



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

FRANCIELE FERREIRA DOS SANTOS

LAÍS MOURETE MACIEL

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E HUMANIZAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA
REDUZIR DANOS IATROGÊNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ARIQUEMES – RO
2024**

FRANCIELE FERREIRA DOS SANTOS

LAÍS MOURETE MACIEL

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E HUMANIZAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA
REDUZIR DANOS IATROGÊNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem o Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos.

**ARIQUEMES - RO
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S231p Santos, Franciele Ferreira dos.
Prevenção quaternária e humanização: estratégias para reduzir danos iatrogênicos na atenção primária à saúde. / Franciele Ferreira dos Santos, Laís Mourete Maciel. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, 2024.
42 f.
Orientadora: Profa. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos.
Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Enfermagem – Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2024.

1. Prevenção Quaternária. 2. Humanização. 3. Iatrogenia. 4. Enfermagem. 5. Atenção primária à saúde. I. Título. II. Maciel, Laís Mourete. III. Ramos, Elis Milena Ferreira do Carmo.

CDD 610.73

Bibliotecária Responsável
Isabelle da Silva Souza
CRB 1148/11

FRANCIELE FERREIRA DOS SANTOS

LAÍS MOURETE MACIEL

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E HUMANIZAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA
REDUZIR DANOS IATROGÊNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Enfermagem do Centro
Universitário FAEMA – UNIFAEMA como pré-
requisito para obtenção do título de bacharel
em Enfermagem

Orientadora: Prof. Ma. Elis Milena Ferreira do
Carmo Ramos.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS**
Data: 25/11/2024 22:24:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
UNIFAEMA

Assinado digitalmente por: **SONIA
CARVALHO DE SANTANA**
O tempo: 25-11-2024 23:12:51

Prof^a. Ma. Sônia Carvalho de Santana
UNIFAEMA

Documento assinado digitalmente
 **KATIA REGINA GOMES BRUNO**
Data: 25/11/2024 21:32:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Ma. Katia Regina Gomes Bruno
UNIFAEMA

ARIQUEMES – RO
2024

Dedicamos este trabalho aos nossos pais e avó, que sempre nos olharam com olhos de orgulho, e que, com seu amor e apoio incondicional, foram a base e inspiração em cada etapa desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus pois sem sua misericórdia e bondade nada disso seria possível, Ele quem nos deu forças para superar o caminho.

Aos nossos pais, avó e tios, deixamos a mais profunda gratidão. Vocês foram o nosso alicerce em todos os momentos, acreditando e nos incentivando a seguir em frente. Mesmo quando duvidamos de nossas próprias capacidades, vocês nos lembraram de nosso valor e nos mostraram o orgulho que sentem em cada uma de nossas conquistas e que durante toda a nossa jornada acadêmica não mediram esforços em nos ajudar. Sem o apoio incondicional, a compreensão e o amor que nos deram, nada disso seria possível.

Gostaríamos de expressar a nossa sincera gratidão à nossa orientadora Prof. Ma. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, cujo apoio e dedicação foram fundamentais para a realização deste trabalho. Agradecemos pela confiança depositada em nós, por cada palavra de encorajamento, pelas conversas de afeto e aconchego, pela paciência e orientação, tudo isso foi crucial para o desenvolvimento deste trabalho.

Somos gratas pelas professoras, as profissionais de excelência que moldaram nossos conhecimentos e contribuíram para evoluirmos não só como profissionais mas como ser humano, sem vocês nada disso seria possível.

Agradecemos as nossas amigas, que estiveram ao nosso lado, compartilhando momentos de angústia, ansiedade e também de felicidade, vocês tornaram essa jornada mais leve.

Por fim, a todos que fizeram parte desta caminhada, nosso mais sincero muito obrigada, cada gesto será guardado com carinho em nossos corações. Gratidão pela realização de mais um sonho!

"Primum non nocere". ("Primeiro, não causar dano")

– Hipócrates

RESUMO

A prevenção quaternária é a identificação de indivíduos em risco de tratamentos excessivos e desnecessários, com medidas para protegê-los de danos iatrogênicos. Os recentes avanços na medicina preventiva, o uso excessivo de tecnologias duras, aliados à forte influência dos interesses comerciais da indústria farmacêutica na produção de conhecimento médico e de saúde e à lacuna na grade educacional dos profissionais facilitam a sobremedicalização e seus subconceitos de diagnóstico, tratamento excessivo e rastreamento excessivo. Com isso, o objetivo deste trabalho é apresentar a prevenção quaternária em diversos cenários, evidenciando na atenção primária à saúde. A metodologia foi a revisão narrativa de literatura, de caráter descritivo e exploratório. As bases de dados foram SCIELO, BVS, LILACS e o repositório da biblioteca Júlio Bordgnion do Centro Universitário FAEMA- UNIFAEMA. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: Prevenção quaternária, Humanização, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde. Portanto, fica evidente a importância da implementação da prevenção quaternária em todos os níveis de assistência, em especial na atenção primária à saúde. No entanto, a concretização de sua implementação ainda enfrenta muitos desafios.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Humanização; Iatrogenia; Enfermagem; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Quaternary prevention is the identification of individuals at risk of excessive and unnecessary treatment, with measures to protect them from iatrogenic harm. Recent advances in preventive medicine, the excessive use of hard technologies, combined with the strong influence of the commercial interests of the pharmaceutical industry in the production of medical and health knowledge and the gap in the educational curriculum of professionals facilitate overmedicalization and its sub-concepts of diagnosis, treatment excessive and excessive tracking. Therefore, the objective of this work is to present quaternary prevention in different scenarios, highlighting it in primary health care. The methodology used was a narrative literature review, of a descriptive and exploratory nature. The databases were SCIELO, BVS, LILACS and the repository of the Júlio Bordgnion library at Centro Universitário FAEMA- UNIFAEMA. The Health Sciences Descriptors (DECS) used were: Quaternary Prevention, Humanization, Nursing, Primary Health Care. Therefore, the importance of implementing quaternary prevention at all levels of care, especially in primary health care, is evident. However, its implementation still faces many challenges.

Palavras-chave: Quaternary Prevention; Humanization; Iatrogenic; Nursing; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de prevenção	19
Figura 2- Método Clínico Centrado na Pessoa	31

SUMÁRIO

	1
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos	13
1.3 Hipótese	13
2. METODOLOGIA	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E Terciária.	15
3.2 QUARTO NÍVEL DE PREVENÇÃO EM SAÚDE: CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	17
3.3 A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DESAFIOS E CAMINHOS A SEREM SUPERADOS	19
3.3.1 A humanização como pilar essencial na prevenção quaternária	22
3.3.2 A reorientação das práticas na prevenção quaternária: o método clínico centrado na pessoa	27
3.3.3 Estratégia na reorganização curricular para o ensino da prevenção quaternária: educação permanente	32
3.3.4 Educação em saúde e a prevenção quaternária na atenção básica	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

O risco iatrogênico associado às intervenções clínicas, sanitárias e preventivas tem aumentado devido aos avanços tecnológicos da biomedicina, incutindo cada vez mais a atenção. Essa alarmante questão, levou médicos de família na Europa a sugerir uma nova concepção e uma inovadora abordagem com a finalidade de evitar danos iatrogênicos, nomeada Prevenção Quaternária (P4) (Tesser, Norman, 2021).

A prevenção quaternária surge da compreensão de que o cuidado em saúde clássico, fundamentado na definição clínica de doenças e em uma visão linear de sua evolução, ignora a vivência, as experiências e os conhecimentos dos indivíduos. Isso pode desencadear na desumanização e prejuízos na relação profissional e paciente. Ademais, os avanços científicos e tecnológicos ampliaram o conceito de prevenção e afunilam os limites entre saúde e doença, resultando na criação de doenças, pré-doenças e em uma busca incansável pelo tratamento precoce (Tesser, 2017).

A P4, em sua definição mais abrangente, é um conjunto de atividades e estratégias que visa reduzir complicações e consequências de excessivas intervenções em saúde, que muitas vezes resultam em procedimentos desnecessários e podem causar efeitos adversos aos clientes, propondo a eles alternativas eticamente aceitáveis. Ademais, a P4 se baseia em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade, na qual afirma que os benefícios de uma intervenção deve superar os possíveis riscos envolvidos, e o da precaução, que estabelece que a prioridade em saúde deve ser evitar danos (Ferreira, 2024).

