico (Tabela 8) foram definidos no encontro anterior, com possibilidade de ajustes de acordo com o processo de construção.

Tabela 8 – Tópicos elencados para compor o Manual Técnico

Tópicos mantidos	Tópicos incluídos
<ol style="list-style-type: none">1. Atenção Primária à Saúde (APS);2. Níveis de prevenção;3. P4 (história e conceito);4. Danos iatrogênicos (iatrogenia clínica, social, cultural);5. Aplicabilidade da P4 no contexto da APS;6. Rastreamentos;7. Tipos de rastreamento;8. Relação da P4 no rastreamento;9. Riscos dos excessos (exames, sobrediagnóstico, sobremedicalização);10. Importância da evidência científica, acolhimento, EPS e promoção ao autocuidado;11. PICS e sua relação com a P4;12. Alimentação saudável e atividade física na P4;13. "Medicalização da vida" (luto, parto, resfriado, etc);	<ol style="list-style-type: none">1. Público-alvo da P4;2. Determinantes e condicionantes de saúde;3. Testes rápidos;4. Mudança de hábito e estilos de vida;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Considera-se que esta etapa também permitiu concluir o processo pedagógico que instrumentalizou os membros da equipe de saúde sobre o conceito e as possibilidades de efetivar a P4 na APS.

O produto: Manual Técnico sobre a Prevenção Quaternária

A construção coletiva do Manual Técnico também aconteceu no formato virtual. A mediadora criou um ambiente remoto de aprendizagem, via plataforma *Google Sala de Aula*®. Para tanto, inicialmente foram disponibilizados os materiais de apoio que já haviam sido enviados por meio de um grupo de *WhatsApp*® criado com esse propósito, a fim de subsidiar no conteúdo e facilitar a construção coletiva do material didático.

Posteriormente, para elaboração e aprimoramento do Manual Técnico, a mediadora desenvolveu um esboço do Manual, por meio da ferramenta *Google Docs®*, contendo os tópicos elencados pelos participantes durante os encontros virtuais anteriores. Esse documento foi compartilhado (via *link*) com os participantes. A escolha da ferramenta de *Google Docs®*, se deu em virtude de ser um instrumento de texto *on-line*, que permite a participação de várias pessoas simultaneamente, as quais podem criar e editar o documento, que é salvo automaticamente. Ainda, todas as alterações realizadas no documento ficam salvas e são visíveis para os participantes ao qual o documento é compartilhado.

Por contar com um espaço destinado para comentários, essa mesma ferramenta foi utilizada como fórum de discussão, o que permitiu o aprimoramento e construção do Manual Técnico.

Após conclusão da construção do Manual Técnico com os principais conceitos e informações da P4, foram escolhidas algumas imagens para compor os capítulos. As imagens foram selecionadas na internet (banco de imagens gratuitas) e ajustadas pelos participantes no programa *CorelDRAW®*. Posteriormente, o manual técnico foi enviado para um profissional especialista em diagramação.

A primeira versão do Manual Técnico com dimensões de 148x210mm e 70 páginas, preenchidas frente e verso, ficou assim organizada: capa, lista de abreviaturas, sumário, apresentação, introdução, oito capítulos e índice remissivo.

O processo de validação do Manual Técnico

A fase final de desenvolvimento do Manual Técnico contemplou o processo de validação de conteúdo e aparência por *expertises* e avaliação semântica por público-alvo.

Análise dos dados referentes à validação

a) Validação de Conteúdo por expertises

Foram convidados a participar 22 juízes, sendo nove profissionais de saúde, oito especialistas em TE e cinco especialistas em P4. Dos 22 juízes, 11 não responderam o instrumento de validação, assim, **participaram da validação de conteúdo 11 juízes**, distribuídos da seguinte maneira:

1. Cinco especialistas na área da APS de outras instituições de saúde;
2. Quatro especialistas na área da APS do próprio serviço;
3. Dois especialistas em TE e P4;

A seleção dos juízes ocorreu a partir de pesquisa da busca de currículos de experts na *Plataforma Lattes®*. Para tanto, foi enviada uma carta convite por meio do e-mail de cada profissional, informando o tipo de tecnologia produzida e como seria sua participação no processo de validação. Na ocasião foi enviado o TCLE, *link* de acesso ao Manual Técnico na íntegra e o *link* dos instrumentos de validação, que foram criados através da plataforma *Google Forms®*.

Para avaliação do conteúdo do Manual Técnico, o instrumento de validação foi adaptado de Teixeira e Mota (2011). Essa etapa aconteceu de maneira individual de acordo com: a) objetivos; b) conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia; e, c) relevância e usabilidade, em uma escala *Likert* de 1 a 4:

- (1) Inadequado;
- (2) Parcialmente inadequado;
- (3) Adequado;
- (4) Totalmente adequado.

Os juízes puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor que, na opinião de cada um, estava mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações "1" e "2".

Para avaliar a proporção de profissionais/juízes que estavam em concordância, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). De acordo com Alexandre e Coluci (2011) e Coluci, Alexandre e Milani (2015), o IVC é um instrumento amplamente utilizado na área da saúde, com possibilidade de analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo. O nível do índice é calculado pela somatória de concordância dos itens que foram marcados como (3) e (4). A fórmula para avaliar cada item foi a seguinte:

$$IVC = \frac{\text{número de resposta (3) e (4)}}{\text{número total de respostas.}}$$

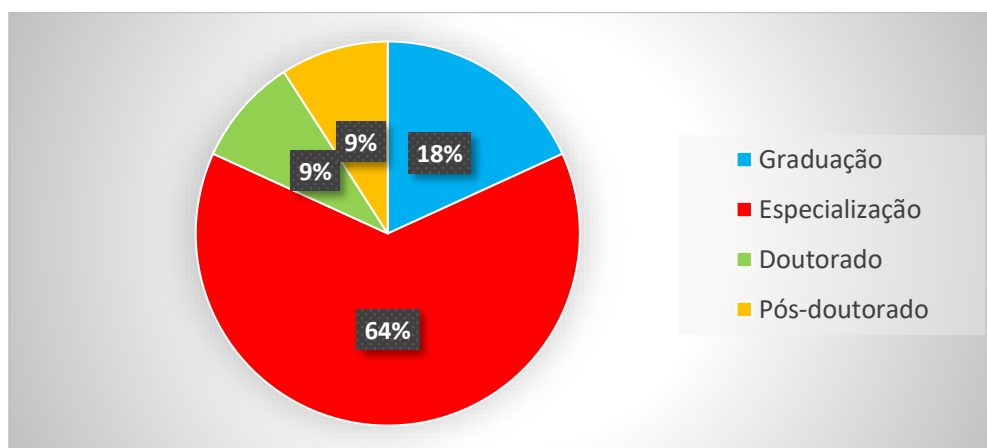
A taxa de concordância aceitável entre os juízes foi igual ou superior a 0,80. Os itens que receberam pontuação (1) ou (2) foram revisados.

Os dados quantitativos, oriundos do instrumento de validação, preenchido pelos juízes foram ordenados e tabuladas, utilizando o programa *Exce/®*. Na primeira sessão do instrumento, obteve-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Todos os juízes que participaram do processo de validação de conteúdo do Manual Técnico eram do sexo feminino (100%) com idade entre 25-42 anos. A média de formação profissional foi de 10,4 anos.

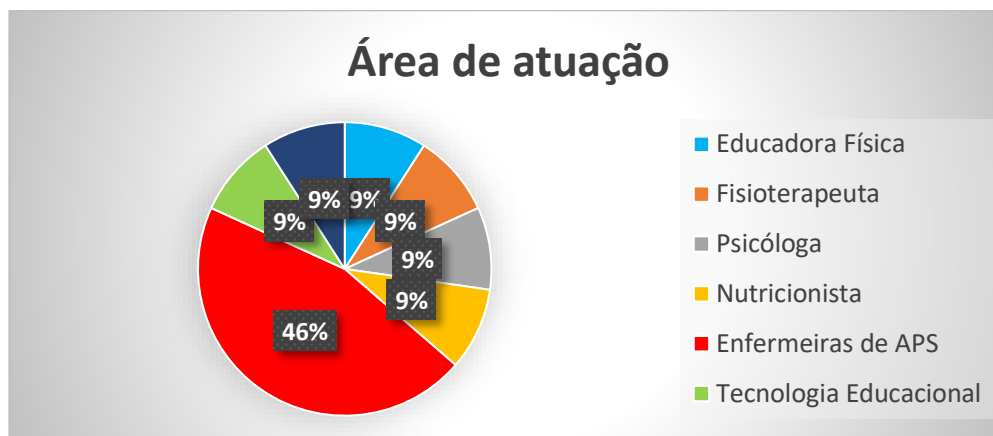
De acordo com o nível de titulação (Gráfico 1), sete juízes (64%) possuem especialização, dois (18%) graduação, um (9%) Doutorado e um (9%) Pós-doutorado. O número expressivo de juízes com especialização se deu em virtude de que a maioria dos juízes que compuseram a amostra foram profissionais especialistas e atuantes na APS (Gráfico 2).

Gráfico 1 – Titulação dos avaliadores



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Gráfico 2 – Área de atuação dos avaliadores



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Cumpre destacar que a validação de uma TE, quando realizada por profissionais/juízes de diversas áreas de conhecimento, favorece a multidisciplinaridade, com uma abrangência maior e distinta de opiniões (NASCIMENTO, TEIXEIRA, 2018; TEIXEIRA, 2019).

O conteúdo do Manual Técnico foi avaliado pelos juízes, por capítulo, de acordo com critérios descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Critérios para avaliação de conteúdo do Manual Técnico

Bloco 01: Objetivos (referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE).

- 1.1 As informações estão apropriadas com o que preconiza a P4.
- 1.2 As informações são importantes para melhora da prática profissional.
- 1.3 Essa tecnologia instiga reflexão/mudança sobre a prática profissional, relaciona a P4.
- 1.4 Atende aos objetivos dos profissionais que atuam na APS.

Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (refere-se a forma de apresentar o conteúdo. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação).

- 2.1 As informações estão coerentes.
- 2.2 As terminologias estão apropriadas para os profissionais da APS.
- 2.3 O conteúdo está organizado de maneira clara e objetiva.
- 2.4 Há uma sequência lógica na apresentação do conteúdo proposto.
- 2.5 O tamanho do título e da estrutura do manual estão adequados.
- 2.6 Essa TE é apropriada aos profissionais que atuam na APS.
- 2.7 As informações estão bem estruturadas em consenso e ortografia.

2.8 O número de páginas está adequado.

Bloco 03: Relevância e usabilidade (refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado).

3.1 Essa TE permite expansão de conhecimento, facilita a troca de saberes e melhora o aprendizado sobre a P4.

3.2 A tecnologia educativa propõe a construção de conhecimento.

3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a sensibilização da P4 na APS.

3.4 Está adequado para ser aplicado aos profissionais que atuam na APS.

Fonte: Os autores (2021) adaptado de Teixeira e Mota (2011).

Em relação a discordância e concordância dos juízes, houve maior concordância dos juízes de acordo com os critérios avaliados nos oito capítulos. De acordo com os critérios de avaliação do instrumento de validação, distribuídos em três blocos e 16 itens, obteve-se um total de 176 respostas (100%) por capítulo. A distribuição das respostas em relação a validação de conteúdo é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição numérica, percentual, média e IVC dos itens avaliados pelos juízes por capítulo

Itens avaliados	Discordância	Concordância	IVC
Capítulo 01			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	2 (4,55%)	42 (95,45%)	0,95
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	7 (7,95%)	81 (92,05%)	0,92
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 02			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	1 (2,27%)	43 (97,73%)	0,97
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	5 (5,68%)	83 (94,32%)	0,94
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 03			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 04			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	1 (2,27%)	43 (97,73%)	0,97
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 05			

01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	2 (2,27%)	86 (97,73%)	0,97
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 06			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 07			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 08			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	0 (0,0%)	88 (100%)	1,00
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Houve apenas uma rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, já que o **IVC geral obteve a pontuação de 0,98**. Contudo, para os ajustes de conteúdo do Manual Técnico foram consideradas apenas as sugestões e questionamentos coerentes com a comprovação científica (Tabela 11), os demais foram desconsiderados, por não se adequarem ao preconizado.

Tabela 11 – Sugestões e ajustes realizados após validação com juízes

Sugestões	Ajustes realizados
<i>"Acredito que deve ter havido um estudo prévio ou da literatura ou diagnóstico junto aos profissionais. Não existe contextualização sobre esse histórico metodológico." (J7)</i>	Foi incluída a contextualização do histórico metodológico na página de Apresentação do Manual Técnico.
<i>"Verificar ortografia, há erros." (J6)</i>	Foram realizados os ajustes ortográficos ao longo do texto de todo Manual Técnico.
<i>"Parto do pressuposto que devem ser conhecidas pelos profissionais da área. Mas, no meio do texto aparece a sigla P4 para Prevenção Quaternária...isso é código universal, uma letra e um número sem ser remissivo ao texto?" (J7)</i>	Devido a sigla P4 ser considerada um código universal para designar o termo Prevenção Quaternária, foi contextualizada essa informação na Introdução do Manual Técnico.
<i>"Rever o título do manual..." (J3) "Retiraria a palavra importância...isso induz o leitor e deixa o título muito longo." (J7)</i>	O título do Manual Técnico foi ajustado para: "Prevenção Quaternária: Como evitar os excessos e não causar danos?" A pergunta utilizada teve por objetivo induzir ao leitor a descobrir a resposta, através da leitura.

"Explicar o que é a sigla P4. Haverá alguma explicação para o uso da figura ao fundo de um jogo de quebra cabeças?". (J6)	A sigla P4 é explicada na Apresentação e Introdução do Manual Técnico, porém foi melhorada a contextualização, evidenciando melhor o seu significado. Foi incluso na Apresentação a justificativa do uso da figura do jogo de quebra-cabeça no design do Manual Técnico.
"Acerca dos rastreamentos, colocar de forma que sejam exemplos, que existem outros além daqueles listados." (J6)	Incluso a forma de exemplo (Ex.) nos rastreamentos listados no capítulo 3.
"A página 27 está bem carregada, procurar dar destaques ao texto, deixando-o mais atrativo e objetivo." (J6)	Inclusos alguns realces no texto da página 27, atraindo a atenção para frases estratégicas relacionadas a temática da P4.
"Sintetizar o texto da página 34, dando destaques e tornando-o mais enxuto e atrativo." (J6)	Ajustado texto da página 34, sintetizando mais as informações.
"Dar mais destaques ao texto, deixando-o mais objetivo, se repetem algumas informações." (J6)	Revisado o texto e efetuado a retirada das informações que se repetem.
"Rever a letra do texto deixando-a mais escura em todo o material." (J6)	Ajustada a cor do texto em todo o Manual Técnico.
"Faltam referências ao longo do texto. Rever em todo o material." (J6)	As referências utilizadas foram citadas ao final de cada capítulo, porém foram inclusos ao longo do texto algumas referências para conceituar melhor termos e conceitos científicos.
"No Manual falta a página de Créditos, sugiro uma Ficha bibliográfica. As imagens reutilizadas são de fontes livres, tem reutilização permitida? Deveria haver uma página inicial indicando o público e os objetivos com mais clareza." (J7)	A página de créditos e ficha bibliográfica será inclusa no Manual Técnico após validação de conteúdo e aparência e registro na Editora da UDESC-ISBN. As imagens utilizadas no Manual Técnico são de fontes livres. A informações de público-alvo e objetivos constam na Apresentação do Manual Técnico, porém foram melhor contextualizadas.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

b) Validação de Aparência por expertises

Foram convidados a participar do processo de validação de aparência 38 juízes especialistas em *design*. Dos 38 juízes, 33 não responderam o instrumento de validação, assim, **participaram da validação de conteúdo cinco juízes** especialistas em *design*.