A prevenção quaternária é fundamental na prevenção, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) por ser considerada a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e para os cuidados em saúde, produzindo um papel crucial no apoio na situação de saúde populacional (Tesser, Norman, 2019) (Nakata et al., 2020).

A APS, dentro de suas funções, tem como objetivo principal prevenir os problemas de saúde e identificar as necessidades da população, de maneira a melhorar a qualidade de vida dos atendidos. Ademais, a continuidade da assistência, a orientação para a comunidade, a gerência dos serviços, o foco nas

famílias e a interação com os pacientes, criam uma relação de confiança, favorecendo a continuidade do cuidado (Rasia et al., 2019).

Assim, o objetivo deste estudo foi apresentar a prevenção quaternária em diversos cenários, evidenciando na atenção primária à saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

A prevenção quaternária como abordagem essencial para evitar iatrogenias na Atenção Primária à Saúde, promovendo um cuidado mais humano e centrado nas necessidades dos pacientes.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Apresentar a prevenção quaternária em diversos cenários, evidenciado na atenção primária à saúde.

1.2.2 Específicos

- Descrever o conceito da prevenção quaternária;
- Desenvolver estratégias educativas para orientar como reconhecer e evitar práticas de saúde potencialmente iatrogênicas;
- Evidenciar estratégias da prevenção quaternária com foco na humanização do cuidado e no combate à iatrogenias na APS.

1.3 Hipótese

- A prevenção quaternária visa reduzir as iatrogenias derivadas de intervenções em saúde desnecessárias e excessivas aos pacientes.
- O obstáculo da implementação das práticas de prevenção quaternária se dá pela falta de conhecimento científico acerca dos danos provenientes das intervenções excessivas.
- O conceito de prevenção quaternária ainda é pouco conhecido dentro das atenções em saúde.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa para conclusão de curso, é oriundo de uma pesquisa de revisão narrativa de literatura, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Sendo assim, foram utilizadas bases de dados de cunho científico, a exemplo: base de dados do Google Acadêmico, SciELO, BVS, LILACS, Manuais do Ministério da Saúde. Na revisão de literatura, o autor deve efetuar uma busca meticulosa relacionado a temática abordada, garantindo que as fontes utilizadas sejam fundamentadas cientificamente. Dessa forma, o trabalho é desenvolvido com base no conhecimento já existente sobre o assunto. A pesquisa descritiva se concentra em descrever o tema e suas características, reunindo diversas informações sobre o assunto. Por outra perspectiva, a pesquisa exploratória visa aprofundar o entendimento, apanhando informações sobre tópicos pouco estudados e contribuindo para esclarecer ou reformular idéias e conceitos. Além disso, este modelo de pesquisa constitui-se na exploração e interpretação das obras publicadas, visando o reconhecimento dos novos segmentos que compõem a temática central da pesquisa e o aprimoramento (Lozada, Nunes, 2018). Os critérios adotados para inclusão das obras publicadas, seguiram os seguintes requisitos: materiais escritos na íntegra e online, nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se publicações que apresentavam os critérios: artigos que não correspondem à temática, artigos fora da delimitação temporal. A busca pelas literaturas ocorreu no delineamento temporal dos anos de 2012 a 2024. Porém, foram utilizados 03 materiais dos anos 2009, 2010 e 2011 pois são consideradas obras de alta relevância para agregar ao trabalho. Os descritores em ciências da saúde (DECS) utilizados foram: Prevenção quaternária, Humanização, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde. O total de materiais utilizados foram: 70 obras, divididos em: 61 artigos, 06 manuais, 02 dissertações e 01 livro.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA.

A história da saúde no Brasil foi inicialmente estabelecida por volta do século XIX, onde as organizações de filantropia e as santas casas de misericórdia organizadas por entidades religiosas, realizavam a assistência a pessoas necessitadas que careciam de atenção à saúde. Posteriormente, mediante intervenção política, os cuidados aos doentes se tornam restritos e limitados, voltados apenas para aqueles que contribuem à Previdência Nacional, ou seja, a comunidade profissional atuante, todos aqueles fora desta categoria eram vedados do sistema de saúde (Brasil, 2017).

Todavia, diante do cenário atual, diversas lideranças políticas, atores sociais, intelectuais e movimentos de sindicatos iniciaram as manifestações pela luta de um sistema de saúde com acesso universal, desta forma surgiu um dos maiores e mais complexos sistema de saúde pública mundial, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei n.8080 regulamentada no ano de 1990 (Fernandes; Sousa, 2020).

Desta forma o acesso ao sistema de saúde passou a ser direito a todo cidadão brasileiro, sem distinção de sexo, ocupação social, raça e demais características de caráter pessoal e social (Cobaito; Cobaito, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende ao maior sistema de saúde pública, no qual disponibiliza diversos serviços de saúde, desde o mais básico até procedimentos de alta complexidade, dispostos em diversos níveis de atenção em saúde, proporcionando uma atenção integral à saúde em todas as fases de vida, visando reabilitar, prevenir e promover a saúde da população (Brasil, 2016).

Sendo este sistema, organizado e estruturado por meio de diretrizes e normas, das quais asseguram o vigor contínuo do direito constitucional em que a saúde é direito de todos e dever do estado, conforme o Artigo 196, disposto pela Constituição Federal de 1988 (Flauzino; Angelinic, 2022).

O modelo estrutural é fundamentado através dos princípios doutrinários, dos quais se subdividem em: Universalidade, garante o direito à saúde a todo cidadão brasileiro, sem distinção de qualquer característica física, social ou ocupação profissional. Integralidade, considerando todas suas esferas biológicas, sociais e

mentais, a fim de atender às suas necessidades de forma integrada, garantindo a promoção, prevenção e recuperação das doenças. Equidade, onde o objetivo é atender o paciente de forma individualizada, priorizando suas necessidades específicas, de modo a diminuir as desigualdades (Fernandes; Sousa, 2020).

Além disso existem as diretrizes organizativas classificadas em: Descentralização, com foco na gestão decisória, onde transfere as responsabilidades de ações e serviços para as três esferas de poder, nível federal, estadual e municipal, a fim de que cada esfera esteja em condições administrativas para a implantação das políticas de saúde; Hierarquização, os serviços de saúde são classificados de acordo com suas complexidades, classificados em baixa, média e alta complexidade; e a Regionalização, a qual consiste na delimitação territorial (Solha, 2014).

Em consequência aos avanços na estruturação da sistematização das normas de saúde, em 2010, o Sistema Único de Saúde adotou como destaque na organização dos serviços de saúde, a Redes de Atenção à Saúde (RAS), publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde. Da qual foi implementada visando a organização dos sistemas de saúde, visando promover, restaurar e manter a saúde da sociedade (Tofani et al, 2020).

As Redes de Atenção à Saúde são estabelecidas através da identificação e resolução das demandas de necessidades em saúde de acordo com as singularidades epidemiológicas de cada comunidade (Mendes, 2011).

O conceito de Redes de Atenção à Saúde, é um conjunto de operações em serviços de saúde, que tem como princípio a organização, por meio de uma rede de gestão, da assistência do cuidado de forma integral e individualizada a cada paciente, contemplando os diferentes níveis de complexidade em ações de saúde. Buscando a promoção das atenções de forma humanizada, fortalecendo os princípios do nosso Sistema Único de Saúde, através da equidade, integralidade, universalidade e a participação popular (MS, 2010).

Dentro das Redes de Atenção em Saúde, evidenciamos a Atenção Primária em Saúde (APS), que se constitui como o pilar fundamental dentro do Sistema único em Saúde, sendo a porta de entrada para a inserção do usuário ao sistema. É dentro da Atenção Primária que ocorre a maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes durante seu período de vivência, pois a mesma, garante um atendimento acessível e longitudinal de forma individualizada e coletiva (OPAS, 2021).

A Atenção Primária em Saúde tem como propósito promover o acesso igualitário a todo ser humano, a fim de assegurar seus direitos previstos em nossa Constituição Federativa, através das práticas clínicas, promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos. Visto isso, se torna imprescindível as práticas voltadas a diminuir os danos à saúde relacionados às intervenções profissionais, como forma de prevenção quaternária (Brasil, 2020).

3.2 QUARTO NÍVEL DE PREVENÇÃO EM SAÚDE: CONCEITO DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária, também conhecida como P4, proposta pelo médico de família de comunidade belga Jamouille em 1999, posteriormente tendo sido oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003, foi definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamentos excessivos e desnecessários, para protegê-los de danos iatrogênicos (Norman, 2009).