A seleção dos juízes ocorreu da mesma maneira que a seleção dos juízes para validação de conteúdo, conforme já descrito anteriormente.

O instrumento de validação de aparência foi adaptado de Santiago e Moreira (2019) e aconteceu tendo como base o instrumento americano *Suitability Assessment of Materials (SAM)*, traduzido para a língua portuguesa, para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos. Foram avaliadas quatro categorias: a)

conteúdo; b) linguagem; c) ilustrações gráficas e motivação e d) adequação cultural, em uma escala *Likert* de 0 a 2:

- (0) Inadequado;
- (1) Parcialmente adequado;
- (2) Adequado.

Os juízes puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor, que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações "0" e "1". Os itens que receberam pontuação (0) e/ou (1) foram revisados.

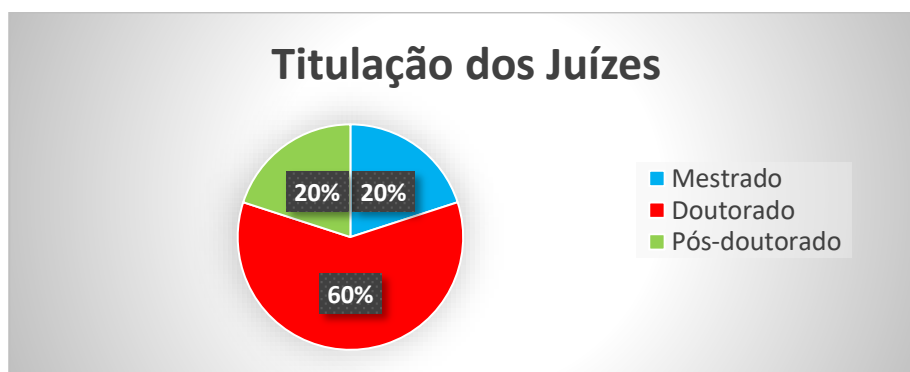
O cálculo do escore total de adequação foi feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total máximo de escores (13 itens = 26 escores) e multiplicado por 100, para transformar em percentual e a interpretação se deu da seguinte forma: **70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado)** (SANTIAGO, MOREIRA, 2019).

Os dados quantitativos, oriundos do instrumento de validação, preenchidas pelos juízes foram ordenadas e tabuladas, utilizando o programa *Excel*®. Na primeira sessão do instrumento, obteve-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Os juízes que participaram do processo de validação de aparência possuem idade entre 30-41 anos. Dos cinco juízes, três (60%) eram do sexo feminino e dois (40%) do sexo masculino. A média de formação profissional foi de 13,4 anos.

De acordo com o nível de titulação (Gráfico 3), um juiz (20%) possui Mestrado, três juízes (60%) Doutorado e um (20%) Pós-doutorado. Todos os juízes são especialistas em *Design*.

Gráfico 3 - Titulação dos avaliadores



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A aparência do Manual Técnico foi avaliada pelos juízes, de acordo com critérios e respostas descritos na Tabela 12.

Tabela 12 – Critérios para avaliação de aparência do Manual Técnico e distribuição numérica, percentual, média e SAM dos itens avaliados pelos juízes

Itens avaliados	A*	PA*	I*	SAM
Bloco 01: Conteúdo				
1.1 O conteúdo contempla o tema proposto.	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	80%
1.2 O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
1.3 A proposta do material proporciona reflexão sobre o tema.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
Bloco 02: Linguagem				
2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão dos profissionais.	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	100%
2.2 O estilo da linguagem facilita o entendimento do texto.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
2.3 O vocabulário é de fácil compreensão.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
Bloco 03: Ilustrações gráficas e motivação				
3.1 As ilustrações gráficas atraem a atenção do leitor.	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	20%
3.2 As ilustrações gráficas apresentam mensagens visuais fundamentais para compreensão do leitor.	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	20%
3.3 As ilustrações gráficas são adequadas para o texto e tema proposto.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
Bloco 04: Adequação cultural				
4.1 Os padrões de comportamento desejados são evidentes.	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	100%
4.2 Existe motivação à mudança de comportamento em relação a prevenção.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
4.3 O material é adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
4.4 Apresenta imagens e exemplos adequados a temática.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
	69%	29%	2%	69%

*Adequado **Parcialmente adequado ***Inadequado

Fonte: Os autores (2021) adaptado de Santiago e Moreira (2019).

De acordo com os critérios de avaliação do instrumento de validação, distribuídos em quatro blocos e 13 itens, obteve-se um total de 65 respostas (100%). Quanto a discordância e concordância, de acordo com o total de critérios avaliados, houve maior concordância entre os juízes (69%). Em relação aos blocos avaliados individualmente, de acordo com o conteúdo, linguagem e adequação cultural o Manual Técnico foi considerado como material superior (80%) e em relação ao bloco de ilustrações gráficas, o Manual Técnico foi considerado inadequado (33%).

A partir das sugestões, comentários e questionamentos, foram realizados os ajustes de aparência gráfica no Manual Técnico (Tabela 13).

Tabela 13 – Sugestões e ajustes realizados após validação com juízes

Sugestões	Ajustes realizados
<i>" Nem sempre, algumas [imagens] não estão tão significativas, podendo apresentar dúvidas, como a do tubo de ensaio da página 24. Acredito também que na mesma página as duas ilustrações têm diferenças muito grande de escala. A imagem com as pessoas, está muito pequena e a dos objetos (seringa e tubo) está maior em proporção. Assim, acredito que algumas imagens poderiam ocupar mais espaço, para os detalhes ficarem mais evidentes e para que elas cumpram com a função comunicacional." (J1)</i>	As imagens foram substituídas por fotos reais, menos poluídas, de fontes gratuitas.
<i>" Linguagem gráfica infantil, o que pode comprometer o nível de interesse e atenção. Além de serem pequenas demais." (J2)</i>	Foi ajustado o tamanho das imagens incluídas no Manual Técnico.
<i>"Sugiro repensar, [o quebra-cabeça], da capa e todo o grafismo do trabalho". (J5) "O fundo cinza das páginas (marca d'água) não está legal, polui demais. Neste caso, o menos é mais, sugiro deixar em branco". (J5) "As imagens da página 10, 16, 23, 31, 38, 49, 58, 65, [...] sugiro deixar em cores mais vivas". (J5)</i>	A diagramação de todo Manual Técnico foi substituída, deixando as imagens nos tons originais. O fundo das páginas (marca d'água) foi alterado.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Para as alterações gráficas foi utilizado a plataforma *Canva*, um editor gráfico *online* e gratuito. Após os ajustes, a versão final do Manual Técnico foi reenviada aos cinco especialistas em *Design*, os quais reavaliaram o material e o consideraram apta à utilização, estando todos os itens com SAM igual a 100%, sendo considerado como material superior.

A segunda versão do Manual Técnico ficou com 89 páginas, dimensões de 297x210mm, agora intitulada "*Prevenção Quaternária: Como evitar os excessos e não causar danos?*" organizada em capa, informações sobre os autores, lista de abreviaturas, sumário, apresentação, introdução, oito capítulos intitulados: 1. Prevenção, 2. Prevenção Quaternária, 3. Rastreamento, 4. Medicalização ou Sobremedicalização, 5. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde, 6. Práticas Integrativas e Complementares, 7. Prática de atividade física, exercício físico e a Prevenção Quaternária, e 8. Alimentação saudável e a Prevenção Quaternária e por fim, índice remissivo.

c) Validação semântica por público-alvo

Para a avaliação semântica por público-alvo, **participaram 11 profissionais de saúde**. Nesta etapa o público-alvo avaliou a segunda versão do Manual Técnico. Participaram 11 profissionais da saúde de nível superior, atuantes na APS, do próprio serviço: duas Enfermeiras, duas Cirurgiãs Dentistas, uma Farmacêutica, um Médico, uma Nutricionista, uma Fisioterapeuta, uma Educadora Física e duas Psicólogas.

O Manual Técnico foi apresentado na versão impressa, através de roda de conversa. Na ocasião foi criado um grupo de WhatsApp®, realizado o convite e enviado o TCLE e o link do instrumento de avaliação, que foram criados através da plataforma Google Forms®.

Para avaliação da semântica pelo público-alvo o instrumento de validação foi adaptado de Teixeira e Mota (2011), de acordo com cinco aspectos: a) objetivos; b) organização; c) estilo da escrita; d) aparência e, e) motivação, em uma escala *Likert* de 1 a 4:

- (1) Totalmente adequado
- (2) Adequado
- (3) Parcialmente Adequado
- (4) Inadequado

Os avaliadores puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor, que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações "3" e "4".

Para a análise quantitativa foi utilizado o **Índice de Concordância Semântica (ICS) mínimo de 0,80**. O índice foi obtido através da soma de respostas Totalmente Adequado e Adequado, dividido pelo número total de respostas (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Os dados quantitativos, oriundos do instrumento de validação, preenchidos pelos juízes foram ordenados e tabulados, utilizando o programa *Excel®*. Na primeira sessão do instrumento, obteve-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Os profissionais de saúde que participaram do processo de avaliação semântica possuíam idade entre 25-46 anos. Dos 11 juízes 10 (91%) eram do sexo feminino e um (9%) do sexo masculino. A média de experiência profissional foi de 11,8 anos.

De acordo com o nível de titulação, nove profissionais de saúde (81,8%) referiram possuir alguma Especialização na área e dois (18,2%) Graduação.

A avaliação semântica do Manual Técnico foi avaliada pelos profissionais de saúde, de acordo com critérios e respostas descritos na Tabela 14.

Tabela 14 – Critérios para avaliação Semântica do Manual Técnico e distribuição numérica, percentual, média e ICS dos itens avaliados pelo público-alvo

Itens avaliados	TA*	A**	PA***	I****	ICS
01: Objetivos					
1.1 Atende os objetivos dos profissionais de APS.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
1.2 Ajuda os profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
1.3 Está adequado para uso por profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
02: Organização					
2.1 A capa é atraente e indica o conteúdo de P4.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.2 O tamanho do título e do conteúdo está adequado.	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.3 Os capítulos tem uma sequência lógica.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.4 Há coerência entre as informações da capa, sumário e apresentação.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.5 O material está apropriado (impressão).	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.6 O número de páginas está adequado.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.7 Os temas retratam aspectos importantes.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00

03: Estilo da escrita					
3.1 A escrita está em estilo adequado.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.3 O vocabulário é acessível.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.4 Há associação da P4 em cada capítulo.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.5 O texto está claro.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.6 O estilo da redação corresponde ao nível dos profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
04: Aparência					
4.1 As páginas e os capítulos parecem estar organizados.	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.2 As ilustrações são simples.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.3 As ilustrações servem para complementar o texto.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.4 As ilustrações estão expressivas e o suficiente.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
05: Motivação					
5.1 O material é adequado para gênero e idade dos profissionais de APS.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.2 O material apresenta lógica.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.4 O Manual Técnico aborda os assuntos necessários para os profissionais de saúde.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.5 Convida/instiga para a mudança de comportamento e atitude.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.6 O Manual Técnico propõe conhecimento aos profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00

*Totalmente adequado **Adequado ***Parcialmente adequado ****Inadequado

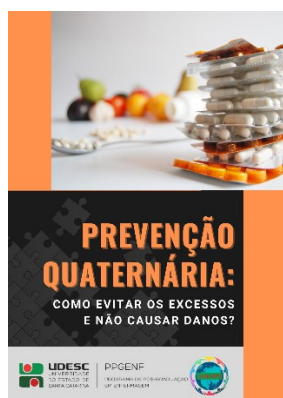
Fonte: Os autores (2021) adaptado de Teixeira e Mota (2011).

De acordo com os critérios do instrumento de avaliação, distribuídos em 05 blocos e 26 itens, obteve-se um total de 286 respostas (100%). Realizou-se uma única avaliação nessa etapa, com ICS global de 1,00.

A versão final do Manual Técnico: uma iniciativa transformadora para a APS

Após avaliação semântica, a segunda versão do Manual Técnico não sofreu alterações, sendo considerada a versão final e está disponível para consulta através do *Link*: <https://drive.google.com/file/d/1TUqc59qXkQloBEO3inRWssq8vCLLF-Bq/view?usp=sharing>

Figura 5 – Ilustração da capa do Manual Técnico



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Na área da saúde, houve uma expansão no uso de Tecnologias Educacionais (TE), principalmente como ferramentas educativas, com o intuito de melhorar o processo de aprendizagem, de maneira sistematizada e com base na cientificidade (ROCHA *et al.*, 2019). A construção coletiva de materiais educativos propicia não só a participação ativa dos envolvidos, mas corrobora para a troca de conhecimento, experiência e aprimoramento de habilidades (LEITE *et al.*, 2018).

O Manual Técnico, como instrumento didático, pode ser considerado um instrumento facilitador, pois além de permitir o manuseio e conter informações específicas, serve de suporte no cotidiano de prática profissional (ROCHA *et al.*, 2019).

No intuito de dinamizar as informações, além do formato impresso, as TE devem conter ilustrações, linguagem objetiva e clara sobre a temática, estando adequada para o nível de conhecimento do público-alvo. No caso dos profissionais de saúde, em que as ações também são determinadas pelo grau de cognição, a TE serve

de suporte frente a tomada de decisão, ampliação das habilidades, e, ainda, estimula a autonomia profissional frente as condutas clínicas (WILD *et al.*, 2019).

Diante da representatividade que as TE possuem na área da saúde, principalmente como ferramenta de ensino, é de extrema importância o processo de validação de aparência e conteúdo dessas tecnologias. Devido a responsabilidade frente a veiculação de informações, que devem ser adequadas e compatíveis com o público-alvo (WILD *et al.*, 2019). O processo de validação também garante a segurança e a veracidade das informações prestadas, além de permitir identificar a ausência de informações necessárias, e incorpora-las ao material, com o intuito de melhorar as informações (WILD *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2018).

Algumas considerações sobre esse movimento

O presente capítulo permitiu descrever as etapas de construção e validação de um Manual Técnico sobre P4 para profissionais de saúde. O conteúdo do Manual Técnico foi organizado com base na fundamentação científica, a fim de esclarecer o conceito de P4, bem como descrever informações relevantes referentes a esse nível de prevenção, que é tão importante no cotidiano de prática dos profissionais de saúde, em especial da APS.

Durante o desenvolvimento do presente estudo, houve a pandemia da COVID-19, o que dificultou os encontros com os profissionais, tendo em vista a necessidade de distanciamento social, considerando-se tal conjuntura como limitador da pesquisa. Além disso, foi preciso realizar inúmeros contatos, a fim de explicar e obter o retorno de todos os juízes necessários à validação do material.

Acredita-se que essa TE reúne informações suficientes sobre a P4 para mediar o processo de aprendizagem dos profissionais, em diferentes contextos pedagógicos e produtores da saúde, podendo gerar um impacto significativo, principalmente para as equipes de APS. Nesse sentido, além de contribuir para a qualificação profissional, favorecerá para uma atuação segura e autossuficiente dos profissionais.

Cumprir destacar que o uso dessa TE se torna relevante para a comunidade, já que, ao desenvolver ações de P4, os profissionais tendem a oferecer outras alternativas de cuidado, como as PICS e melhores práticas de saúde. Oportuno lembrar que todas as ações devem ser fundamentadas em evidência científica e, com

isso, os profissionais podem inovar, aperfeiçoar e transformar suas condutas, de acordo com as normas técnicas e éticas.