O ideário da P4 de Jamouille, partiu dos níveis de prevenção primária, secundária e terciária propostos pelos epidemiologistas Hugh Leavell e Edwin Clark, na década de 70 (Souza, 2021). Em tese, a prevenção primária atua na prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de orientações específicas, por exemplo, a imunização; a secundária em detectar e interceder nos estágios iniciais de uma doença, a exemplo, os rastreamentos; e a terciária é focada em implementar medidas de reabilitação para patologias que já se manifestaram (Andrade, 2022).

Logo, a P4 é compreendida como um quarto e último nível de prevenção, protegendo o indivíduo quanto ao risco de adoecimento iatrogênico e sobretratamentos, devido ao excesso de intervenção em saúde, como a medicalização e os rastreamentos (Schopf, 2022). Nesse contexto, a prevenção quaternária deve ser evidenciada, pois atinge todos os níveis de prevenção clássica.

O conceito da prevenção quaternária também pode ser analisada à luz das reflexões do epidemiologista Geoffrey Rose sobre as medidas de prevenção. Distingue entre medidas redutivas com o objetivo da redução das exposições artificiais diárias, que visam a toda a população, que são claramente prejudiciais à saúde, como a redução do consumo de tabaco, gorduras saturadas, sal e agrotóxicos (Casagrande, 2022).

Já as medidas aditivas, envolvem o uso de medicamentos, vacinas e intervenções de rastreamento. Enquanto as medidas redutivas abordam de maneira global os determinantes sociais do processo saúde-doença, as medidas aditivas podem resultar em ações iatrogênicas — uma preocupação central para a P4 — sem oferecer um benefício significativo para a população (Andrade, 2022).

A P4 está relacionada com a responsabilidade da conduta do profissional de saúde em detectar usuários que estejam em risco de tratamentos excessivos e desnecessários, os quais podem causar mais danos do que benefícios à saúde. Esse propósito tem por meio ressignificar crenças e acalmar medos, a exemplo de frases como “quanto mais exames melhor”, zelando por esses indivíduos, os profissionais precisam resistir às pressões da cultura atual (Souza, 2021).

Afirma Jamouille, que a ideia do termo P4 surgiu durante uma aula de epidemiologia quando analisada a avaliação do médico, na presença ou não da doença, estar correlacionado com o paciente: 1) Paciente sente-se indisposto e o médico determina que ele está realmente doente; 2) Paciente sente-se bem, mas o profissional detecta problemas ou riscos. 3) O paciente sente-se bem e o médico determina que ele não está doente; 4) Paciente que não se sente bem, mas a abordagem médica não detecta doença (Modesto, 2019)

Nesse caso, a prevenção quaternária seria eficaz na quarta hipótese: prevenir “quaternariamente”, ou seja, proteger os indivíduos de novas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, ao não intervir em uma situação na qual a avaliação não constata doença ou necessidade de ação profissional específica, mostrado conforme a Figura 1. Se enquadrando, portanto, no exercício simultâneo de não-maleficência correlacionado com o pensamento de Hipócrates de “Primeiro não prejudicar ou fazer mal” (*primum non nocere*), cuja finalidade é reduzir potenciais iatrogenias (Andrade, 2022).

Figura 1 - Tipos de Prevenção



Fonte: Elaborada pelas autoras (2024).

3.3 A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DESAFIOS E CAMINHOS A SEREM SUPERADOS

O conceito da prevenção quaternária foi proposto e desenvolvido primeiramente pelo segmento da categoria médica. No entanto, é notório a necessidade da extensão do conceito a outros profissionais de saúde devido a demanda incalculável e saudável de trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família, descentralizando na atenção primária à saúde, o cuidado da intervenção médica como o fator medicalizante, pelo intermédio do trabalho da equipe multiprofissional (Norman, 2009).

Nesse contexto, vale destacar o papel central do enfermeiro na ESF, como profissional que se sobressai pela liderança e exerce uma influência significativa sobre os colegas (Schopf, K. et al., 2022).

A necessidade de um diagnóstico clínico leva os indivíduos a procurarem, de forma contínua e muitas vezes desnecessária, os serviços de saúde. Isso resulta no uso excessivo de tecnologias médicas e pode, eventualmente, converter fatores de risco em doenças. Para os profissionais de saúde, a pressão social por um diagnóstico muitas vezes resulta em sobrediagnósticos e tratamentos extremos, em indivíduos

assintomáticos, ocasionando os falsa sensação de proteção, que geralmente não oferecem benefícios aos pacientes e podem até causar danos ao paciente (Idem,2022).

A utilização de tecnologias duras no trabalho em saúde tem se tornado cada vez mais frequente. Um exemplo claro do uso de tecnologia desnecessária, cara e prejudicial é a dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) no rastreamento do câncer de próstata. Apesar de ser solicitado e incentivado pela indústria biomédica, estudos sólidos com mais de cem mil participantes descobriram que o rastreamento com PSA pode ocasionar em disfunção erétil ou incontinência, sem oferecer qualquer redução na mortalidade dos homens rastreados (Depallens, 2020).

O termo medicalização é o processo pelo qual questões que anteriormente não eram consideradas, definidas ou tratadas como problemas passam a ser vistas dessa forma, usualmente como doenças ou transtornos. A medicalização ocasiona a iatrogenia clínica, iatrogenia social e cultural. A iatrogenia cultural refere-se à diminuição da capacidade das pessoas e comunidades de lidar com a maioria dos sofrimentos, dores e doenças que fazem parte da vida (Norman, Tesser, 2020).

Por sua vez, a iatrogenia social, que está ligada à cultura, refere-se ao aumento de comportamentos mais passivos em relação à saúde, resultantes da medicalização. Ambas importantes para uma dependência crescente dos serviços de saúde, especialmente da atenção primária à saúde (APS) (Norman, Tesser, 2021).

A sobremedicalização é definida como o conjunto de intervenções médicas que trazem mais danos à saúde do que benefícios, englobando também os (sub) conceitos de sobrediagnóstico, sobretratamento e sobrerastreamento. Um exemplo de sobremedicalização seria a prescrição de um medicamento para redução de colesterol em uma pessoa jovem e saudável (Depallens, 2020).

Dentro desse contexto podemos citar os usos exacerbados de psicotrópicos na APS. Está se tornando cada vez mais comum a abordagem clínica simplista e redutora em frente ao sofrimento psíquico, logo os profissionais acabam ignorados os efeitos complexos dos medicamentos, e receitam os mesmos sem considerar a abordagem qualificada, dinâmica e subjetiva, considerando todas dimensões do sujeito para que assim construa uma plano terapêutico personalizado (Souza, 2024).

Portanto, é necessário o olhar diferencial do profissional nas suas interpretações clínicas, para evitar diagnósticos de transtorno mental em pacientes

que sofrem por questões de vida. Diagnósticos e tratamentos excessivos podem estigmatizar o paciente e levar à dependência de medicamentos, causando danos biológicos, sociais, culturais e psicológicos. O profissional deve buscar promover a humanização ao paciente, por meio de abordagens terapêuticas que visam a subjetividade e a participação no processo de enfrentamento ao sofrimento (Moreschi, 2018).

Retomando, o termo de sobrediagnóstico ocorre quando indivíduos recebem um diagnóstico correto de uma doença, mas não apresentam sintomas e não acarreta riscos à vida no futuro devido a essa condição (Tesser; Norman., 2019).

Na APS, ponto de entrada ao sistema único de saúde e essencial para a integração comunitária, todos os profissionais têm a propriedade de contribuir para a desmedicalização. Abrangendo, os membros dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que trabalham em colaboração com as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Saúde Bucal (eSB). O Nasf-AB, ao prestar assistência direta aos usuários, também desempenha um papel importante na prevenção dos efeitos do excesso de intervenções médicas (Souza, 2021).

Nas equipes de Saúde da Família (eSF), é comum a prática de excessivas medidas preventivas e diagnósticas, o que leva a intervenções que podem aumentar ainda mais a demanda nos serviços de saúde. Essas ações são influenciadas pelo marketing das indústrias farmacêutica e biomédica, promovendo a busca excessiva por uma vida longa e saudável, muitas vezes acompanhada de sacrifícios e responsabilidades, resultando em uma dependência do atendimento profissional (Schopf K, Vendruscolo C, Silva CB, et al., 2022).

Outrossim, um dos principais malefícios da prevenção da doença é a patologização dos fatores de risco. A indústria farmacêutica conseguiu convencer tanto a população quanto muitos profissionais de saúde de que um fator de risco deve ser tratado como uma doença, transformando um simples indicador—que muitas vezes não é nem mesmo relevante, exceto em casos extremos—em algo que necessita de intervenção. Isso deve ser sempre analisado em relação a diversos outros fatores, especialmente através de uma consulta médica atenta e empática. (Oliveira, Reis, 2012).

Gross et al. (2016) destacam que a efetivação da P4 na APS pode ser prejudicada pela falta de formação adequada dos profissionais e pela fragilidade das

políticas de educação continuada. Nesse contexto, é fundamental que os profissionais compreendam o conceito, os objetivos e as finalidades da P4. Ademais, sugerem que essa abordagem seja incorporada nos currículos de formação em saúde, visando uma mudança de atitude dos profissionais diante da influência de diagnósticos e prevenções desnecessárias, das tendências passageiras e da pressão da indústria farmacêutica.

Logo, a APS representa o nível de atenção que, no processo de cuidado, emprega tecnologias relacionais focadas na construção de vínculos, promoção da autonomia, acolhimento e menor uso de tecnologias pesadas. Isso visa reorientar a prática clínica e diminuir as iatrogenias na atuação da equipe de saúde, alinhando-se aos princípios da prevenção quaternária (Maciel; Santos; Prado, 2020).

3.3.1 A humanização como pilar essencial na prevenção quaternária

O modelo biomédico presente atualmente dentro das intervenções em saúde, foi fundamentado no período que rege ao Renascimento, através dos movimentos de exploração marinha, advinda das navegações dos impérios portugueses e espanhóis, na qual possibilitou a criação de mecanismos técnicos e operacionais de pesquisa, levando ao desenvolvimento de novas práticas medicinais, destacando-se a comparação ao relógio e suas engrenagens, representando o corpo humano e suas peças fundamentais (Mendes, 2018).

Este modelo configura-se em estratégias de cuidados de caráter reducionista, pois ele está voltado a práticas padronizadas de forma tecnicista, onde o paciente, encontra-se limitado frente a sua patologia, abstraindo todas as outras dimensões do processo de adoecimento. Esta realidade, se faz presente, em consequência ao padrão do desenvolvimento do saber, durante o período de qualificação profissional, centrado no modelo biomédico (Raimundo; Silva, 2020).

Destarte, o sujeito passa a ser interpretado apenas como foco em sua doença, sendo considerado como um objeto que necessita de reparo em suas falhas biológicas, desumanizando o ser humano, fragmentando o seu corpo e eliminando todas as outras esferas do processo saúde - doença (Terra et al, 2019).

Tal abordagem reducionista e limitada, quando se faz presente dentro do cenário da Atenção Primária em Saúde, acabam centrando a figura apenas curativa, resultando em uma visão metodológica e padronizada. Como já destacado, o processo saúde e doença é frequentemente limitado sob a perspectiva biológica,

suprimindo os fatores complementares, fatores estes que visam a subjetividade de cada paciente, negligenciando a complexidade humana em todas as suas dimensões (Raimundo; Silva, 2020).

Quando o modelo é implementado dentro das Unidades Básicas de Saúde, a relação dos profissionais de saúde com o paciente volta-se apenas às intervenções em saúde, através dos procedimentos e técnicas, por meio dos protocolos regidos pelo ministério de saúde. Em consequência a este sistema, os pacientes passam a retornar com frequência às unidades, a fim de serem atendidos, submetidos a tratamentos que não resolveram suas objeções, somente trará medidas paliativas em que diminuirá suas queixas (Mendes, 2018).

Por conseguinte, o Sistema Único de Saúde, promoveu uma mudança na dinâmica entre os profissionais de saúde e a população, a fim de atender melhor suas necessidades. Dentro dos princípios básicos organizativos e doutrinários desenvolvidos pelo SUS, a integralidade se faz presente, da qual direciona para ações que visam atender as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção, e nas diferentes análises do processo saúde-doença, atendendo as diversas dimensões da assistência em saúde (Lemos et al, 2020).

A APS, constitui-se em uma estratégia fundamental para a consolidação dos princípios desenvolvidos pelos SUS anteriormente citados. Permitindo a transformação do modelo biomédico, centrado na figura curativa, para as práticas em saúde que visam atender as necessidades da comunidade, conforme a integralidade dos sujeitos. Possibilitando tecnologias de saúde, que visam a autonomia e proporciona saúde através dos diversos aspectos que fundamentam o funcionamento do corpo e mente humana (Rodrigues et al, 2023).

Contudo, mesmo que os princípios e diretrizes estejam fundamentados e estabelecidos, ainda encontra-se grande dificuldade em transposição dos preceitos desenvolvidos para a realidade. Visto que, a predominância do modelo biomédico, centrado nas práticas curativas da doença, evidencia um cenário de iniquidades, ineficiências e desagrado popular, dentro dos ambientes constituídos pelo Sistema Único de Saúde, em diversas áreas em nosso país (Souza et al, 2021).

Em consonância ao modelo anteriormente citado, retomamos o conceito da subjetividade dos sujeitos, voltada a teoria da complexidade, promovida pelo pensador da época, Edgar Morin. Em 1980, Edgar Morin voltou-se para os estudos conceituais

que envolviam a psicanálise, a informática, a cibernética e a biologia, pois acredita-se que são os pilares da epidemiologia social dos quais fundamentam a humanidade, buscava-se portanto, entender a complexidade humana em todas suas vertentes (Rebouças, 2021).

Em sua obra Morin preocupa-se em desvendar a complexidade dos fenômenos globais recorrendo ao movimento dinâmico das observações, sendo fundida em meio ao contexto histórico regido pelo movimento cartesiano, do qual analisava as partes do objeto de forma simplista, reduzindo-as e somente depois fazia a síntese final. Morin, inconformado com este ideal, tomou forma ao modelo da complexidade, dispondo que os fenômenos biológicos, físicos e sociais devem estar adstritos, por meio de uma visão sistêmica, onde todas as partes interagem entre si (Medeiros; Santos, 2019).

Morin, busca em seu conhecimento criticar a desintegração dos fatores que compreendem a humanidade e seu meio externo, salientando a necessidade da junção das partes e sua ligação, por meio do diálogo. É irreal considerar a complexidade do ser humano apenas por ângulos limitados e simplistas. Todavia deve-se fomentar a consciência das partes do objeto sobre o todo e assim vice-versa, a fim de se gerar a deslocação contínua da produção do saber (Lima et al, 2023).

Sumariamente, para o filósofo, os fenômenos dos quais foram explanados correspondem a um “tecido junto”, “Um entrelaçamento inseparável, o tecido do conhecimento a partir de constituintes heterogêneas”. Um sistema complexo, buscando não somente elucidar, mas instigar o conhecimento de cenários complexos, dentro das mais diversas ocasiões (Medeiros; Santos, 2019).

Dessa maneira, considerando a multidimensionalidade, ao olhar para o sujeito social, reconhecemos além de seu físico biológico, considerando o todo, utilizando a ótica transdisciplinar, integrando todas as partes e suas dimensões, em que, por meio da ligação dos saberes, e entrelaçamento dos subsistemas, pode-se unir o todo (Ribeiro; Candido, 2021).

Entende-se, portanto, que a saúde é constituída por meio de diversos saberes que necessitam ser compreendidos, para que assim se haja o entendimento dos processos de saúde-doença. O mesmo não se resume apenas pelo fator patológico, mas é constituído pela interação do indivíduo, meio ambiente e sociedades, dos quais se conectam, se tornando intrínseco. (Cabral, et al, 2020).

Assim, é válido salientar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 1999, visando restaurar os processos de serviços em saúde hospitalar. Todavia, por volta de 2003, onde houve uma mudança no que tange os aspectos humanísticos dos serviços de saúde, logo após a reestruturação da Secretaria Executiva, pertencente ao Ministério da Saúde, a Política de Humanização passou ser intitulada como a “Política Nacional de Humanização (PNH)”, comumente conhecida como “Humaniza SUS” (Freitas, 2022).

Ao passo que o antigo Programa Nacional de Humanização Hospitalar, apontava para as boas práticas em saúde voltadas para o ambiente hospitalar, a atual PNH trouxe uma ótica ampliada dos conceitos de humanização. Alicerçando seus princípios e diretrizes como primazia em todos os aspectos do SUS. Buscou-se, portanto, reduzir os problemas no enfrentamento ao acesso universal ao Sistema de Saúde Pública do Brasil e enfatizar o valor dos prestadores de serviços em saúde, fortalecer o vínculo do usuário, trabalhador e gestor (Amorim, 2020).