Por fim, o Manual Técnico, enquanto ferramenta didática e instrucional, servirá para a produção técnica e científica acerca do tema da P4, contribuindo para a área de conhecimento da Enfermagem Brasileira e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, vol. 18, n.1, dezembro de 2017, p. 99. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- ALMEIDA, P.F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 244–60. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/#>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- COSTA, C.C. et al. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 33, outubro de 2020, p. eAPE20190028. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100471&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2021.
- GARCIA JUNIOR C.A.S; STEIL A.; MIRANDA C.G. Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–12, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1694>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- JAMOULLE, M.D. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–3, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064). Acesso em: 06 mar. 2021.
- LEITE, S.S et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, n. suppl 4, 2018, p. 1635–41. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 21 Apr.2021.
- NASCIMENTO, M.H.M; TEIXEIRA, E. Educational technology to mediate care of the “kangaroo family” in the neonatal unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, n. suppl 3, 2018, p. 1290–97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901290&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Apr. 2021.
- PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 2, n. 3,

dezembro de 2018. Disponível em:

<https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351/51266>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PIZZANELLI, M. et al. Prevención cuaternária: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol.11, outubro de 2016, p. 75–85. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388/814>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PULHIEZ, G.C.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 16, n.43, janeiro de 2021, p. 2430.

Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2430](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2430). Acesso em: 07 mar. 2021.

ROCHA G.S., et al. Validação de manual de cuidados de idosos após cirurgia cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, vol. 13, novembro de 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243025>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SANTIAGO, J.C.S., MOREIRA, T.M.M. Validação de conteúdo de cartilha sobre excesso ponderal para adultos com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 72, n.1, fevereiro de 2019, p. 95–101. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0095.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

SIQUEIRA, A.F et al. Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Revista Rene**, vol. 21, fevereiro de 2020, p. e42241. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/42241/100052/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, v. II, 2019.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Educação em saúde: Tecnologias Educacionais em Foco**. Série educação em saúde. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, v. 2, 2011.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Mória, v. 2, 2020, 398 p.

TESSER, C.D.; NORMAN, Armando Henrique. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 23, 2019, p. e180435. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180435>. Acesso em: 06 mar. 2021.

VASCONCELOS, M., GRILLO, M.J.C., SOARES, S.M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018, 59 p.

WEYKAMP, J.M et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**,

vol. 6, n.2, junho de 2016, p. 281. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754>. Acesso em: 06 mar. 2021.

WILD, C.F., et al. Validação de cartilha educativa: uma tecnologia educacional na prevenção da dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 72, n.5, outubro de 2019, p. 1318–25. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

5.1.5 Produto bibliográfico 3 – Capítulo de livro publicado

Capítulo de Livro, produto da colega de turma Karina Schopf, no qual a mestranda contribuiu como coautora, durante o desenvolvimento do TCC. Trata-se de capítulo decorrente de pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, fundamentada nos pressupostos da Revisão Narrativa da literatura, cujos resultados foram publicados no livro “Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde” (APENDICE E). O livro foi lançado em 2021 e está disponível para aquisição no site da editora Moriá: <http://www.moriaeditora.com.br.com>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa resultou no desenvolvimento e validação de uma TE do tipo Manual Técnico sobre a P4, destinada a profissionais de saúde de nível superior. O processo ocorreu por meio de um curso de formação profissional, mediado por ação de EPS. A validação do Manual Técnico, realizado pelos juízes, demonstrou possuir relevância para o avanço educacional dos profissionais de saúde em relação a P4.

Considera-se que, o processo de construção da TE e o seu resultado expresso por meio do Manual Técnico, serviram para o avanço educacional dos profissionais de saúde em relação a P4. O Manual Técnico, elaborado pelos participantes do estudo, apresenta informações e conceitos da P4 fundamentados na evidência científica, que servirão de instrumento para estimular a coparticipação dos profissionais de saúde de nível superior nas ações de prevenção, no contexto da APS. Ainda, contribuirá para o incentivo de boas condutas através da reflexão, com possibilidade de reorganização dos processos de trabalho voltados aos cuidados clínicos ofertados aos indivíduos e coletividades, de modo a realizá-los com sucesso e segurança.

Desta forma, o Manual Técnico poderá resultar em um impacto significativo para as equipes de APS, pois além de contribuir para a qualificação dos profissionais, permitindo o aprimoramento do cuidado clínico, possibilitará a estes, atuarem com mais segurança e autonomia na P4. Somado a isso, acredita-se que os diálogos e reflexões que emergiram nos encontros também transformaram os profissionais que participaram do estudo quanto as práticas para a P4, pois em todos os momentos foram protagonistas do seu processo de aprendizagem de maneira crítica, dialógica e participativa. Nesse contexto, cumpre destacar a importância da incorporação de TE instrucionais no âmbito da APS, prezando por temáticas, cuja necessidade esteja de acordo com a realidade local, amparada nos melhores estudos e evidência científica, buscando envolvimento de todos os participantes nos momentos de EPS, como ocorreu no desenvolvimento deste estudo.

A incorporação de TE na prática profissional, também se torna relevante para a comunidade, pois com o conhecido adquirido pelos profissionais de saúde, conseqüentemente, estes atuarão na P4 de modo concomitante com a evidência

científica, buscando aperfeiçoar e transformar a sua prática. O desenvolvimento dessa TE também servirá para a produção técnica e científica acerca do tema proposto, contribuindo para a área de conhecimento da Enfermagem Brasileira e Saúde Pública.

Os produtos científicos originados com a pesquisa atestam que os profissionais de saúde reconheciam o conceito de P4 e sua importância na prática clínica. Em relação aos danos iatrogênicos, demonstraram uma certa responsabilização sobre as condutas empregadas na prática.

Na percepção dos profissionais, a falta de P4 gera encarecimento dos serviços de saúde. No entanto, não deve haver uma culpabilização dos gastos públicos associados somente a falta da P4, sendo necessário repensar sobre outras estratégias disponíveis, e até mesmo, outras formas de cuidado à saúde, valorizando outros saberes terapêuticos, como as PICS, que incorporadas ao plano terapêutico, são favoráveis para a aplicabilidade da P4.

Em relação às ações de EPS, os profissionais a reconheceram como uma estratégia favorável para a implementação da P4, possibilitando momentos de reflexão interprofissional, que influenciam diretamente nas decisões clínicas adotadas pela equipe de saúde.

Entretanto, os profissionais ainda apontaram alguns desafios a serem superados, para a efetivação da adoção da P4 na prática, principalmente pela cultura voltada à medicalização, tanto por parte da instituição, como da população. Ainda há uma valorização expressiva de práticas intervencionistas como a realização de exames, uso de medicamentos e encaminhamentos especializados, interferindo, principalmente, na falta de autonomia profissional, além de depreciar condutas preventivas que promovam o empoderamento dos indivíduos para o autocuidado. Ainda, consideraram que o atendimento especializado, devido à abordagem reducionista e a linguagem empregada durante o atendimento, influenciam na medicalização e sobrediagnóstico, tornando as pessoas cada vez mais submissas aos serviços de saúde.

Sem dúvida, a P4, deve fazer parte do contexto clínico dos profissionais de saúde. Tanto a forma de organização dos serviços de saúde, bem como o apoio institucional, se torna essencial para a implementação da P4, principalmente na APS. Nesse âmbito, há a necessidade de fomentar uma maior responsabilização e conscientização dos profissionais de saúde em relação às condutas empregadas na

prática, e, acredita-se que o Manual Técnico, como uma TE, servirá de instrumento também para uma gestão democrática e participativa, visando a construção colaborativa de estratégias e ações, voltadas a P4, que garantam a qualidade dos serviços ofertados.

No intuito de reforçar a importância das TE, como ferramentas educativas e dinamizadoras, uma versão impressa do Manual Técnico foi devidamente apresentada para a gestão municipal e Conselho Municipal de Saúde.

Devido à necessidade de um prazo, maior tanto para o processo de elaboração do Manual Técnico, como para os processos de validações, o tempo tornou-se um agente limitador. Desta forma, a análise sobre a incorporação do Manual Técnico no cotidiano de prática dos profissionais de saúde de nível superior, será realizada em estudos futuros pela pesquisadora.

Ainda, devido ao distanciamento social, respeitando as normas estabelecidas pelo MS, em relação a pandemia da Covid-19, o processo de elaboração do Manual Técnico foi desenvolvido de maneira remota, sendo considerado um agente limitador em relação a interação multiprofissional. Também, houve uma dificuldade quanto ao retorno dos especialistas no processo de validação do Manual Técnico. Apesar de atingir o número mínimo de juízes para o cumprimento do processo de validação, o ideal seria que houvesse mais pareceres, já que houve um número considerável de convites efetuados.

Finalmente, recomenda-se outras pesquisas, com o propósito de avaliar estas e outras Tecnologias que atendam à P4 e à qualidade da atenção na APS e no SUS.

REFERÊNCIAS

- ÁFIO, A.C.E. et al. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 15, n.1, fevereiro de 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3109>. Acesso em: 08 maio 2021.
- ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, vol. 18, n.1, dezembro de 2017, p. 99. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4>. Acesso em: 08 maio 2021.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, no 7, julho de 2011, p. 3061–68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- ALMEIDA, J.R.S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, vol. 16, n. 2, julho de 2016, p. 7–15. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.
- ALMEIDA, P.F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 244-60. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/#>. Acesso em: 08 maio 2021.
- ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 5, maio de 2016, p. 1499–510. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1499-1510/es/#>. Acesso em: 08 maio 2021.
- AZEVEDO, V et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, vol. IV Série, n.14, setembro de 2017, p. 159–68. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn14/serIVn14a16.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.
- BUSBY, J.; PURDY, S.; HOLLINGWORTH, W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. **BMC Health Services Research**, vol. 15, agosto de 2015, p. 324. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535775/>. Acesso em: 08 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.996/07, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde.&text=2%C2%BA%20A%20co%20du%C3%A7%C3%A3o%20regional%20da,Ensino%2DServi%C3%A7o%20\(CIES\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20diretrizes%20para,de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde.&text=2%C2%BA%20A%20co%20du%C3%A7%C3%A3o%20regional%20da,Ensino%2DServi%C3%A7o%20(CIES).)

Acesso em: 08 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Acesso em: 08 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 130–44. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/130-144/#>. Acesso em: 08 maio 2021.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 18, n. suppl 1, dezembro de 2014, p. 983–95. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

CAMPOS, K.F.C., SENA, R.R., SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, vol. 21, n. 4, agosto de 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 08 maio 2021.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 3, março de 2015, p. 925–36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

COSTA CAMPOS, K et al. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS EM REVISTA**, vol. 1, n. 2, julho de 2019, p. 132–40. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>. Acesso em: 08 maio 2021.

COSTA, C.C. et al. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 33, outubro de

2020, p. eAPE20190028. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100471&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; setembro de 1978, p.6-12; Alma-Ata (URSS). Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 13. mar. 2021.

FALKEMBACH, Elza Maria F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão**. In: Contexto e educação. Ijuí, RS, vol. 2, n. 7, jul./set., 1987, p. 19-24.

FIGUEREDO, R. C. et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: Uma revisão bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, vol. 7, n. 4, Pub. 8, outubro, 2014. Disponível em: <http://nephrp.com.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Desafios-e-Perspectivas-na-Educa%C3%A7%C3%A3o-Permanente-em-sa%C3%BAde-desenvolvida-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-uma-revis%C3%A3o-bibliogr%C3%A1fica.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 6, junho de 2017, p. 1817–28. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003, p. 61.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

GARCIA JUNIOR C.A.S; STEIL A.; MIRANDA C.G. Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–12, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1694>. Acesso em: 8 maio 2021.

GERVAS, J.; OLIVER, L.L.; PEREZ-FERNANDEZ, M. Medicina de Familia y Comunidad y su papel en evitar los excesos sanitarios (preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4, abril de 2020, p. 1233–40. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401233. Acesso em: 8 maio 2021.

GIGANTE, L. R.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 14, n. 3, dezembro de 2016, p. 747–63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300747&script=sci_arttext. Acesso em: 8 maio 2021.

GOMES, D.E et al. Efetividade da formação profissional ofertada na Educação a Distância: validação teórica de um instrumento. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, vol. 28, n. 108, setembro de 2020, p. 762–83. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ensaio/v28n108/1809-4465-ensaio-S0104-40362019002701667.pdf>. Acesso em: 8 maio 2021.

GROSS, D.M.P. et al. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, vol. 10, n. Suppl. 4, setembro de 2016, p. 3608-3619. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11136/12632>. Acesso em: 8 maio 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, característica populacional**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sul-brasil/panorama>. Acesso em: 8 maio 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico, economia e renda**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/sul-brasil/panorama>. Acesso em: 8 maio 2021.

ILLICH, I. **Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic**. Journal of Medical Ethics, Londres, v. 1, n. 2, 1975, p. 78-80.

ILLICH I. **Medical Nemesis: The Expropriation of Health**. New York: Pantheon; 1976.

ILLICH I. **Medicalization and primary care**. J R Coll Gen Pract, vol.32, n.241, 1982, p.463-470.

JAMOULLE, M.D. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)**. 1999. Disponível em: <https://www2.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>. Acesso em: 8 maio 2021.

JAMOULLE, M.D. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–3, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064). Acesso em: 8 maio 2021.

LEWIN, K. **Die lösung sozialer konflikte**. Bad Nauheim, 1953.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LEITE, S.S et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, n. suppl 4, 2018, p. 1635–41. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 07 mar. 2021.

LIMA, A.A; JESUS, D.S; SILVA, T.L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde**

Coletiva, vol. 28, n.3, dezembro de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>. Acesso em: 07 mar. 2021.

LIPSITCH M, PHIL D, SWERDLOW DL, MD, FINELLI L. Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed. **New England Journal of Medicine**, vol. 382, n.13, março de 2020, p. 1194–96. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2002125>. Acesso em: 07 mar. 2021.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1987.

MARIÑO, M.A. Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol.10, n.35, junho de 2015, p. 1–9. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1053>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MARTINS C.; GODYCKI-CWIRKOB M.; HELENO B. Quaternary prevention: reviewing the concept Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. **European Journal of General Practice**, vol. 24, n.1, janeiro de 2018, p. 106–11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29384397>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MAKARI, M.A; DANIEL, M. Medical Error: the third leading cause of death in the US. **BMJ**, maio de 2016, p. i2139. DOI.org (Crossref), doi:10.1136/bmj.i2139. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 38–51. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MELO, A.S.E.; MAIA FILHO, O.N.; CHAVES, H.V. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, vol. 28, n.1, abril de 2016, p. 153–59. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100153. Acesso em: 07 mar. 2021.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, vol. 48, n.1, fevereiro de 2014, p. 170–85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mar. 2021.

MINAYO, M. C. M. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Relatório Técnico de Grupo de Trabalho da CAPES, 2019.

Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 19 jan. 2020.

MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Editora Fiocruz, RJ, 2018.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, n.16, fevereiro de 2005, p. 172–74. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015. Acesso em: 07 mar. 2021.

MOLL, M.F. et al. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. **Enfermagem em Foco**, vol. 10, n.3, novembro de 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2001>. Acesso em: 07 mar. 2021.

MOROSINI M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, vol. 42, n.116, janeiro de 2018, p. 11–24. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.

NASCIMENTO SÁ, F.; DOMINGUES RIBEIRO, M. Prevenção quaternária na proteção dos pacientes das iatrogênias. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental** vol. 1, n.1, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1566/618>. Acesso em: 07 mar. 2021.