Os prestadores de serviços compreendem-se na interligação dos serviços no âmbito da saúde aos usuários, sendo importantes para a implementação da PNH, assegurando seu acesso à população, disposto em suas diretrizes norteadoras (Furlan; Silveira; Amaral, 2020). Em relação aos gestores, os mesmos atribuem-se em fomentar a criação e efetivação das políticas públicas em saúde, embasando-se nos pilares constituintes da humanização e da integralidade do sistema (Moreira, 2021).

Portanto, a Política Nacional de Humanização buscou indagar o modelo biomédico, do qual voltava-se para a centralização do profissional médico dentro das atenções em saúde. Desta forma, a PNH fragmentou a centralidade dos processos de saúde, através da tríplice inclusão, onde se institui de forma conjunta e dependente os três atores sociais: usuários, trabalhadores e gestores. Estabelece o vínculo entre elas, a autonomia no processo decisório dos usuários para com o sistema de saúde, incluindo gestores e profissionais mutuamente (Amorim, 2020).

Em suma, humanizar constitui-se em valorizar os sujeitos mediante ao cuidado mútuo, pelo esmero diante do sofrimento humano, buscando entender suas singularidades e respeitando-as. Na saúde constitui-se por diversos parâmetros como: O diálogo através da comunicação; escuta qualificada; acolhimento; o vínculo e compromisso da tríplice inclusão; compartilhamento dos conhecimentos; ambiente

acolhedor; garantia dos direitos constitucionais dos sujeitos; a corresponsabilização no processo decisório de gestão e terapêutico; e a clínica ampliada (Freitas, 2022).

O desenvolvimento da humanização se tornou crucial dentro do cenário da saúde, visto que, estimula a relação entre trabalhadores em saúde juntamente com o usuário por meio do processo terapêutico, possibilitando a interação entre profissional-paciente. Esta aproximação enriquece a segurança e confiança do usuário para com os profissionais, diminuindo a angústia e preocupação frente ao sofrimento acometido pelo paciente (Marques et al, 2021).

No que tange à Atenção Primária em Saúde, humanizar se faz essencial, pois é a APS que estabelece o primeiro contato do usuário nas atenções em saúde e o acompanhamento longitudinal. No processo de tomada de decisões, é indispensável que a relação humanizada com o paciente se faça presente por meio do acolhimento, instituído em todas as atenções em saúde para nortear o processo de comunicação entres os atores sociais, visando o atendimento das necessidades do usuário, garantindo maior efetividade no processo saúde - doença (Furlan; Silveira; Amara, 2020).

O acolhimento surge como diretriz operacional, estabelecido pelo Sistema Único de Saúde, por meio da Política Nacional da Humanização, como também nas normas da Atenção Primária à Saúde. Das quais garantem a inclusão dos usuários, a co-responsabilidade no processo decisório integrando o usuário e a equipe, a eficácia no atendimento às demandas de saúde, o desenvolvimento de projetos voltados à terapia de forma integral e individualizada (Câmara et al, 2023).

Tendo em vista essa concepção, o acolhimento é estabelecido como eixo fundamental dentro das Unidades Básicas em Saúde, delineado por fundamentos técnicos, humanos e éticos, dos quais permitem a re colocação do modelo hierárquico focado no profissional médico para o modelo voltado a equipe multiprofissional, organizada de forma horizontal (Dourado et al, 2022).

Ademais, o caderno da Atenção Básica de nº28, do qual aborda sobre o acolhimento à demanda espontânea, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, discorre que acolhimento proporciona a otimização do tempo, pois o mesmo permite a reorganização dos objetivos e as prioridades referente às necessidades de saúde de cada paciente, contribuindo para o tratamento contínuo e o retorno do paciente à unidade (Melo et al, 2022).

Visto isso, dentre os conceitos abordados, fica evidente que a estruturação do acolhimento permite às equipes da Atenção em Saúde desenvolver as práticas de prevenção quaternária, com o intuito de mitigar os danos derivados das práticas de intervenções em saúde, por intermédio da escuta efetiva, validando o universo do paciente e entendendo suas preocupações, possibilitando assim um atendimento integral, e o acordo mútuo no manejo terapêutico, evitando ocasionar iatrogenias futuras (Capobianco, 2015).

3.3.2 A reorientação das práticas na prevenção quaternária: o método clínico centrado na pessoa

No tocante a relação harmoniosa e a resolutividade das necessidades dos pacientes de forma individualizada e integral é imprescindível relatar sobre o método clínico centrado na pessoa a fim de mitigar ações que acarretam em danos à saúde. As literaturas relatam que o primeiro indício conceitual do termo, foi realizado em 1970, na Inglaterra, realizado pelo Michael Ballint e outros autores através de estudos focados nas práticas clínicas dos médicos durante as consultas, para analisar a linguagem e estilos nas entrevistas (Andrade, 2021).

Através da consulta é estabelecido o diagnóstico e o manejo terapêutico. Conseqüentemente se faz necessário um atendimento resolutivo, alicerçado nos parâmetros multidimensionais dos sujeitos, culturais, religiosos, psicológicos, sociais, educacionais. E para isso é essencial utilizar o Método Clínico Centrado na pessoa (MCCP), pois o mesmo fomenta a importância da inclusão do usuário nos processos decisórios validando-o e destacando sua importância (Alcântara; Moraes, 2023).

O (MCCP) transforma a abordagem ao paciente. Onde, o cuidado ao paciente é realizado considerando seu entendimento sobre a “experiência da doença” por parte do paciente. Assim, substitui-se o termo “doença” por “motivo da consulta”, uma vez que, nem sempre os usuários procuram por atendimento devido a um quadro patológico, precisa-se considerar o motivo por trás das solicitações de exames, procedimentos e medicalização, identificando o que esse pedidos significam para o paciente, o real interesse do paciente em buscar o atendimento (Stewart, et al, 2017).

O cuidado centrado na pessoa consiste em compreender não somente a patologia envolvendo o paciente, mas sim todos os aspectos que se relacionam ao mesmo, buscando envolver sua compreensão da doença, seus temores e anseios, as

diversas morbidades, os fatores de riscos, os determinantes e condicionantes em saúde, onde o olhar ao paciente é longitudinal, ressignificando o conceito de saúde de forma individualizada (Andrade, 2021).

Em uma das diretrizes da PNH temos o conceito da clínica ampliada e compartilhada, criada pelo Ministério da Saúde em 2003 como instrumento de trabalho das equipes da Atenção Básica, sobretudo do NASF e da ESF. Com o objetivo de auxiliar a conduta clínica do adoecimento e do sofrimento, que pondere a singularidade do indivíduo e a complexidade do processo saúde/doença. Permitindo, deste modo, o enfrentamento do fracionamento do conhecimento e das práticas de saúde e seus respectivos danos e ineficiência (Roeh, Prazeres, 2022).

Sob esse viés, no contexto da ESF, a assistência executada de maneira integrada pela equipe multiprofissional à população, possibilita um diagnóstico amplo das necessidades de saúde. Dessa forma, favorecendo a implementação de medidas resolutivas e qualificadas que fortalecem o trabalho em equipe e favorecem a ruptura das práticas centradas no profissional médico nos serviços de saúde (Brito et al, 2018).

Outrossim, é notório que muitas vezes os pacientes buscam por atendimentos em saúde devido a preocupações e ansiedade relacionados a sua saúde, onde, devido suas bagagens pessoais com experiências negativas, acabam desencadeando o medo profundo ao desenvolvimento de doenças (Schopf et al, 2021).

Posto isso, os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família devem se atentar ao tipo de abordagem ao usuário, indo além dos preceitos envolvidos no riscos e benefícios referentes a um procedimento ou conduta profissional, com intuito de reduzir as iatrogenias por intervenções excessivas (Depallens et al, 2020).

Dentro da MCCP existem elementos que orienta a abordagem profissional frente ao paciente: 1) Explorando a experiência da doença do usuário: Os sentimentos, ideais e expectativas, avaliação clínica (anamnese, exame físico); 2) Compreender o indivíduo em sua totalidade, sociais, culturais, pessoais; 3) Criação em conjunto do plano terapêutico, ou manejo das necessidades, avaliando em conjunto o objetivos e prioridades; 4) O vínculo entre profissional e paciente. Garantindo maior efetividade frente aos anseios do paciente (Wanderley et al, 2020).

O vínculo e a confiabilidade constitui-se como sendo indispensável no relacionamento entre profissional e paciente durante o processo de decisão na prática clínica. Tal relação, é intrínseca na Atenção Básica em Saúde, pois através dela é desenvolvida a empatia e afeto entre os indivíduos (Ferreira et al, 2020).

Outra grande ferramenta elementar para a execução da prevenção quaternária é a comunicação. Compreende uma ferramenta tecnológica suave mas de grande eficácia, permitindo o vínculo no relacionamento entre profissional e usuário, através da escuta e a construção de interesse pelas partes (Depallens, et al, 2020).

Desta forma, o profissional deve utilizar de forma minuciosa uma linguagem apropriada a cada paciente ou comunidade, se adequando a sua realidade, considerando seus aspectos culturais, assim, o paciente se sentirá acolhido, e toda as informações serão passadas ao paciente sem ruídos e interferências, garantindo que as dúvidas referentes ao processo do cuidado sejam cessadas de forma tranquila e coesa (Norman, 2015).

Em contrapartida, quando o profissional de saúde opta pela imposição do seu saber, e volta-se apenas aos protocolos padrões, deixando de lado a integração da singularidades dos sujeitos para a construção do modelo humanístico no processo do cuidar, acabam distanciando o usuário, acaba-se configurando em uma figura autoritária e controladora (Depallens, et al, 2020).

Com isso, ao se manifestar este tipo de relação unilateral, considerando apenas o saber médico baseado em seus protocolos e diretrizes, não considerando os aspectos subjetivos como sociais, psicológicos e entre outros, acaba-se voltando exclusivamente à patologia em si. Utilizando por muitas vezes tecnologias ou medicamentos invasivos que levam a danos ao pacientes (Mendes, 2012).

Ademais, está se tornando cada vez mais incidente os números de usuários que chegam até a unidade básica em saúde, com poliqueixas mas sem a doença instaurada. Neste cenário, os profissionais de saúde precisam direcionar suas abordagens nos fundamentos da P4, para decifrar as queixas dos pacientes de forma resolutiva, sem estabelecer diagnósticos e medicalização que levam as iatrogenias (Tesser; Norman, 2021).

Desta forma, os sujeitos buscam pelo aumento da qualidade em sua saúde, por meio de práticas intervencionistas, através dos exames complementares e de rastreios, assim como medicamentos, pois admite como verdade que tais práticas

levam a cessação de suas necessidades, sejam físicas, mentais, sociais. Corroborando pelo aumento da lucratividade dos mercados da saúde ao consumir seus produtos (Attena, 2019).

Assim, de acordo com Capobianco (2015), responsabilizar as indústrias farmacêuticas pelo grande consumo dos farmacológicos é “culpar a máfia pelo uso de drogas ilegais”. A cultura voltada para a utilização recorrente dos produtos, limitam o sujeito e voltam-se à negociação da sua própria saúde. Como também os procedimentos para pessoas que se encontram sem doença, seja pelo requerimento de radiografias ou PSA em usuários sem nenhum sintoma e fatores que justifiquem tal solicitação.

Esta concepção enraizada em nossa sociedade está fortemente interligada aos processos de intervenções em saúde, que ditam que “quanto mais, melhor” (Moynihan, 2023).

Como resultado, os pacientes acabam desenvolvendo quadros de dependência, querendo sempre mais e mais exames por acreditarem ser o único meio de acompanhar a qualidade da saúde. Colocando em riscos a qualidade de sua saúde ao serem submetidos a procedimentos de caráter preventivo por vezes desnecessários. Este quadro retrata a lei desenvolvida por Julian Hart, do qual é denominada como “A lei dos cuidados inversos (LCI)”, discorre sobre a grande demanda pelos serviços em que contrapartida não são distribuídos a todos, refletindo a triste realidade do nosso sistema saúde (Gervás; Fernández, 2016)

A LCI, foi desenvolvida em 1971, com o pressuposto de que os serviços prestados no âmbito da saúde, tendem a sofrer variações contrariamente às necessidades da comunidade a depender da demanda dos serviços. Implicando na “equidade inversa”, onde os procedimentos em saúde voltam-se a uma pequena parcela da população, em consequência ao uso exacerbado pelos usuários de forma repetitiva, causando iniquidades no cenário da saúde (Tonelli et al, 2022).

Logo, os profissionais devem redirecionar suas condutas clínicas, entendendo o porquê dos pedidos do paciente, antes de impor qualquer decisão profissional. Entender qual motivo levou o paciente a essa solicitação, se existe algum medo em relação a possível doença seja por influência das redes sociais ou por ter visto alguém próximo acometido pela doença, ou se existe algo encoberto pelo paciente, do qual

não consiga expressar. Permitindo ao profissional fundamentar suas ações para que as mesmas voltem à prevenção quaternária (Barbosa et al, 2021).

Assim, podemos utilizar como ferramenta norteadora na prática clínica, o método “SIFE”, que compõem o MCCP. Esta ferramenta avalia: Sentimentos, Ideias, Funcionamento e as Expectativas do paciente. 1) Os sentimentos em relação ao incômodo/problema atual; 2) Quais ideais o paciente possui sobre o seu cenário atual; 3) Como esse vivenciamento de seu problema está afetando sua rotina; 4) Quais expectativas o paciente possui na escolha do manejo na conduta clínica frente ao problema. Ao seguir estes questionamentos o profissional irá coletar informações que irão subsidiar sua conduta de forma compartilhada com o paciente em questão, representada a seguir pela figura 2. (Stewart et al, 2017).

Figura 2 - Método Clínico Centrado na Pessoa



Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Ao se deparar com pacientes que não são adeptos a não realização dos exames e medicalização, se faz necessário a reestruturação da abordagem na argumentação. Os profissionais devem comparar os riscos x benefícios, ao contrapor a ciência que mostra os danos das intervenções e seu valor atribuído como custo, por outro ângulo, os benefícios que os mesmos podem trazer. Desta forma, cada atendimento terá sua conduta individualizada. Contudo, se as evidências

demonstrarem mais malefícios deve-se dizer "não" ao pedido paciente (Barbosa et al, 2021).

Assim, o plano terapêutico deve ser construído de forma conjunta ao paciente por meio da corresponsabilidade na decisão terapêutica, fundamentada nos princípios da PNH. Garantir a autonomia do paciente no processo decisório é estabelecer um vínculo estável e de confiança entre profissional/paciente. Ambos tem estar satisfeitos neste processo seja o paciente entendendo que a não realização dos exames é pela saúde do mesmo evitando danos a ele, ou ao profissional "cedendo" o pedido ao ver que existem mais benefícios do que malefícios (Alcântara; Moraes, 2023).

Além disso, dentro da ESF, existe o plano de cuidado centrado no seguimento longitudinal através da 'demora permitida'. A demora permitida consiste, após a análise das necessidades do paciente e assim descartados os indícios de alerta, em não realizar ou até mesmo retardar as intervenções em saúde que podem acarretar danos aos pacientes. Com isso, é elaborada uma rede de segurança, o paciente é acompanhado e em caso de agravamento ou alterações diante dos sintomas ele pode regressar ao atendimento e assim redefinir o plano terapêutico (Norman, 2015).

No que tange a prevenção quaternária, a 'demora permitida' pode ser utilizada como uma estratégia para evitar ou adiar intervenções iatrogênicas e medicalizantes durante o plano de cuidado, visando a proteção da saúde e bem estar do paciente (Antunes, 2024).

Em síntese, cabe aos profissionais de saúde da UBS, conscientizar a comunidade acerca dos grandes danos à saúde ocasionados pelas intervenções excessivas, feitas de forma imprudente e sem indicações científicas. Nota-se os grande números de pacientes submetidos a terapia medicamentosa exacerbada, acarretando em pacientes antes saudáveis para pessoas doentes, evidenciando a iatrogenia constante. É válido ressaltar que a quantidade dos exames realizados não são sinônimos de um melhor acompanhamento em saúde (Depallens et al, 2020).

3.3.3 Estratégia na reorganização curricular para o ensino da prevenção quaternária: educação permanente

Assim como outras práticas contra-hegemônicas, a implementação da prevenção quaternária enfrenta diversos desafios. Para os profissionais da saúde, na maioria das vezes, é difícil recusar uma solicitação do paciente, tendo que enfrentar o

medo de perder um diagnóstico importante ou de não agir sobre algo que poderia ser grave ou até letal (Gervas et al, 2019).