NICOLA, J. A; PANIZ, C. M. A importância da utilização de diferentes recursos didáticos no ensino de biologia. **Inovação e Formação** - Revista do Núcleo de Educação a Distância da Unesp, São Paulo, v. 2, n. 1, 2016, p.355-381. Disponível em: <https://ojs.ead.unesp.br/index.php/nead/article/download/InFor2120167/pdf>. Acesso em: 07 mar. 2021.

NIETSCHE, E. A., TEIXEIRA, E., MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidadoso-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)?** Moriá, Porto Alegre, v.15, n.1, 2014.

NORMAN, A. H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n.9, setembro de 2009, p. 2012–20. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n9/2012-2020/pt>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19)**. 18 de março 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51954>. Acesso em: 07 mar. 2021.

PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 2, n. 3,

dezembro de 2018. Disponível em:

<https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351/51266>. Acesso em: 07 mar. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PULHIEZ, G.C.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 16, n.43, janeiro de 2021, p. 2430.

Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2430](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2430). Acesso em: 07 mar. 2021.

PIZZANELLI, M. et al. Prevención cuaternária: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol.11, outubro de 2016, p. 75–85. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388/814>. Acesso em: 07 mar. 2021.

ROCHA, G.S et al. Validação de manual de cuidados de idosos após cirurgia cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, vol. 13, novembro de 2019.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/243025/33913>.

Acesso em: 07 mai. 2021.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M.P.B. Metodologia da Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre, RS: Editora Penso, 2013.

SANTIAGO, J.C.S., MOREIRA, T.M.M. Validação de conteúdo de cartilha sobre excesso ponderal para adultos com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 72, n.1, fevereiro de 2019, p. 95–101. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0095.pdf. Acesso em: 07 mai. 2021.

SCHOPF, K. et al. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma revisão da literatura. In: Vendruscolo C., Tesser C.D., Adamy E.K. (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.

SILVA L.A.A, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 38, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170158779.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2021.

SILVA, E.N.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5.506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ global health** vol. 2,2 e000242. Julho de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717937/>. Acesso em: 07 mai. 2021.

SILVA, A.N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n.4, abril de 2015, p. 1099–107. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401099.

Acesso em: 07 mai. 2021.

SILVA, C.B. et al. Prevenção quaternária e a gestão da clínica na atenção primária à saúde. In: Vendruscolo, C, Tesser, C.D, Adamy, E.K (org.). **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2021.

SIQUEIRA, A.F et al. Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Revista Rene**, vol. 21, fevereiro de 2020, p. e42241. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/42241/100052/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

SOUZA, E.P. Educação em tempos de pandemia: desafios e possibilidades. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas**, vol.17, setembro de 2020, p. 110–18. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/7127/5030>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 26, n.3, julho de 2017, p. 649–59. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2017.v26n3/649-659/pt>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SOUZA, A.C.C; MOREIRA, T.M.M.; BORGES, J.W.P. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, n. suppl 6, 2020, p. e20190559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001800156&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr. 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SUL BRASIL (cidade). **Histórico e dados gerais sobre o município de Sul Brasil - SC**. Prefeitura Municipal de Saúde: Sul Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.sulbrasil.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/22487>. Acesso em: 8 jan. 2020.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Educação em saúde: Tecnologias Educacionais em Foco. Série educação em saúde**. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, v.2, 2011.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, v. 2, 2020, 398 p.

TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, vol. 36, n.3, julh-set de 2012, p. 416-426. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36725>. Acesso em: 09 abr. 2021.

TESSER C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, vol. 51, dezembro de 2017, p. 116. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591129.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

TESSER, C.D, VENDRUSCOLO, C. Prevenção quaternária e promoção da saúde: relações e convergências. *In: Vendruscolo, C., Tesser, C.D, Adamy, E.K (org.).*

Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá, 2021.

TESSER, C.D. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares: uma aproximação. *In: Vendruscolo, C., Tesser, C.D, Adamy, E.K (org.).* **Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Moriá, 2021.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, M.I.O. et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, vol. 17, n.1, maio de 2018. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/resolutividade-na-atencao-basica-reduz-numero-de-internacoes-em-bh/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

VASCONCELOS, M., GRILLO, M.J.C., SOARES, S.M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde.** Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018, 59 p.

VENDRUSCOLO, C. et al. Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 73, n.2, 2020, p. e20180359. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180359.pdf.

Acesso em: 09 abr. 2021.

VENDRUSCOLO, C. et al. Instâncias intersetoriais de gestão: movimentos para a reorientação da formação na Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 22, n. suppl 1, 2018, p. 1353–64. DOI.org (Crossref), doi:10.1590/1807-57622017.0180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0180>.

Acesso em: 09 abr. 2021.

VENDRUSCOLO, C. et al. A prevenção quaternária e a interprofissionalidade na atenção primária à saúde. *In: Vendruscolo, C., Tesser, C.D, Adamy, E.K (org.).*

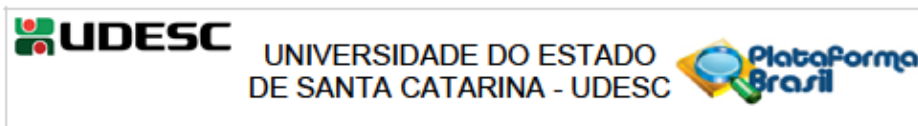
Prevenção quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá, 2021.

WEYKAMP, J.M et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, vol. 6, n.2, junho de 2016, p. 281. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754>. Acesso em: 09 abr. 2021.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACES COM AS MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE

Pesquisador: Carine Vendruscolo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10420819.0.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.375.951

Apresentação do Projeto:

Esta submissão trata-se da busca de atendimento às pendências anotadas no Parecer 3.293.437 de 29 de abril de 2019. Assim, o estudo tem como pesquisadora responsável Carine Vendruscolo e participação de Fernanda Fabiana Ledra, Kiciosan da Silva Bernardi Galli, Arnildo Korb, Edlamar Kátia Adamy, Leticia de Lima Trindade, Leila Zanatta, Silvana dos Santos Zanotelli, Denise Antunes de Azambuja Zocche e Clarissa Bohrer da Silva. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica, qualitativa, do tipo estudo de caso múltiplo, envolvendo participantes que serão incluídos por serem profissionais da APS de quatro municípios selecionados dentre os estratos de faixa populacional e possuir no mínimo seis meses de atuação no cargo, sendo que serão excluídos da pesquisa os profissionais que estejam afastados da atividade por qualquer motivo no momento da coleta de dados, totalizando 400 participantes. A produção e registro das informações qualitativas (entrevistas e acompanhamento longitudinal de caso) tem início previsto para ocorrer em 01/08/2019 e o encerramento do contato com os participantes está programado para 31/10/2022, tendo propósito principal como vinculado à grande área das Ciências da Saúde (Área 4), com Propósito Principal do Estudo (OMS) como relacionado à Saúde Coletiva / Saúde Pública, caracterizado como não internacional, sem dispensa do TCLE, sem retenção de amostras para armazenamento em banco, sem uso de fontes secundárias de dados e sem solicitação de sigilo da íntegra do projeto.

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007
Bairro: Itacorubi CEP: 88.035-001
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 Fax: (48)3664-8084 E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.951

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo primário compreender as concepções de profissionais da saúde e trabalhadores da APS sobre a Prevenção Quaternária (P4). Tem ainda como objetivos secundários (a) identificar as ações dos profissionais e trabalhadores da APS relacionadas à P4; (b) acompanhar e analisar, longitudinalmente, um ou mais casos de usuários da APS, relacionado à P4; (c) promover ações de educação permanente com os profissionais e trabalhadores sobre P4 e possíveis iatrogênias das ações clínico-sanitárias, visando o fomento de melhores práticas de saúde na APS. Para tanto, tem como hipótese que as concepções dos trabalhadores e profissionais de saúde na APS sobre a P4 são superficiais e marcadas pelo modelo biomédico, assim como suas práticas, as quais não incorporam o modelo e os atributos que orientam a APS e a determinação social do processo saúde-doença, por vezes, causando danos; e que portanto, são necessárias ações de educação permanente na direção da qualificação dos profissionais e trabalhadores das equipes de AB/SF, voltadas à compreensão do conceito de P4, à prevenção de iatrogenias das ações clínico-sanitárias e ao fomento das melhores práticas de saúde na APS. Com base na análise destes objetivos apresentados é possível verificar que aparentemente os objetivos podem ser considerados adequados ao delineamento proposto e não indicam potenciais inadequações éticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora responsável informa que os riscos serão mínimos e sustenta-se explicitamente na Resolução nº 466/2012. A pesquisadora responsável considera-se que, pelo fato de participar de uma atividade de grupo, os participantes possam sentir algum desconforto ou estresse, e que se isto ocorrer, a dinâmica será interrompida até que o participante se sinta à vontade para retornar. Além disto, o participante poderá também optar por encerrar sua participação na atividade a qualquer momento da sua realização e em caso de ocasionar algum incômodo de fundo emocional ou psicológico, ele será encaminhado ao acompanhamento psicológico no município de origem.

A pesquisadora responsável também informa que os benefícios do estudo residem na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da região estudada, a partir de movimentos de EPS que permitam o repensar dos profissionais sobre as práticas na P4, bem como a oportunidade de reestruturar sua forma de assistir, a partir dos indicadores e produtos da pesquisa, e que ainda o estudo resultará na produção de conhecimento acerca da temática e de estratégias para a realização de melhores práticas na P4. A pesquisadora responsável entende ainda que o estudo poderá fomentar o intercâmbio entre diferentes contextos de organização da saúde e do processo de trabalho, proporcionado a ampliação do olhar dos pesquisadores sobre o fenômeno em estudo, além do intercâmbio de estudantes entre os programas de pós-graduação das universidades

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.951

envolvidas.

Com base nas informações analisadas entende-se que os riscos estão adequadamente classificados estão devidamente suportados quanto às formas de minoração e atuação, nos casos que ocorrerem, respeitando deste modo, as exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS e os benefícios potenciais estão, salvo melhor juízo, adequados à relação risco-benefício.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, ainda que apresentada em formato pouco tradicional, está suficientemente apresentada e pode ser considerada bem econômica, mas indica grande relevância científica e social pelos seus potenciais benefícios à prevenção em saúde. Apesar de sua economia, apresenta os detalhes necessários à compreensão de uma pesquisa, ressaltando-se apenas de informações detalhadas sobre as condições/estruturas envolvidas nos procedimentos de avaliação e intervenção próprios do estudo, mas sem prejudicar substancialmente sua análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerando os termos apresentados neste protocolo de submissão, até a presente análise pode-se considerar que:

O projeto básico está suficientemente apresentado e apesar de sua economia de informações pode ser considerado minimamente adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

O projeto detalhado está suficientemente apresentado e apesar de sua economia de informações pode ser considerado adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

A carta resposta apresenta de forma organizada todas as providências realizadas pela pesquisadora.

O TCLE está apresentado no modelo exigido pelo CEP/SH/UDESC e pode ser considerado adequado às exigências da Resolução 466/2012/CONEP/CNS/MS.

O roteiro do caso apresenta informações suficientes que permitem considerá-lo adequado à pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANÓPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.951

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram providenciadas (ou justificadas) as seguintes adequações e/ou correções e/ou inclusões:

1) Incluir no projeto básico, na medida do possível e obviamente com intuito de expectativas, as condições/estruturas necessárias às avaliações e intervenções que serão realizadas para coleta dos dados. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)

2) Incluir no projeto básico os procedimentos e cuidados exigidos para a observação da atuação dos profissionais de saúde nos atendimentos em domicílio. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA A ALTERAÇÃO)

3) Incluir no projeto básico informações, e preferencialmente documentações na Plataforma Brasil, que assegurem o financiamento principal pela Universidade do Estado de Santa Catarina quanto aos diferentes itens do orçamento total de R\$ 46.000,00, incluindo-se neste caso, análise pelo setor responsável pelas horas-aulas destinadas ao projeto. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA A ALTERAÇÃO)

4) Incluir no TCLE informações que permitam aos participantes terem a expectativas das condições/estruturas necessárias às avaliações e intervenções que serão realizadas para coleta dos dados. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)

5) Incluir no TCLE rigorosamente e detalhadamente todos os procedimentos e cuidados exigidos para a observação da atuação dos profissionais de saúde nos atendimentos em domicílio, em especial, quanto aos direitos de intimidade, condição de participação, e de imagem, entre outros, dos pacientes que estarão sendo atendidos neste procedimento. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)

6) Ainda que devidamente explicada as divergências de identificação do responsável pela DCCIE, neste caso, das informações que apontam que o mesmo é o responsável pelo fundo municipal de saúde de Jardinópolis e pela coordenação do Colegiado Intergestores Regional Oeste, caso este estudo seja aprovado, deverá ser entregue a posteriori a DCCIE dos órgãos responsáveis de cada uma das prefeituras selecionadas, e dependendo da dinâmica de cada município, inclusive a DCCIE das unidades de saúde envolvidas. (PENDÊNCIA JUSTIFICADA)

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANÓPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.951

- 7) Anexar, em documentos separados, os instrumentos de pesquisa do estudo. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 8) Retificar e padronizar o número de participantes em todos os documentos. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)
- 9) Anexar a Carta resposta apontando o atendimento ou justificativa de cada uma das pendências acima. (PENDÊNCIA CUMPRIDA)

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPISH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPISH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPISH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPISH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1313356.pdf	08/05/2019 19:31:21		Aceito
Outros	carta.pdf	08/05/2019 19:28:37	Carine Vendruscolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2019 19:28:08	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	roteirocaso.pdf	08/05/2019	Carine Vendruscolo	Aceito

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.375.951

Outros	roteirocaso.pdf	19:24:34	Carine Vendruscolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/05/2019 19:23:45	Carine Vendruscolo	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CEP_3293437.pdf	02/05/2019 15:56:55	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	roteirogrupos.pdf	02/05/2019 15:53:05	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	roteiroentrevista.pdf	02/05/2019 15:52:36	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	roteiroobservacao.pdf	02/05/2019 15:52:01	Carine Vendruscolo	Aceito
Outros	Fotografias.pdf	02/05/2019 15:50:38	Carine Vendruscolo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	15/03/2019 16:16:12	Carine Vendruscolo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/03/2019 16:15:24	Carine Vendruscolo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Junho de 2019

Assinado por:**Renan Thiago Campestrini
(Coordenador(a))****Endereço:** Av.Madre Benvenuta, 2007**Bairro:** Itacorubi**CEP:** 88.035-001**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3664-8084**Fax:** (48)3664-8084**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com

ANEXO B – TCLE



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado e iniciação científica, intitulada **PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: NTERFACES COM AS MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE**, que fará entrevistas, grupos focais, observação não participante e acompanhamento longitudinal de caso, tendo como objetivos: **1) Compreender as concepções de profissionais e trabalhadores da saúde da APS sobre a Prevenção Quaternária (P4); 2) Identificar as ações dos profissionais da saúde e trabalhadores da APS relacionadas à P4; 3) Acompanhar e analisar, longitudinalmente, um ou mais casos de usuários da APS, relacionado à P4; 4) Promover ações de educação permanente com os profissionais e trabalhadores sobre P4 e possíveis iatrogênias das ações clínico-sanitárias, visando o fomento de melhores práticas de saúde na APS.** No caso de profissionais de saúde, serão previamente marcados a data e horário para as entrevistas, grupos focais e observações, utilizando roteiros, sendo que as suas respostas serão registradas. Estas medidas serão realizadas em local combinado previamente, podendo ser no seu trabalho ou universidade, deixando-o a vontade para permanecer durante o tempo necessário, de maneira confortável. Também serão realizadas oficinas e dinâmicas, posteriormente. Não é obrigatório participar de todos os grupos ou responder a todas as perguntas. No caso dos usuários do serviço, serão realizadas observações durante consultas clínicas e no seu domicílio, com a sua autorização, tomando-se as devidas providências para que sua intimidade e rotina não sejam afetadas e deixando-o à vontade para modificar esse acompanhamento, de acordo com suas demandas. Possíveis imagens só serão registradas mediante sua autorização. Caso se sinta desconfortável, em algum momento do procedimento, pode solicitar ao pesquisador que se retire.

O(a) senhor(a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, pelo fato de responder a uma entrevista, pois o senhor(a) poderá sentir algum desconforto ou estresse. Em caso de desconforto ou estresse a entrevista ou grupo de discussão serão interrompidos até que o senhor(a) se sinta à vontade para retornar. Nos casos de acompanhamento em consultas ou procedimentos, também poderá haver desconforto ou estresse e, neste caso, será providenciada a interrupção imediata da coleta de dados. Poderá também optar por encerrar a entrevista a qualquer momento da sua realização. Em caso de suscitar algum incômodo de fundo emocional ou psicológico, o senhor(a) será encaminhado ao acompanhamento psicológico, oferecido pelo serviço de apoio da UDESC, em Chapecó.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número ou codinome de sua escolha.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da região estudada, a partir de movimentos de EPS que permitam o repensar dos profissionais sobre as práticas na P4, bem como a oportunidade de reestruturar sua forma de assistir, a partir dos indicadores e produtos da pesquisa. O estudo resultará na produção de conhecimento acerca da temática e de estratégias para a realização de melhores práticas na P4. Além disso, fomentará o intercâmbio entre diferentes contextos de organização da saúde e do processo de trabalho, proporcionado a ampliação do olhar dos pesquisadores sobre o fenômeno em estudo, além do intercâmbio de estudantes entre os programas de pós-graduação das universidades envolvidas.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Carine Vendruscolo

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 999203222

ENDEREÇO: Rua Barão do Rio Branco, 1044 E

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC - 88035-901

GABINETE DO REITOR

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: ceph.reitoria@udesc.br / ceph.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SEP 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF- CEP: 70750-521

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

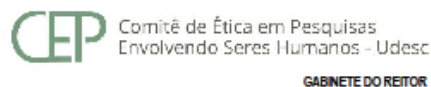
TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____.

ANEXO C – TCLE FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES



GABINETE DO REITOR

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada "DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO CARTILHA PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM SUL BRASIL/SC", e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conepeg@saude.gov.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO MUNICÍPIO



ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Sul Brasil
Rua Dr. José Leal Filho, 589 Fone/Fax: (49) 3367-0030
SUL BRASIL - SANTA CATARINA
CNPJ: 95.990.187/0001-38

ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE

PARECER CONSUBSTANCIADO Nº 01/2020

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DO TIPO CARTILHA PARA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM SUL BRASIL – SC

Pesquisa em Nível: Mestrado Profissional em Enfermagem

Pesquisador Responsável: Aline Lemes de Souza

Orientadora Responsável: Carine Vendruscolo

Coorientadora: Denise Antunes de Azambuja Zocche

Instituição Proponente: Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto: Esse projeto tem a finalidade de desenvolver uma Tecnologia Educacional que servirá de instrumento para qualificar a prática dos profissionais voltada para Prevenção Quaternária.

Objetivos da Pesquisa:

Objetivo Geral: Desenvolver uma tecnologia educacional do tipo cartilha para Prevenção Quaternária.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a percepção e ação de profissionais que atuam na APS sobre a P4;
- Promover a Educação Permanente em Saúde aos profissionais que atuam na APS sobre a P4;
- Produzir uma tecnologia educacional do tipo cartilha sobre a P4, em conjunto com os profissionais que atuam na APS;
- Validar o conteúdo da cartilha para P4;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática apresentada para o desenvolvimento da pesquisa possui relevante importância para a prática profissional e promoção da Educação Permanente em Saúde, com isso, melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Conclusão: Aprovado

Data do parecer: 22/06/2020

Sul Brasil, 22 de junho de 2020

Adriane Schmidt

Secretária Municipal de Saúde

Rua Dr. José Leal Filho, 589 - Centro - Fone (49) 3367-0030
e-mail: sulbrasil@sulbrasil.sc.gov.br
Fax: (49) 3367-0040 - 89855-000 - Sul Brasil - Santa Catarina

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DO DIÁRIO DE CAMPO

Instrumento para registro do diário de campo, adaptado de Falkembach, 1987.

Título: _____

Data: _____ Hora: _____ Local: _____

Nome do observador: _____

Etapas:

6. Descrição das observações:

7. Interpretações (sobre o que foi observado):

8. Conclusões preliminares (desafios, as dúvidas e imprevistos ocorridos durante as etapas):

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO – CONTEÚDO DO MANUAL TÉCNICO

Data: ____/____/____

***Adaptação feita a partir de Teixeira e Mota (2011).**

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador (Iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Profissão: _____ Tempo de Formação em anos: _____

Área de trabalho: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

II - INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional em consonância com os critérios relacionados. Em seguida, classifique-a de acordo com o valor que, na sua opinião, esteja mais adequado com a valoração abaixo:

Valoração:

(1) Inadequado

(2) Parcialmente inadequado

(3) Adequado

(4) Totalmente adequado

Atenção: Para marcações 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço "Comentários Gerais e Sugestões" destinado após cada item. Responda todos os itens. É possível marcar apenas uma valoração, para cada item.

1. OBJETIVOS

Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da Tecnologia Educacional.

1.1 As informações estão apropriadas com o que preconiza a Prevenção Quaternária (P4).	1	2	3	4
2.2 As informações são importantes para melhora da prática profissional.	1	2	3	4
2.3 Essa tecnologia instiga reflexão/mudança sobre a prática profissional, relaciona a Prevenção Quaternária (P4).	1	2	3	4
2.4 Atende aos objetivos dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.	1	2	3	4

Comentários Gerais e Sugestões: _____

2. CONTEÚDO, ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DA TECNOLOGIA

Refere-se a forma de apresentar o conteúdo. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 As informações estão coerentes.	1	2	3	4
2.2 As terminologias estão apropriadas para os Profissionais da Atenção Primária à Saúde.	1	2	3	4
2.3 O conteúdo está organizado de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.4 Há uma sequência lógica na apresentação do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5 O tamanho do título e da estrutura do Manual Técnico estão adequados.	1	2	3	4
2.6 Essa tecnologia educacional é apropriada aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.	1	2	3	4
2.7 As informações estão bem estruturadas em consenso e ortografia.	1	2	3	4
2.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4

Comentários Gerais e Sugestões: _____

3. RELEVÂNCIA E USABILIDADE

Refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado.

3.1 Essa tecnologia educacional permite expansão de conhecimento, facilita a troca de saberes e melhora o aprendizado sobre a Prevenção Quaternária (P4).	1	2	3	4
3.2 A tecnologia educativa propõe a construção de conhecimento.	1	2	3	4
3.3 O Manual Técnico aborda os assuntos necessários para a sensibilização da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde.	1	2	3	4
3.4 Está adequado para ser aplicado aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.	1	2	3	4

Comentários Gerais e sugestões: _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO – APARÊNCIA DO MANUAL TÉCNICO

Data: ____/____/____

***Adaptação feita a partir de Santiago e Moreira (2019).**

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador (Iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Profissão: _____ Tempo de Formação em anos: _____

Área de trabalho: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

II - INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional em consonância com os critérios relacionados. Em seguida, classifique-a de acordo com o valor que, na sua opinião, esteja mais adequado com a valoração abaixo:

Valoração:

(0) Inadequado

(1) Parcialmente inadequado

(2) Adequado

Atenção: Para marcações 0 e 1, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço "Comentários Gerais e Sugestões" destinado após cada item. Responda todos os itens. É possível marcar apenas uma valoração, para cada item.

1. CONTEÚDO

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1.1 O conteúdo contempla o tema proposto. | 0 | 1 | 2 |
| 1.2 O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material. | 0 | 1 | 2 |
| 1.3 A proposta do material proporciona reflexão sobre o tema. | 0 | 1 | 2 |

Comentários Gerais e sugestões: _____

2. LINGUAGEM

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão dos profissionais. | 0 | 1 | 2 |
| 2.2 O estilo da linguagem facilita o entendimento do texto. | 0 | 1 | 2 |
| 2.3 O vocabulário é de fácil compreensão. | 0 | 1 | 2 |

Comentários Gerais e sugestões: _____

3. ILUSTRAÇÕES GRÁFICAS E MOTIVAÇÃO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1 As ilustrações gráficas atraem a atenção. | 0 | 1 | 2 |
| 3.2 As ilustrações gráficas apresentam mensagens visuais fundamentais para compreensão do leitor. | 0 | 1 | 2 |
| 3.3 As ilustrações gráficas são adequadas para o texto e tema proposto. | 0 | 1 | 2 |

Comentários Gerais e sugestões: _____

4. ADEQUAÇÃO CULTURAL

4.1 Os padrões de comportamento desejados são evidentes.	0	1	2
4.2 Existe motivação à mudança de comportamento em relação a prevenção.	0	1	2
4.3 O material é adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	0	1	2
4.4 Apresenta imagens e exemplos adequados a temática.	0	1	2

Comentários Gerais e sugestões: _____

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA POR PÚBLICO-ALVO DO MANUAL TÉCNICO

Data: ____/____/____

***Adaptação feita a partir de Teixeira e Mota (2011).**

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador (Iniciais): _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Profissão: _____ Tempo de Formação em anos: _____

Área de trabalho: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado ()

II - INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional em consonância com os critérios relacionados. Em seguida, classifique-a de acordo com o valor que, na sua opinião, esteja mais adequado com a valoração abaixo:

Valoração:

(1) Totalmente adequado

(2) Adequado

(3) Parcialmente Adequado

(4) Inadequado

Atenção: Para marcações 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço "Comentários Gerais e Sugestões" destinado após cada item. Responda todos os itens. É possível marcar apenas uma valoração, para cada item.

1. OBJETIVOS

1.1 Atende os objetivos dos profissionais de APS.	1	2	3	4
1.2 Ajuda os profissionais de APS.	1	2	3	4
1.3 Está adequado para uso por profissionais de APS.	1	2	3	4

Comentários Gerais e Sugestões: _____

2. ORGANIZAÇÃO

2.1 A capa é atraente e indica o conteúdo de Prevenção Quaternária.	1	2	3	4
2.2 O tamanho do título e do conteúdo está adequado.	1	2	3	4
2.3 Os capítulos tem uma sequência lógica.	1	2	3	4
2.4 Há coerência entre as informações da capa, sumário e apresentação.	1	2	3	4
2.5 O material está apropriado (impressão).	1	2	3	4

2.6 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

2.7 Os temas retratam aspectos importantes.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Comentários Gerais e Sugestões: _____

3. ESTILO DA ESCRITA

3.1 A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3.3 O vocabulário é acessível.	1	2	3	4
--------------------------------	---	---	---	---

3.4 Há associação da Prevenção Quaternária em cada capítulo.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

3.5 O texto está claro.	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---

3.6 O estilo da redação corresponde ao nível dos profissionais de APS.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Comentários Gerais e sugestões: _____

4. APARÊNCIA

4.1 As páginas e os capítulos parecem estar organizados.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

4.2 As ilustrações são simples.	1	2	3	4
---------------------------------	---	---	---	---

4.3 As ilustrações servem para complementar o texto.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

4.4 As ilustrações estão expressivas e o suficiente.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Comentários Gerais e sugestões: _____

5. MOTIVAÇÃO

5.1 O material é adequado para gênero e idade dos profissionais de APS.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5.2 O material apresenta lógica.	1	2	3	4
----------------------------------	---	---	---	---

5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5.4 O Manual Técnico aborda os assuntos necessários para os profissionais de saúde.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5.5 Convida/instiga para a mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

5.6 O Manual Técnico propõe conhecimento aos profissionais de APS.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Comentários Gerais e sugestões: _____

APÊNDICE E – CAPÍTULO DE LIVRO

CAPÍTULO 2

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Karina Schopf, Carine Vendruscolo, Charles Dalcanale Tesser, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Aline Lemes de Souza

Introdução

O conceito de Prevenção Quaternária (P4) foi proposto no contexto clássico dos três níveis de prevenção¹ que classificavam a prevenção em primária, secundária e terciária. A P4 pode ser compreendida como um quarto tipo de prevenção, não relacionada às doenças em geral e, sim, à iatrogenia decorrente do uso excessivo de intervenções diagnósticas e terapêuticas e à medicalização desnecessária.² Similarmente, também, pode ser compreendida como a ação que atenua ou evita as consequências do excesso de intervenções médicas, acarretando atividades médicas desnecessárias.³

Segundo a lógica proposta pelo modelo a seguir², baseado na História Natural da Doença¹, há quatro níveis de prevenção, a saber:

- **Prevenção Primária:** prática voltada à pessoa saudável, assintomática, a qual, ao ser avaliada profissionalmente, não apresenta nenhuma doença ou problema de saúde, o que constitui um contexto perfeito para ações como imunizações e educação em saúde;
- **Prevenção Secundária:** prática que objetiva a descoberta ou detecção de doenças, preferencialmente em estágio inicial (latente), entre indivíduos que se percebem saudáveis, assintomáticos. Exemplo: exames de rastreamento do câncer ou testagem para doenças sexualmente transmissíveis;
- **Prevenção Terciária:** prática que objetiva minimizar as complicações futuras de uma doença já diagnosticada em um paciente sintomático, seja por meio da instituição de tratamento, seja por meio de medidas de reabilitação do doente;

- Prevenção Quaternária: é o tipo de prevenção menos intuitivo e se dá no contexto em que um paciente saudável, não portador de doença, percebe-se doente (mal-estar) e o profissional que o atende é levado a buscar um problema e pode produzir intervenções desnecessárias com potencial iatrogênico e medicalizante. Por exemplo, solicitar exames diagnósticos desnecessários, que podem desencadear cascatas de intervenções, falsos positivos etc., ou tratar com fármacos, os quais, além de potencial iatrogênico próprio, tendem a transformar situações corriqueiras de sofrimento, transformar dor e conflito social ou psicológico em problemas médicos, gerando dependência, excesso de demanda futura aos serviços de saúde e novas intervenções com potencial iatrogênico.