Segundo Andrade et al., (2021), esses entraves podem evidenciar uma lacuna de capacitação para lidar com dúvidas e inquietações tanto dos pacientes, quanto das próprias. Além de um aumento da demanda de trabalho para poucos profissionais para executá-las. Fica evidente, portanto, que a P4 exige uma ponderação avaliativa, tanto da gerência dos serviços de saúde como dos profissionais de saúde, sobre o manejo e medidas adotadas na prática clínica.

Em suma, propõe-se o aprimoramento do método de trabalho com a implementação de boas práticas de trabalho diante das diversas tendências intervencionistas danosas à saúde populacional. Dessa forma, os profissionais, em conjunto, poderão identificar, conforme suas experiências diárias, cenários relacionados à lacuna da P4. Utilizando estudos científicos de qualidade, por meio da Prática Baseada em Evidências (PBE), norteando a prática clínica e que deve estar presente constantemente nos serviços de saúde (Souza, 2021).

É essencial uma assistência de excelência que vá ao encontro das demandas dos indivíduos. Para isso, é fundamental que os envolvidos no processo de produção de saúde compreendam os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da prática centrada no paciente. Essas informações, permitem a possibilidade da implementação dessas diretrizes aconteça conforme os ideais que foram propostos em sua concepção (SILVA, 2019).

Outrossim, o acolhimento representa um desafio constante para a implantação da PNH. Ficaram evidentes falhas realizadas tanto por profissionais de saúde quanto pelos gestores, especialmente devido à prevalência do modelo biomédico nas práticas profissionais. O ponto de vista dos gestores e trabalhadores sobre o acolhimento se baseava principalmente em ouvir o cliente e orientá-lo, o que demonstra uma compreensão inadequada do processo, ressaltando a necessidade da fomentação de novos conhecimentos (Freitas, 2022).

Para Rézio et al., (2022), um importante atenuante da aprendizagem é a educação permanente em saúde, quando problematiza a prática profissional habitual. Nessa perspectiva, a aplicação da educação permanente em saúde na implementação da PNH, requer a identificação e transformação nas práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde e gestores (Borges et al., 2019).

Assim, imagina-se a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada e clara dos diferentes níveis de prevenção, considerando que, na prática, muitas vezes não se conseguem identificar suas particularidades, especialmente no que diz respeito à prevenção quaternária, que frequentemente carece de um esclarecimento adequado (Maciel, Santos, Prado, 2020).

3.3.4 Educação em saúde e a prevenção quaternária na atenção básica

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2018, a promoção à saúde é um conjunto de critérios voltados para a produção de saúde individual e coletiva. A partir da abordagem multidisciplinar e integrada permite ações que atendam às necessidades de saúde de uma sociedade em um determinado território. Para os indivíduos considerados saudáveis e sem sintomas clínicos, é essencial implementar ações de prevenção primária e promoção de saúde (Souza, 2021).

Portanto, a prática educativa em saúde atual deve focar no desenvolvimento da autonomia e responsabilidade da pessoa em relação ao seu cuidado. É fundamental abandonar métodos autoritários de transmissão de conhecimentos, atualizando-os por trocas interpessoais e diálogos que incentivam uma análise criteriosa da realidade. (Brito; Mendes; Neto, 2018).

Em síntese, propõe-se expandir os mecanismos educacionais, incluindo a formação e orientações em saúde voltadas tanto para a população quanto para os gestores de instituições de ensino e serviços de saúde. Isso é essencial para que tenham acesso a informações qualificadas e capacitação no ensino das práticas de prevenção quaternária e estratégias para enfrentar os problemas de saúde, com base no entendimento da comunidade sobre a P4 e os danos decorrentes de exames, rastreamento e a medicalização excessiva nas Atenções em Saúde (Almenas et al., 2018).

Nesse sentido, é importante considerar que a realização de campanhas, fóruns, eventos científicos e outras iniciativas de divulgação para profissionais e comunidades podem ser uma estratégia eficaz para disseminar o conhecimento sobre a prevenção quaternária e preencher as lacunas existentes nas APS (Pausch, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a prevenção quaternária, também denominada de p4, surge como um grande marco dentre as medidas preventivas. Permitindo a análise e identificação de usuários que estão sendo submetidos a intervenções em saúde de forma excessiva sem indícios clínicos benéficos, evitando que os mesmos sofram danos iatrogênicos, afetando sua saúde e bem estar dos pacientes.

Destaca-se a grande importância da implementação da p4 dentro das Unidades Básicas de Saúde, uma vez que a APS representa a ponte do cuidado integral e contínuo aos pacientes, permitindo assim um maior acompanhamento do seu quadro de saúde. Visto que dentro da APS ocorre uma grande demanda nas solicitações de exames complementares/rastreamentos e medicações por parte dos usuários, exigindo do profissional uma conduta assertiva para garantir um cuidado às necessidades de saúde sem danos ao paciente.

Para a concretização das práticas voltadas à redução de iatrogenias, é primordial que o cuidado esteja centrado na humanização. Entender a subjetividade do sujeito, realizar o acolhimento, permitir uma escuta ativa, para que assim o profissional consiga de fato entender o que motivou o pedido do paciente, contribuindo para o manejo na tomada de decisão clínica.

Entretanto, foi evidenciando a falta de conhecimentos pertinentes à prevenção quaternária, assim deve-se incluir a educação permanente como estratégia curricular por meio de capacitações profissionais. Outrossim, destaca-se a inclusão das práticas educativas em saúde, ao incluir informações ao sujeito e comunidade sobre os princípios da prevenção quaternária e os danos decorrentes dos sobrediagnósticos, os exames realizados de forma indiscriminada, e a medicalização excessiva.

Todavia, durante a busca por publicações referente a temática houve grande limitação devido ao número publicado ser reduzido, dificultando o olhar sistemático frente a prevenção quaternária dentro das unidades básicas de saúde. Assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas e publicações, por meio de estudos que fomentem o conhecimento aos profissionais e comunidade.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. M; MORAES, M.A.B.M. As contribuições do método clínico centrado na pessoa em publicações brasileiras: uma revisão de literatura. **Revista Observatório de la Economía Latino Americana**, Curitiba, v.21, n.8, 2023

ANDRADE, H.S D.E; CARVALHO, S.R. Genealogia da Prevenção Quaternária: entre o uso da Medicina Baseada em Evidências e a reformulação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2109–2117, jul. 2022.

ANDRADE, A.F.S.M et al. Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e346101321536, 2021.

ANDRADE, Henrique Sater. Subjetividade em risco: clínica centrada na pessoa, prevenção quaternária e a prática médica da atenção primária à saúde no neoliberalismo, Campinas, SP: [s.n], 2021.

ANTUNES, J.M.G.R. Prevenção quaternária, o estado da arte!. **Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 89–92, 2024. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2702>. Acesso em: 15 out. 2024.

AMORIM, Annibal Coelho. A política Nacional da Humanização no SUS: a palavra como “dáviva” na subjetivação da atenção e gestão em saúde. **Research, Society and Development**, v.p, n. 12. 2020.

ATTENA, F. Too much medicine? Scientific and ethical issues from a comparison between two conflicting paradigms. **BMC Public Health**. 19(1):97.2019 jan 22; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-6442-91>. Acesso em: 03 set. 2024.

BARBOSA, M.S; CALDEIRA L.G; DUTRA L.A; MAFRA, F.B.M; GAZOLA D.M. Habilidades de comunicação na prevenção quaternária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 16(43):2582.2021 Disponível: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2582](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2582). Acesso em: 02 set. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública. Brasília.** DF: Ministério da Saúde; 2017

BORGES, et al. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. **Rev. Latino-Americano Enfermagem**, 27:e3189, 2019.

BRITO, G.E.G.; MENDES, A.D.C.G; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 975–995, set. 2018.

CABRAL, M.F.C.T et al. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**. 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JPTZR9rSDtfP3TwQFjGLfkP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 set. 2024.

CÂMARA, Felipe Tolstenko Nogueira Ayres et al. Humanização na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, vol. 46, 2023.

CASAGRANDE, Ana Carolina *et al.* Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. **Thesis (Residência Médica) - Escola Municipal de Saúde**, [S. l.], 2022.

COBAITO, Francisco Carlos; COBAITO, Victor Quintães. Sus - Sistema Único de Saúde: A gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 12 n. 1. 2022.