Podemos definir a P4 como a evitação das intervenções desnecessárias ou a ação que visa proteger os pacientes do excesso de medicalização, motivo pelo qual também é chamada de 'prevenção da prevenção' ou prevenção da iatrogenia, termo que deriva do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no paciente pela prática médica.⁴⁻⁵ Alternativamente, pode ser entendida, também, como uma nova expressão para um antigo conceito: "*primum non nocere*", do latim, "primeiro, não causar dano", conhecido pela biomedicina atual como princípio da não-maleficência.²

O conceito de doença vem se modificando, diminuindo os limiares para designar o que é considerado doença (ampliando-a), e restringindo o que era considerado normal. O resultado desse processo de ampliação dos diagnósticos é uma redução da tolerância, pelo profissional, em relação às oscilações e variações do processo de saúde-doença, o que vai ao encontro das mudanças e atitudes do indivíduo, que, influenciado pelo meio, modificou suas percepções de saúde-doença, o que resulta em intervenções cada vez mais precoces por parte dos profissionais.⁶ Em outras palavras, a margem de normalidade diminuiu, os diagnósticos se expandem e indicam-se mais intervenções.⁶

Com o objetivo de evitar a medicalização indesejável, ou seja, de transformar em problema de saúde ou doença o que, antes, não o era⁷, a prática da P4 consiste em um exame minucioso, contínuo, de todas as intervenções que um médico ou outro profissional realiza, visando o cuidado de seus pacientes, em uma espécie de controle de qualidade permanente de suas condutas, tendo, sempre, em mente o dano (iatrogenia) e a medicalização que ele pode causar, ainda que não intencionalmente.⁴

São exemplos de medicalização indesejável (ou excessiva, ou sobremedicalização), atualmente: os tratamentos desnecessários de eventos vitais ou adoecimentos benignos autolimitados (contusões, partos, resfriados, lutos etc.); a redefinição de um número crescente de problemas da vida humana corriqueiros e, habitualmente, até recentemente, manejados autonomamente, como problemas de saúde que exigem cuidados de profissionais da saúde; a solicitação de exames ou a realização de tratamentos em função do medo ou da pressão, advinda dos pacientes; e as intervenções em razão de insegurança por parte dos médicos (ou de outros profissionais), fenômeno denominado “medicina defensiva”, pouco debatida ou estudada.⁶ Outra importante prática da P4 consiste na escuta atenta dos pacientes, fortalecendo a relação médico-paciente, o que é chamado, por muitos, de Medicina Baseada em Narrativas.⁴

Como mencionado anteriormente, a medicalização excessiva de pacientes sintomáticos e assintomáticos favorece o aumento da realização de diagnósticos falso-positivos e, também, de “sobrediagnósticos” (diagnósticos corretamente firmados de doenças assintomáticas que não se manifestariam clinicamente). O aumento do número de sobrediagnósticos, por sua vez, resulta no crescimento do número de tratamentos desnecessários, também chamados “sobretratamentos”.⁸

A inadequação ou insuficiência de atendimento pode ser tão perigosa quanto a medicalização excessiva, ainda mais em certas circunstâncias. O médico da família tem condições de lidar com as complexidades sociais e psicológicas ora demandadas pelos pacientes e de outro influenciado pelas indústrias farmacêuticas e biomédicas. Este deve expressar seus valores éticos e da profissão, sendo capaz de evitar o abuso do poder através de intervenções desnecessárias, demandando de alternativas cabíveis na P4, porém, com cuidado para não diminuir a hierarquia da ética frente a uma simples redução de custos.⁹

Observa-se, na literatura, escasso número de produções que se preocupam com a P4. Por esse motivo, justifica-se o presente estudo, aliado à importância e atualidade do tema. A revisão da literatura, apresentada neste capítulo, portanto, tem o propósito de contribuir para o aprimoramento da prática de profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial aos enfermeiros prescritores ou que realizam a Consulta de Enfermagem, os quais atuam nas equipes de Saúde da Família (eSF) visando a qualificação do trabalho das equipes e a qualidade do cuidado

clínico-sanitário ofertado à população. Na rede de serviço da APS, o cuidado desempenhado por enfermeiros deve ser compartilhado e articulado aos demais profissionais, dado que estão orientados para o mesmo objetivo, qual seja, responder às necessidades de saúde da população.¹⁰

A colaboração interprofissional e interorganizacional tornou-se componente importante de um sistema de saúde em bom funcionamento, ainda mais com recursos financeiros limitados, envelhecimento da população e doenças crônicas comórbidas. O papel da enfermagem na APS, ao lado de outros profissionais de saúde, é fundamental. Os enfermeiros podem criar uma cultura que incentive valores e modelos que favoreçam o trabalho colaborativo em um contexto de equipe.¹¹ Sendo assim, o objetivo deste capítulo é identificar o perfil e descrever características e conteúdo das publicações científicas sobre a P4.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, em base documental, baseada nos pressupostos da revisão bibliográfica narrativa. Esse tipo de pesquisa visa a produção de um conhecimento novo, agregando aos conhecimentos sobre a área e objeto de estudo, buscando responder questões relacionadas a problemas ou indagações teóricas e práticas. Nesse sentido, a revisão de literatura narrativa diz respeito à familiarização do assunto em questão mediante apresentação dos estudos e teorias já existentes sobre o tema, permitindo, assim, uma cobertura mais ampla para o que se propõe pesquisar, buscando fontes diversas e realizando sua análise e interpretação.¹²

Outra característica da revisão narrativa é que ela permite a aquisição e atualização de conhecimento sobre um algum tema em curto período de tempo, e, ainda, atende a um determinado ponto de vista teórico ou contextual. Sendo assim, constitui-se, fundamentalmente, da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador.¹³

Assim, foi realizada a presente pesquisa a partir da seguinte pergunta: qual o perfil e as características e os conteúdos das pesquisas sobre a P4? O questionamento foi inserido em um protocolo orientador do estudo cuja validação foi realizada por dois revisores, um expert em revisões da literatura e outro no tema de pesquisa, neste caso, a P4.

A pesquisa foi desenvolvida mediante a busca de trabalhos nas bases de dados SCOPUS (ELSEVIER), PUBMED CENTRAL: PMC e Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME), contemplando os seguintes materiais: artigos científicos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. O período de recorte temporal da pesquisa foi de janeiro de 2014 até outubro de 2019, considerando a atualidade dos artigos sobre o tema. Cumpre destacar que a produção, seguindo esse rigor, pode contribuir, não só para pesquisar o estado da arte de um determinado tema, como também identificar conexões em diferentes áreas, como abordagens teóricas e metodológicas, de maior potencial explicativo e compreensivo.¹³

Para fins de sistematização do processo de revisão, inicialmente, os trabalhos pré-selecionados foram organizados em quadros sinópticos no intuito de sintetizar e subsidiar a compreensão e a discussão dos conteúdos. Assim, foi realizada uma abordagem bibliométrica para caracterização dos trabalhos. A bibliometria consiste no uso de métodos quantitativos para realizar uma avaliação objetiva da produção científica, que não se limita a uma classificação puramente estatística e simples.¹⁴ Nessa perspectiva, a seleção e extração dos dados caracterizou os estudos conforme os seguintes critérios: período, tipo de estudo, nível de evidência, origem, subárea na enfermagem, relação com a questão de pesquisa, tipo de periódico, país de origem do estudo. O processo analítico dos dados oriundos desta etapa foi desenvolvido a partir das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, foi realizada leitura flutuante dos trabalhos completos a fim de tomar ciência dos temas abordados nos estudos e realizar a descrição temática, buscando interpretações relacionadas com a pergunta de pesquisa ao mesmo tempo que buscava dar sentido às próprias interpretações dos autores.¹⁵

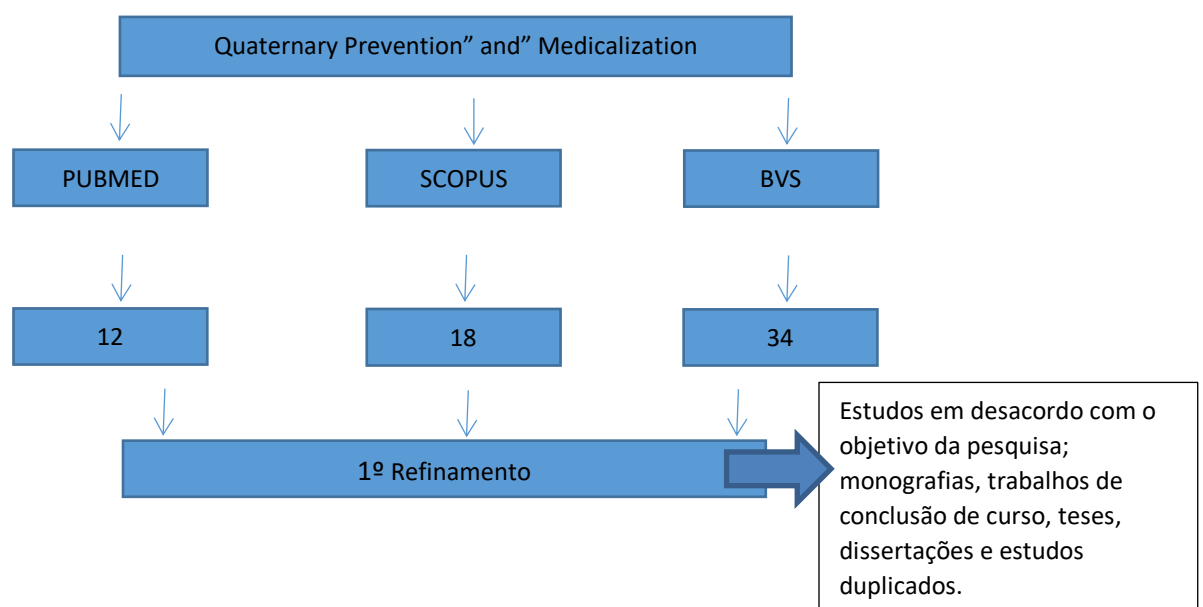
Tais movimentos de interpretação, reflexão sobre a pergunta e interpretação dos autores a partir de pressupostos da promoção da saúde, na APS, ofereceram subsídios para a exploração do material que ocorreu concomitantemente com as leituras detalhadas dos textos completos. Num segundo momento, foi realizado um recorte dos textos em unidades de registro que, posteriormente, foram classificados e agregados em dados de modo a estruturar as categorias que expressam a P4, quais sejam: **(1) perfil dos estudos sobre P4, (2) conceito de P4; (3) sobremedicalização e sua relação com a P4; (4) posicionamento profissional frente a P4.**

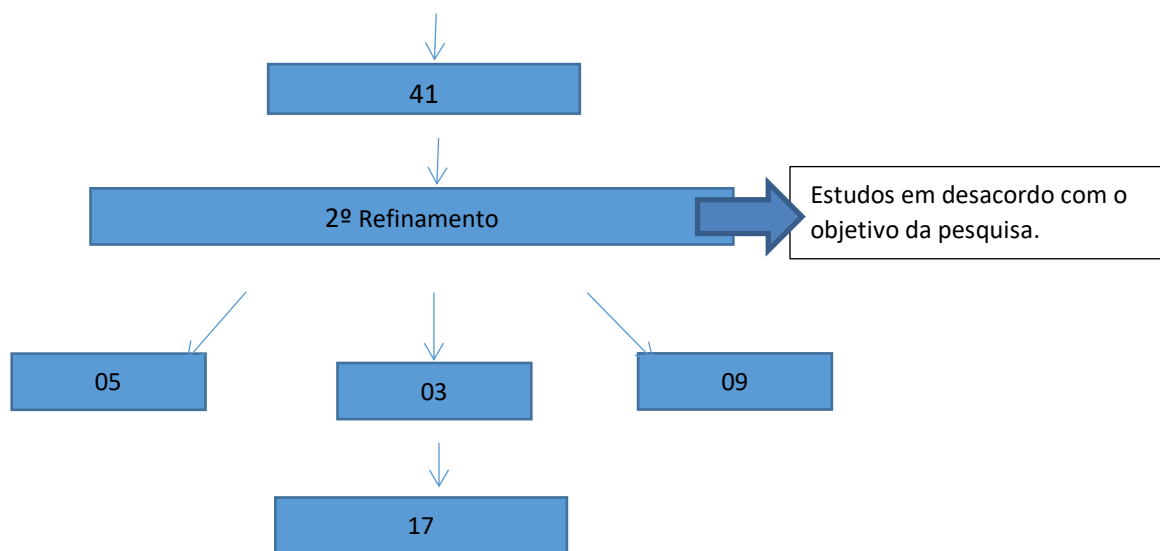
Como se trata de uma revisão da literatura, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como participantes do estudo, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Todavia, destacamos que as informações passaram por uma revisão por pares para atestar a confiabilidade dos resultados, a fim de garantir o rigor científico e respeitou os direitos autorais conforme preconizado na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.¹⁶

Uma primeira busca nas bases de dados resultou em 64 estudos: na base da PUBMED, 18 estudos; SCOPUS, 12; e BVS, 34. Em seguida, foi aplicado o primeiro refinamento, utilizando os critérios de exclusão. Foram excluídos estudos que não estavam de acordo com o objetivo da pesquisa; cartas; resenhas; editoriais; estudos secundários; publicações do tipo: livros, capítulos de livros, publicações de autoria governamental, boletins informativos, monografias, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, resumos, debates, comentários, trabalhos oriundos de eventos, estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise e estudos duplicados.

Foi realizada a leitura flutuante dos 64 estudos encontrados, ou seja, leitura do título e resumo, resultando em 19 estudos duplicados e quatro estudos indisponíveis. Os 41 trabalhos que restaram foram lidos na íntegra com o objetivo de realizar o segundo refinamento. Nessa etapa, 17 estudos tiveram fraca adesão à pergunta de pesquisa, quatro eram comentário, dois debates e uma monografia, os quais foram excluídos. Permaneceram 17 trabalhos selecionados para a análise. O fluxograma a seguir (Figura 1) ilustra o caminho para a seleção dos estudos.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão narrativa





Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Resultados e discussão

Perfil dos estudos sobre P4

Após análise preliminar dos estudos selecionados, constatou-se que 35,29% (6) foram publicados no Brasil; 17,64% (3), na Bélgica; 11,76% (2), na Espanha; 5,88% (1), em cada um dos países: Portugal, Canadá, Suíça, Uruguai, Argentina, Coreia do Sul. Quanto à linguagem empregada, observou-se que 29,41% (5) dos trabalhos foram escritos em português, 52,94% (9), em inglês; e 17,65% (3), em espanhol. Com relação às fontes, verificou-se que 29,41% (5) dos títulos provinham da PUBMED, 17,65% (3), da SCOPUS; e 52,94% (9), da BVS. Quanto aos periódicos de origem, atentou-se que todos os periódicos são da área da medicina. No que se refere ao ano de publicação, 11,76% (2) dos trabalhos foram publicados em 2014; 47,05% (8), em 2015; 5,88% (1) em 2016; nenhum em 2017, 11,76% (2) em 2018 e 23,52% (4) em 2019. No tocante aos tipos de estudo, averiguou-se que 76,47% (13) das publicações enquadravam-se como Ensaio, 5,88% (1) como artigos revisão narrativa, 5,88% (1), revisão reflexiva; 5,88% (1), revisão de escopo; e 5,88% (1), revisão bibliográfica, todos de cunho teórico, qualitativos. No que diz respeito aos níveis de força de evidência, conforme escala hierárquica previamente descrita, 100% (17) das publicações foram classificadas como nível 4, com forte adesão à pergunta de pesquisa. A revista que mais publicou sobre o tema foi a Revista Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade, com 52,94% (9) artigos, seguida da International Journal Of Health Policy And Management, com 11,76% (2) artigos publicados.

Observou-se que as produções estão voltadas à área da medicina, não havendo publicações voltadas ao tema na área da enfermagem, sugerindo a necessidade de pesquisas e evidências sobre o tema na área. Considera-se a APS um cenário com grande potencial para o desenvolvimento de pesquisa, inclusive para o profissional enfermeiro, e o tema P4 configura-se como uma lacuna de conhecimento que pode ser preenchida com a produção de estudos teóricos e empíricos, e utilização de tecnologias para a produção de evidências.¹⁷

O conceito de P4, sua relação com a sobremedicalização e o posicionamento dos profissionais frente a P4 são categorias que expressam a P4 no âmbito dos estudos selecionados, sendo que estas foram extraídas dos dezessete trabalhos que compuseram os dados da revisão. O quadro 1 apresenta os estudos organizados de acordo com essas categorias, com algumas características analíticas, que serão, posteriormente, discutidas.

Quadro 1: Títulos dos estudos sobre P4 e sua interface com a APS, codificados por letras e números, organizados segundo ano, base de dados, natureza e categorias.

COD	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	BASE	ESTUDO	CATEGORIA
A1	Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society ¹⁸	2018	Scopus	Ensaio	Conceito P4 e sobremedicalização
B2	Why is quaternary prevention important in prevention? ¹⁹	2017	Scopus	Ensaio	Conceito de P4
C3	Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health ²⁰	2017	Scopus	Ensaio	Conceito de P4
D4	Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 middle east respiratory syndrome coronavirus outbreak in the republic of Korea ²¹	2015	Scopus	Ensaio Bibliográfico	Sobremedicalização
E5	Quaternary prevention: containment as an ethical necessity ²²	2014	Scopus	Ensaio	Conceito de P4

F6	Quaternary prevention: reviewing the concept: quaternary prevention aims to protect patients from medical harm ²³	2018	Pubmed	Ensaio	Conceito de P4
G7	Care and do not harm: possible misunderstandings with quaternary prevention (p4): comment on "quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization" ²⁴	2015	Pubmed	Ensaio	Posicionamento dos profissionais frente à P4
H8	Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization ²⁵	2015	Pubmed	Ensaio	Posicionamento dos profissionais frente à P4
I9	Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares / all that glitters is not gold: discussing quaternary prevention based on popular sayings / no todo lo que reluce es oro: discutiendo prevención cuaternaria a partir de dictados populares ²⁶	2019	Bvs	Ensaio	Conceito de P4
J10	Geoffrey rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção / geoffrey rose y el principio de la precaución: para construir la prevención cuaternaria en la prevención / Geoffrey rose and the precautionary principle: to build the quaternary prevention in the prevention ²⁷	2019	Bvs	Ensaio	Conceito de P4
K11	Prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud / quaternary prevention: medical ethics, evaluation and efficiency in the health systems / prevenção quaternária: ética médica, avaliação e eficiência nos sistemas de saúde ²⁸	2016	Bvs	Ensaio reflexivo	Conceito de P4

L12	Quaternary prevention: first, do not harm / prevenção quaternária: primeiro não causar dano / prevención cuaternaria: primero no hacer daño ²⁹	2015	Bvs	Ensaio	Conceito de P4 e Posicionamento dos profissionais frente à P4
M13	Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family doctors / prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família / prevención cuaternaria: una mirada a la medicalización en la práctica de los médicos de familia ³⁰	2015	Bvs	Ensaio	Sobremedicalização e Posicionamento dos profissionais frente à P4
N14	¿overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo / sobrerastreamento ou prevenção em uma escala humana? Excesso de rastreamento / overscreening or prevention in a human scale? Excessive screening ³¹	2015	Bvs	Ensaio	Posicionamento dos profissionais frente à P4
O15	Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice ³²	2015	Bvs	Revisão Narrativa	Posicionamento dos profissionais frente à P4
P16	Multimorbidity and quaternary prevention (p4) / multimorbididade e prevenção quaternária (p4) / multimorbilidad y prevención cuaternaria (p4) ³³	2015	Bvs	Ensaio	Posicionamento dos profissionais frente à P4
Q17	Prevenção quaternária e limites em medicina / quaternary prevention and limits in medicine / prevención cuaternaria y límites en medicina ³⁴	2014	Bvs	Ensaio	Posicionamento dos profissionais frente à P4

Fonte: elaborado pelos autores, 2019.

Conceito de P4

Para B2, a evolução da biomedicina no contexto das sociedades ocidentais contemporâneas, produziu a priorização de ações preventivas em relação às curativas, até então aplicadas, sobretudo, em função das doenças crônicas e do envelhecimento populacional, associados a limitações terapêuticas biomédicas.¹⁹

Leavell e Clark foram os criadores dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, servindo como base para o conceito ampliado da P4 frente a necessidade de conter o excesso de intervenções curativas e preventivas, hoje considerado um risco significativo à saúde.³⁵ O autor traz a APS como berço original da P4, ressaltando a importância de médicos, demais profissionais e de gestores na avaliação de suas práticas. Esta deve estar direcionada para uma atitude e prática de evitar danos iatrogênicos em ações curativas e preventivas, com atenção ao que elas poderão acarretar, abrindo espaço para elaboração de diretrizes com o intuito de proteger os usuários de possíveis danos e cascatas de ações inapropriadas.¹⁹

Em Q17, o autor refere que a P4 emerge a partir dos questionamentos em relação às ações médicas, aos seus excessos de uso de tecnologias duras e à ampliação das doenças, transformando situações assintomáticas em risco e, este, em doença. Os médicos usam dados estatísticos, calculados sobre populações, não sobre a individualidade de cada paciente.³⁴ Com isso, eles realizam a transposição de riscos coletivos para as pessoas, com comum sobremedicalização e sobretratamento, sem considerar a influência da indústria farmacêutica nesse processo.³⁴

O mesmo autor afirma que a P4 é a relação dos médicos conscientes de suas ações e suas responsabilidades, com a integralidade do atendimento prestado ao paciente, respeitando os limites da medicina baseada em evidências, valorizando a escuta e não medicalizando os problemas da vida. Para isso, são necessários, ao profissional, conhecimentos voltados à empatia, controle mental e afetivo de si e de sua relação com o paciente, bem como conhecimento técnico livre de manipulações e influências do mercado.³⁴

Em E5, é abordado o conflito de interesses gerado pela indústria farmacêutica, influenciadora dos Estados, que, através das diretrizes clínicas sobre as doenças e pela popularização da prevenção, contribuem para o aumento das intervenções e para a medicalização da vida. De encontro com a definição de Jamoulle, em E5 os autores defendem que ações de P4 devem ocorrer em todos os níveis de prevenção, pois, nelas, os pacientes estão expostos ao excesso de intervenções desnecessárias. Os autores, como os demais encontrados nesta revisão, também primam pela cautela quanto ao limiar, cada vez menor, entre o que é doença e o que é considerado padrão de normalidade. Os autores entendem que a P4 deve estar presente em qualquer intervenção médica, sempre avaliando o custo-benefício da ação proposta.²²

Em I9, é citado o aumento de ações preventivas impostas na atualidade, desde ações simples, como aferir a pressão arterial, até exposições a exames de rastreamento de câncer do colo do útero e de próstata, popularizadas pelo “outubro rosa” e “novembro azul”. Essas ações devem ser reavaliadas pelos profissionais da saúde da família a fim de identificar riscos e limitações de ações preventivas. A popularização de procedimentos preventivos, com os meios de comunicação e o marketing imposto pela indústria, gera, nas pessoas, a necessidade excessiva de manter uma vida saudável a custos altos, tanto financeiros quanto da própria saúde. Para I9, a P4 é voltada, prioritariamente, para as pessoas não-doentes, mas que se sentem doentes, seguindo a linha de Jamouille.²⁶ O autor I9 discute a P4 a partir de alguns ditados populares: “A voz do povo é a voz de Deus”; “É melhor prevenir do que remediar”; “Seguro morreu de velho”; “Nem tudo que reluz é ouro”; “Não se mexe em time que está ganhando”; entre outros, mostrando que é imprescindível avaliar o impacto que as ações preventivas geram na saúde da população e que os saberes populares não podem direcionar o saber técnico-científico meramente por comodismo ou por facilitar a relação médico-paciente.²⁶

Em F6, os autores apresentam uma nova perspectiva para a P4 “com base na crença de que a prevenção quaternária deve estar presente na mente dos médicos para cada intervenção que eles sugerem a um paciente”,^{23:04} em que a P4 é pensada estritamente, em termos de buscar criteriosamente, um balanço favorável entre benefícios e danos, sem mencionar o tema da medicalização, diferentemente do proposto por Marc Jamouille. Os autores apostam na definição de P4 na qual as pessoas estão em risco de intervenções desnecessárias em todos os níveis de prevenção.³⁶ Defendem que a P4 deve se basear, estritamente, em evidências científicas, considerando que a desmedicalização, frequentemente não é um conceito cientificamente baseado.²³ Com isso, eles menosprezam o fundamento científico dos muitos estudos sobre medicalização das últimas décadas, os quais fundamentam a necessidade de desmedicalização de muitas situações e cuidados. Os autores restringem a discussão da P4 ao balanço entre danos e benefícios baseado em evidências, o que é necessário, mas não suficiente, e empobrece o conceito. Além disso, desconsideram os vários problemas envolvidos na produção, publicação e interpretação das evidências.³⁷ Esses mesmos autores, também, ponderam que “a prevenção quaternária não deve ser encarada como uma panacéia, nem deve ser

encarada como uma atividade médica isenta de riscos”,^{23:05} e afirmam que a não realização de algumas intervenções médicas também podem gerar prejuízos aos pacientes, sendo que estas perfazem a incerteza da medicina. Isso, por um lado, suaviza as atividades relacionadas à P4, mas, por outro, coloca o conhecimento técnico-científico e a postura ética de cada profissional como fundamental no posicionamento e efetivação da P4.²³ Os autores de J10 atentam aos prejuízos de redefinir a P4 somente em termos da relação dano/benefício, e ressaltam que a P4, antes de tudo, envolve alternativas éticas voltadas à qualificação da ação profissional.²⁷

Já em K11, os autores expressam a mudança com os cuidados de saúde e a prática da medicina, que devem ser desenvolvidas por meio de práticas baseadas em evidências, protegendo os pacientes e, também, a equipe de saúde dos excessos de intervenções. Defendem que a P4 pode ser aplicada em todos os níveis de prevenção mediante um novo e atualizado conceito de “*Primum non nocere*”, com abordagens mais amplas sobre as práticas, em diferentes níveis de complexidade, reorganizando os serviços de saúde, a comunicação e a abordagem com as pessoas. Assim, se sugere voltar a atenção para a avaliação do risco-benefício, as consequências do tratamento, bem com, para os conflitos de interesse.²⁸

Com base nas interpretações dos diferentes autores sobre o conceito de P4, pode-se afirmar que emerge a necessidade de um olhar mais integral dos profissionais aos usuários. Trata-se da necessidade de atentar aos excessos e à inapropriação de intervenções, as quais podem gerar risco de doença e medicalização desnecessária e/ou pouco benéfica de experiências de vida, ou, ainda, menos benéfica que prejudicial; considerando, ainda, possíveis interesses da indústria farmacêutica, tendo como foco alternativas éticas para a atuação profissional em saúde.

Sobremedicalização e sua relação com a P4

Em M13, o autor considera a medicalização um fenômeno social, ampliado pela indústria farmacêutica e pelos próprios profissionais de saúde que, por vezes, não consideram os aspectos biopsicossociais envolvidos nas queixas dos pacientes, aspectos esses que são indispensáveis para não causar danos.³⁰

Já em P16, os autores abordam a multimorbidade na medicina contemporânea, baseada em políticas e diretrizes sobre doenças isoladas como causadora de

sobreatamentos e altos custos com serviços de saúde, trazendo marcadores, antes, considerados normais, agora, tratados como doenças. Nesse contexto, a P4 beneficia os pacientes diminuindo o ônus da medicação e a polifarmácia. Sugerem oferecer tratamento eticamente aceitável, com equilíbrio entre benefícios e danos, considerando a capacidade do indivíduo em incorporar e compreender esses danos, estabelecendo uma relação médico-paciente ao longo do tempo, diferentemente dos modelos atuais, nos quais o atendimento ocorre sem foco na proposta de longitudinalidade.³³

Os autores de A1 apostam na capacidade avaliativa do médico e na sua interação com o paciente para a qualidade da orientação e para o sucesso do tratamento; em caso contrário, poderão acarretar iatrogenia pelo mal uso de exames e medicação. É crucial ser cauteloso ao atribuir um diagnóstico ao paciente com intuito de evitar consequências negativas no prognóstico do indivíduo. Os autores apresentam o sobrediagnóstico como problema social quando os limites da normalidade são considerados através de limiares populacionais, rotulando, cada vez mais, as pessoas como doentes. A mídia, os fatores de risco, a indústria, as políticas públicas e o governo, com suas campanhas e diretrizes, todos conduzem ao sobrediagnóstico, colocando os profissionais na incerteza sobre suas práticas. É preciso rever as condutas em nível de organização e políticas de saúde considerando a ética e os princípios da atuação profissional, não só pelo governo, como também pelos pacientes, os quais exercem pressão em relação ao tratamento e à medicalização.¹⁸

D4 afirma que a ampliação dos níveis de prevenção, proposta de Jamoulle, se justifica no cenário atual, no qual o indivíduo, com suas necessidades no processo de saúde/doença, solicita intervenções. O profissional médico precisa estar preparado para não atender a uma demanda que considera desnecessária ou que pode causar danos, protegendo o indivíduo de sobreatamentos, sobremedicalização e diagnósticos excessivos. Ressalta que a P4 difere dos demais níveis de prevenção que consideram o todo da população.²¹

Na linha dos excessos de intervenções, O15 preocupa-se que a sobremedicalização ou intervenções diagnósticas gerem incidentalomas, mostrando que, muitas vezes, eles aparecem em decorrência da investigação de outra situação diagnóstica, expondo o paciente a uma possível cascata de intervenções. Afirma que

“isso ocorre porque a maioria dos incidentalomas representa sobrediagnóstico causado pelo uso massivo de métodos de diagnóstico de alta-resolução”.^{32:01} A quantidade de intervenções diagnósticas é tamanha que é mais comum encontrar um incidentaloma do que o diagnóstico investigado. É preciso esclarecer ao paciente os riscos e benefícios de qualquer intervenção, dividindo a responsabilidade e esclarecendo as expectativas irreais em relação aos resultados de exames de diagnósticos. O autor defende a mudança das denominações dos cânceres diagnosticados em fase assintomática, haja vista que a maioria dos diagnósticos são dados como cânceres ou tumores, mesmo sendo um incidentaloma, causando sobrediagnóstico e excesso de intervenções.³²

Ao refletir-se sobre a relação da P4 com a sobremedicalização, os autores dos estudos encontrados nesta revisão alertam para a responsabilidade dos profissionais da saúde, novamente enfatizando o direito do paciente de saber sobre os riscos e os benefícios de toda e qualquer intervenção.

Posicionamento dos profissionais frente a P4

H8 destaca uma mudança das práticas médicas voltadas para um padrão construtivista, com um olhar crítico para o excesso de intervenções, visando “*primum non nocere*”. Para o autor, as ações da P4 estão voltadas mais para a prática profissional do que para o paciente. O posicionamento dos profissionais em relação ao tema tem levado a modificações e questionamentos frente o marketing, a indústria farmacêutica e as novas doenças que aparecem a toda hora, exigindo, cada vez mais, postura profissional frente os possíveis danos que as intervenções clínicas e a medicalização podem causar. A P4 tem a ver com uma relação que deve permanecer verdadeiramente terapêutica, fundamentada no respeito à autonomia de pacientes e médicos (ou outros profissionais). Com essa atitude, a P4 funcionaria como resistência e alerta contra a falta de humanidade e a corrupção institucional de setores da medicina.²⁵

Para a autora de M13, a APS é a primeira porta de entrada ao sistema de saúde, e, como tal, vivencia o aumento da demanda por atendimento médico, consequência - mas também fonte - de medicalização por intervenções preventivas e curativas em demasia. Isso ocorre devido à ampliação do patamar diagnóstico das doenças, tornando-as coincidentes com o que, antes, era considerado uma condição saudável.³⁰ Esses fatores estão ligados a várias situações comuns na Estratégia

Saúde da Família (ESF), uma vez que, por vezes, o dimensionamento inadequado da equipe favorece uma pressão de demanda excessiva - e a percepção desta como inesgotável -, potencializando a medicalização devido às seguintes situações: (1) restrição de acesso na APS, que induz à busca de cuidados à saúde em níveis de atenção mais iatrogênicos, tais como prontos-socorros, hospitais, ambulatórios de especialidades e serviços privados; (2) alta pressão por assistência à saúde, que favorece um cuidado clínico reducionista, intervencionista e de baixa qualidade na APS; e que redireciona a atenção dos profissionais para condições agudas, fatores de risco e patologias, de interesse epidemiológico, prejudicando uma abordagem abrangente/integral e centrada na pessoa; e (3) predomínio de ações preventivas - nas diretrizes oficiais brasileiras e em muitos contextos assistenciais - em relação às curativas, o que aponta para a disputa entre sobremedicalização e submedicalização e o consequente dilema ético de oferecer atenção a pessoas saudáveis em vez de voltarmos nossa atenção para as pessoas doentes.³⁰

Em N14, são avaliados os rastreamentos mal fundamentados como influenciadores do excesso de intervenções, em especial na APS, considerando dois aspectos importantes: primeiro, que programas de rastreamento maciços como, por exemplo, para câncer de mama, útero, próstata e afecções relacionadas à tireoide precisam partir da necessidade do paciente e, não, do serviço de saúde. E, quando do contrário, é preciso ter a certeza de não causar danos. Outro ponto abordado pelo autor é a equidade, que, por vezes, é ferida devido aos gastos de recursos com procedimentos desnecessários e, muitas vezes, com desvios de recursos, prejudicando áreas importantes da saúde coletiva.³¹ Ainda, para o autor de N14, ações consideradas desnecessárias exigem, comumente, grande energia dos profissionais, não resultando em melhorias na qualidade de vida da população. A busca por câncer de próstata, através do seu antígeno do sangue específico (PSA), é um exemplo prático do pouco, ou nenhum, impacto em "salvar vidas" que esta ação oferece.³¹

Em B2, o autor problematiza a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida nos séculos recentes, sobretudo nos países ricos, que geraram maior prevalência das doenças crônicas. Os limites terapêuticos da biomedicina para essas doenças preparam o terreno para o que o autor chama de giro preventivo na biomedicina.¹⁹ A incorporação e operacionalização clínica dos fatores de risco, a diminuição dos limiares terapêuticos e a abordagem preventiva, centrada nos

indivíduos de alto risco, bem como ampliação do rol de doenças e da faixa de alto risco, geraram um excesso de intervenções, trazendo à tona a relevância de introduzir e debater a P4 no âmbito da APS. A evolução da indústria farmacêutica e da biomédica influencia diretamente a conduta profissional e dos usuários frente as amplas possibilidades de tratamento. Após avaliar os riscos de danos que as ações preventivas podem gerar, cabe aos profissionais a postura do não fazer se não há boa justificativa para tal (a chamada ética da negativa), mesmo mediante a pressão dos interesses econômicos, diretrizes e dos próprios pacientes,¹⁹ negociando com estes últimos mediante grande habilidade de comunicação, para que entendam as razões de não se precisar de intervenções, às vezes, solicitadas, e pactuem, participativa e esclarecidamente, as decisões.

Para os autores de C3, cada vez mais, o limiar do que é ter saúde diminui e o que é ter doença aumenta, expandindo as intervenções médicas em uma sociedade que se sente, cada dia mais, doente. Nesse contexto, surge a Medicina Baseada em Evidências (MBE), que, infelizmente, é manipulada, em grande medida, pela indústria farmacêutica e biotecnológica, contribuindo para tornar doente o que, antes, era considerado saudável. A MBE coloca o profissional como determinante no processo de diagnóstico; cabe a ele definir se vale a pena ou não realizar a intervenção e se esta será ou não benéfica ao paciente. Mas esse processo é realizado, geralmente, com base em estatísticas de grupos populacionais, desconectados dos indivíduos concretos sob cuidado, aos quais não é justificável, cientificamente, simplesmente transpor os riscos populacionais. Por isso, os autores aconselham individualizar a prevenção.²⁰

C3 apresenta a estratégia preventiva de alto risco (EAR) - quando se separa uma fração de alto risco da população para nela intervir preventivamente sobre ele e a estratégia populacional (EP) - quando se busca reduzir o risco de uma doença na população toda; sendo a primeira de interesse da indústria farmacêutica devido à medicalização crônica da prevenção dela decorrente, que pode ser aumentada deslocando-se os pontos de corte de alto risco de modo, cada vez mais, inclusivo, como já se vem fazendo. Assim, introduz-se intervenções preventivas de forma demasiada, sem atentar para os critérios individuais: o que é dito fator de risco para um grupo fica valendo para todos os indivíduos. Já a EP, envolve ações voltadas à

sociedade ou a uma determinada população no seu conjunto em que pequenas reduções do risco podem ter alto impacto na morbimortalidade.²⁰

Os autores de J10 trazem à discussão o princípio da precaução (PP) associado às ideias de prevenção redutiva e aditiva, de Geoffrey Rose, como importantes ferramentas para a P4 na prevenção.²⁷ De acordo com Geoffrey Rose, a prevenção redutiva é aquela em que se busca reduzir riscos aumentados de adoecimento, como parar de fumar, realizar atividades físicas (para os sedentários), melhorar a qualidade da alimentação (eliminar agrotóxicos e reduzir alimentos ultraprocessados), diminuir fatores de estresse, entre outros, por meio de correções de modos de viver patogênicos, em grande parte derivados da vida urbana industrializada moderna. Esse tipo de medida preventiva está relacionado a mudanças coletivas, de políticas públicas, de segurança social e de diminuição de iniquidades sociais e desigualdades econômicas, além de mudanças individuais. Já as ações preventivas aditivas, são a adição de um fator de proteção artificial às pessoas, como vacinas, fármacos e rastreamentos. Nessas medidas (aditivas), a prova científica de segurança do procedimento deve ser exigida com alto grau de consenso e transparência científicos, mostrando grandes benefícios, com nulos, ou mínimos danos. Devido ao seu alto potencial de danos iatrogênicos, as medidas preventivas aditivas devem ser reguladas pelo PP - que orienta que, na dúvida sobre o potencial de danos (ou sobre o balanço danos x benefícios) de uma intervenção, devemos proteger as pessoas dela, evitando realizá-la - mesmo que seu objetivo seja nobre, ou seja, ainda que se trate de uma ação preventiva (por exemplo: vacinas, tratamento preventivos, rastreamentos). A justificativa ética é que, na prevenção primária e secundária, na APS, no ambiente comunitário, deve haver uma primazia relativa da não-maleficência, ou seja, primeiro, não se deve causar danos, o que significa que a P4 é destacada em sua relevância na prevenção nesse ambiente.^{38,29} Assim, o PP precisa ser amplamente difundido nas ações da APS, protegendo a saúde da população das incertezas e danos decorrentes de ações preventivas aditivas comumente indicadas e realizadas.²⁷

Em G7, ao analisar a P4, o autor questiona a postura dos gerentes de saúde quanto à possibilidade de redução de custos. Esta, com certeza, existe, mas não deve ser entendida como uma vertente da P4. As ações de P4, segundo o autor, muito bem colocadas por Jamoulle, visam proteger pessoas de intervenções desnecessárias, e não, reduzir custos ou privar o paciente do atendimento adequado.²⁴

L12 questiona as políticas de gestão em saúde no que tange apoiar as ações da P4, em especial o médico da saúde da família na luta contra a sobremedicalização, ações que demandam tempo e envolvimento médico-paciente, indo ao encontro dos anseios dos pacientes²⁹. Entender que a medicina é capaz de prejudicar, ao invés de beneficiar é um dever do profissional, mas é importante frisar que 'não fazer' é bem mais difícil que atender as expectativas dos envolvidos.³⁹

A P4 não exige somente competências técnicas por parte dos profissionais, mas também, ética e habilidades relacionais à “arte de curar” e relação médico-paciente.⁴⁰ Ao encontro dessa constatação, existe uma pressão sobre o profissional para chegar a um diagnóstico preciso, sendo a APS um local de inúmeras possibilidades e em que, muitas vezes, ceder a essa pressão pode mais prejudicar do que beneficiar o paciente, além de medicalizar a situação⁴¹.

O posicionamento dos profissionais em relação à P4 faz refletir sobre a importância de políticas públicas induzirem a discussão sobre esse tema. Cumpre destacar, nessa direção, a importância do investimento na formação em saúde que inclua as questões éticas e a P4 nos currículos, com destaque para o respeito à autonomia dos pacientes, o aperfeiçoamento do ensino das habilidades de comunicação e a horizontalização das relações, reduzindo paternalismo e o autoritarismos, comuns nas relações profissionais usuários na APS, para que seja possível o compartilhamento de decisões. Ainda, atentamos para a importância das ações colaborativas na APS, incluindo outros profissionais, neste debate, com vistas às práticas interprofissionais na direção da P4.¹⁰

Considerações Finais

A P4 é conceituada, por todos os autores avaliados nesta revisão, como uma possibilidade e uma necessidade que precisam ser trazidas ao debate e às práticas dos profissionais no âmbito da APS. São os profissionais, sobretudo aqueles que operam com as intervenções clínicas, que detêm maior poder de intervenção na APS, com potencial de danos e de medicalização, especialmente na prevenção de doenças, e no cuidado clínico.

Considerando o limiar, cada dia menor, entre o que é considerado saúde e doença, é necessário reavaliar as condutas clínicas mediante as inúmeras possibilidades terapêuticas, considerando as necessidades, contextos e valores dos pacientes. Utilizar tecnologias educativas como auxiliadoras nos processos de

educação permanente pode ser uma forma de sensibilizar e trazer ao debate o tema da P4 entre os profissionais, tendo como base os princípios da ética e da solidariedade humana. Nesse contexto, o envolvimento e a compreensão do tema por todos os profissionais da APS, inclusive pelos gestores, são primordiais. O sucesso da P4 depende da ação profissional e da colaboração, demandando ações e atitudes que levem até a população um cuidado qualificado e minimizador dos danos iatrogênicos e da medicalização no cenário atual do sistema público de saúde. Assumir essa postura significa, não somente “não causar danos”, mas também primar pela boa gestão dos recursos em saúde.

Cumprе destacar a importância de pautar a P4 na construção de políticas públicas e diretrizes que orientam a APS, promovendo o consenso da importância de minimizarem-se os tratamentos farmacológicos exagerados, os exames complementares e rastreamentos desnecessários ou mal fundamentados.

Referências

- 1 Leavell H, Clark EG. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgrawhill do Brasil; 1976.
- 2 Jamouille M. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before** (definitions for the four prevention fields as quoted in the Wonca international dictionary for general/family practice); 2008.
- 3 Gérvas J. **Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España**. Madrid: Gac Sanit; 2006. 20(1):127-134.
- 4 Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. **Quaternary prevention: a task of the general practitioner**. Heidelberg, Germany: Primary care; 2010.
- 5 Almeida LM. **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. Revista portuguesa de saúde pública; 2005. 23(1).
- 6 Norman AH, Tesser CD. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2009. 25(9):2012-2020.
- 7 Conrad P. **The medicalization of society**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. 31(1):147-154.
- 8 Meira LRV. **Prevenção quaternária em saúde mental: uma revisão integrativa da literatura**. Florianópolis: UFSC; 2014.

- 9 Bernstein J, La Valle R. **Because of science you also die...: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization”**. Int J Health Policy Manag. 2015; 4(9): 615–616.
- 10 Rewa T. **Competências para práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde no contexto brasileiro**. Dissertação de mestrado Universidade de São Paulo; 2018.
- 11 Karam et al. **Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research**. International journal of nursing studies; 2018.
- 12 Zanella, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**. 2ª. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; 2011.
- 13 Rother, E.T. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Revista Acta paulista de enfermagem. 2007; 20(2), jun. 2007.
- 14 Araújo CA. **Bibliometria: evolução histórica e questões atuais**. Em questão (periódico na internet); 2006.
- 15 Minayo MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo. Hucitec, 2013.
- 16 Brasil. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm_Acesso em 02 de janeiro de 2020.
- 17 Zocche DAA, Zanatta de E, Adamy EK, Vendruscolo C, Trindade LL. Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências. In.: Teixeira, E. (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. 1ª ed. vol. 02. Porto Alegre: Moriá, 2020.
- 18 Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. **Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society**. Atencion primaria; 2018.
- 19 Tesser CD. **Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?** Florianópolis: Rev saúde publica; 2017. 51:116.
- 20 Norman AH, Hunter DJ, Russell AJ. **Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: implications for public health**. Saude soc. 2017.
- 21 Bae, JM. **Implementation of quaternary prevention in the Korean**. J Prev med public health; 2015.
- 22 Gonzales CM, Galán IR, Jacob MS, Dios JG. **Quaternary prevention: containment as na ethical necessity**. Na pediatri (Barc); 2014.

- 23 Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. **Quaternary prevention: reviewing the concept**. European journal of general practice; 2018.
- 24 Widmer D. **Care and do not harm: possible misunderstandings with quaternary prevention (P4): coment on “quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization”**. J Health Policy Manag; 2015.
- 25 Jamouille, M. **Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization**. Int J Jealth Policy Manag; 2015.
- 26 Modesto AAD. **Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares**. São Paulo: Rev bras med fam comunidade; 2019. 14(41): 1781.
- 27 Tesser CD, Norman AH. **Geoffrey rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção**. Interface (Botucatu); 2019. 23: e180435.
- 28 Pizzanelli M, Almenas QR, Pineda C, Cordero E, Taureaux N, et al. **Prevención cuaternária: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud**. Rev bras med fam comunidade; 2016. 11(2): 75-85.
- 29 Jamouille, M. **Prevenção quaternária: primeiro não causar dano**. Rev bras med fam comunidade; 2015. 10(35), 1-3.
- 30 Cardoso RV. **Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family**. Rio de Janeiro: Rev bras med; 2015. 10(35), 1-10.
- 31 Pizzanelli M. **¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo**. Rev bras med fam comunidade. Rio de Janeiro; 2015. 10(35): 1-7.
- 32 Mariño MA. **Incidentalomas: concept, relevance and challenges for medical practice**. Rev bras med fam comunidade. Rio de Janeiro; 2015. 10(35): 1-9.
- 33 Mangin D, Heath I. **Multimorbidity and quaternary prevention (p4)**. Rev bras med fam comunidade; 2015. 10 (35), 1-5.
- 34 Jamouille M, Gomes LF. **Prevenção quaternária e limites em medicina**. Rio de Janeiro: Rev bras med fam comunidade; 2014. 9(31):186-191.
- 35 Makary MA, Daniel M. **Medical error: the third leading cause of death in the US**. BMJ.2016; 353: i2139.
- 36 Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. **Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness**. APMIS.2014;122(8):683–689.
- 37 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. **Evidence based medicine: a movement in crisis?** BMJ. 2014;348:g3725.

- 38 Santos I. **Conflitos de natureza ética nos rastreios**. Saúde & Tecnologia. 2012; (7):5-8.
- 39 Weingarten M, Matalon A. **The ethics of basing community prevention in general practice**. J Med Ethics. 2010; 36(3):138-41.
- 40 Gérvás J, Pérez-Fernández M. **El fundamento científico de la función de filtro del médico general**. Rev bras epidemiol; 2005. 8(2): 205-18.
- 41 Tesser CD. **Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde**. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro; 2019. 17(2), e0020537.