DEPALLENS, M.A; GUIMARÃES J.M.M.; FARIA, L.; CARDOSO, A.J.C.; ALMEIDA-FILHO, N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface (Botucatu)**, 2020;24(Supl.1):e190584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.19058>. Acesso em: 10 out. 2024.

DOURADO, Can et al. A criança no ambiente hospitalar e o processo de humanização. **Concilium**, 2022; 22(4): 359-377.

FLAUZINO, J.G.P, ANGELINI, C.F.R. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **REAS**, 15(3):e9957, 10 mar.2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9957>. Acesso em: 02 set. 2024.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J Manag Prim Health Care**.12:ed1.2020.

FERREIRA D.C; JUNIOR, A.G.S; BATISTA, R.S. A tomada de decisão em prevenção quaternária - implicações bioéticas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020.

FERREIRA, S.J.R; SENA, D.M.L; RODRIGUES, G.N.N; OLIVEIRA, S.C.S; STEIL, S.J; MAIA, G.R.O. Quaternary prevention in health in the perception of health professionals / Prevenção quaternária na saúde na percepção de profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 15, p. e-11993, 2024. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.11993. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11993>. Acesso em: 19 out. 2024.

FREITAS, Z.A.F. **Política Nacional de Humanização no contexto de gestores e profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura**. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Campus Universitário de Marabá, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharel em Saúde Coletiva, Marabá. 2022. Disponível em: <http://repositorio.unifesspa.edu.br/jspui/handle/123456789/2146>. Acesso em: 27 set. 2024.

FURLAN, L.V.; SILVEIRA, K.S.S.; AMARA, A.I.D. Humanização na prática dos profissionais de saúde. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 10, n. 2, jul. 2020.

GÉRVAS, J; FERNÁNDEZ, M.P; GUSSO, G; SILVA D.H.S. Mercantilização da doença. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**, Porto Alegre: Artmed, 2 ed. 2019

GÉRVAS, J; FERNÁNDEZ, M. P. São e salvo: e livre de intervenções médicas. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LEMOS, S. S; SPIRI, W. C; SPAGNUOLO R. S. A Percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**. Vol. 12. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4608/3029>. Acesso em: 20 set. 2024.

LIMA, H.N. **O enfermeiro gestor da atenção primária à saúde: uma análise à luz da teoria da complexidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2023. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/12004/1/O%20enfermeiro%20gestor%20da%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Prim%c3%a1ria%20%c3%a0%20Sa%c3>

[%bade uma%20an%c3%a1lise%20%c3%a0%20luz%20da%20teoria%20da%20complexidade.pdf](#). Acesso em: 05 set. 2024.

LOZADA, G.K. S. Metodologia científica. Porto Alegre: SAGAH, 2018. MACIEL, F. B. M; SANTOS, H. L. P. C; PRADO, N. M. de B. L. Contribuições técnicas e socioculturais da prevenção quaternária para a atenção primária à saúde: caminhos e desafios. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2571, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2571>. Acesso em: 29 set. 2024.

MARQUES, B.L.D. et al. O papel da Enfermagem na humanização dos serviços de saúde. **Ciências Biológicas e de saúde Unit**, Alagoas, V.7, n.1, p.173-183, 2021.

MEDEIROS, S.G; SANTOS, V.E.P. Sistema de medicação e segurança do paciente à luz da teoria da complexidade. **Revista Cubana de Enfermería**. 2019. Disponível em: scielo.sld.cu/pdf/enf/v35n2/1561-2961-enf-35-02-e2214.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il.

MENDES, M.A.S. et al. A interdependência entre a formação do profissional da saúde e a litigância para Judicialização: de que maneira o modelo biomédico repercute negativamente no Poder Judiciário?. **Revista da Defensoria Pública da União**. Brasília, n. 11, p. 151-162, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/59/47>. Acesso em: 02 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**. Seção I, página 89. 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 28 set. 2024

MODESTO, A. A. D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1781, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1781. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1781>. Acesso em: 29 set. 2024.

MOREIRA, M.C.N. Cuidado, descuido e afecção: uma perspectiva para a humanização em saúde. **Rev. Ciênc. Saúde Colet** ; 26(8): 2934-2934, ago. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/C8FgKXBZFSzWvnyXC6hHkLH/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 out. 2024.

MOYNIHAN, R. Prevenção do sobrediagnóstico: como parar de causar danos às pessoas saudáveis?. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**, 2.ed, McGraw-Hill Education. 2023. Disponível em: <https://accessartmed.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3351§ionid=278323285>. Acesso em: 15 set. 2024.

NAKATA, Liliane Cristina et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Esc. Anna. Nery**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 1-11, 2020.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, set. 2009.

NORMAN, A.H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 10(35):1-10.2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1011/690>. Acesso em: 24 set. 2024.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2502, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2502>. Acesso em: 12 out. 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atenção Primária à Saúde. **OPAS/OMS**, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 10 set. 2024.

PAUSCH, M; SCHEDLBAUER, A; WEISS, M; KUEHLEIN, T; HUEBER, S. Is it really always only the others who are to blame? GP's view on medical overuse. A questionnaire study. **Plos One**. 2020;15(1):e0227457. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227457>

RAIMUNDO, J.S; SILVA, R.B. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, v.11, n.2, p. 109 - 116, 2020.

RASIA, Isabel Cristina Rosa Barroset al. Estruturação e orientação da atenção primária à saúde em um município no extremo sul do Brasil. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 193-211, 2019.

REBOUÇAS, J.P. Edgar Morin, 100 anos. **Agecom/UFRN**, 2021.

RÉZIO, L.A et al. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. **Interface (Botucatu)**, 26: e210579, 2022.

RIBEIRO, Ana Paula Maria et al. A importância da implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, 2022.

RIBEIRO, V; CÂNDIDO, V.C. Contribuições de Edgar Morin para uma educação transdisciplinar em saúde. **Poliética**, São Paulo, v. 9, n. 2, pp. 265-287, 2021. Disponível em: Revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/56851/38405. Acesso em: 06 set. 2024.

RODRIGUES, M.R; SOUSA, M.F. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate [online]**.v. 47, n. 136, pp. 242-252.2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022313616>. Acesso em: 30 set. 2024

ROEHE, M. V; PRAZERES, D. R. Concepção de ser humano na Clínica Ampliada: uma proposta de orientação analítico-existencial. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 11–26, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/51100>. Acesso em: 15 out. 2024.

SCHOPF, Karina. Tecnologias Educacionais do tipo Infográficos para a Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde.168 p. 2021.

SCHOPF, K.; VENDRUSCOLO, C.; BOHRER DA SILVA, C.; DE LIMA TRINDADE, L.; FIORENTIN, L.; BELTRAME, V. Planejando ações que contribuem para a prática da prevenção quaternária na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 12, 2022. DOI: 10.19175/recom.v12i0.4401. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4401>. Acesso em: 29 set. 2024.

SCHOPF, K; VENDRUSCOLO, C; SILVA, C.B; GEREMIA, D.S; SOUZA, A.L; ANGONESE, L.L. Prevenção Quaternária: da medicalização social à atenção integral na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210178, 2022.

SILVA, M. C. **Atendimento Humanizado em uma Unidade Básica de Saúde – Esf. 2019**. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Faculdade de Ciências Econômicas - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2019

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas.1º ed.São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, M.F; SANTOS, B.M; PAZ, E.P; ALVARENGA, J.P. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**.12(Supl.1):55-60.2021.

SOUZA, A. L. DE; VENDRUSCOLO, C; ZOCHE, D.A.A; ASCARI, R.A; SCHOPF, K; OLIVEIRA, B.P. Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 6, p. 764–782, 2021.

SOUZA, Aline Lemes. Prevenção quaternária: como evitar os excessos e não causar danos?. **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, Chapecó: Edição da autora, 2021. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1311/C_pia_do_produto_registrado_Aline_Lemes_de_Souza_16294946948161_1311.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

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

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. de S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 17, 2, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQF3VTBfg4Cq9XHgdc4ns3G/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2024.

TESSER, C.D.N; HENRIQUE, A. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25 , e210101. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210101>. Acesso em: 15 out. 2024.

TOFANI, L. F. N; CHIORO, A; FURTADO, L.A.C; ANDREAZZA, R; GUIMARÃES, C.F; FELICIANO, D.G.C.F; SILVA, G.R; BRAGAGNOLO, L.M. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(10):4769-4782, 2021.

TONELLI, M et al. A disponibilidade de cirurgiões-dentistas na rede de atenção de Florianópolis, SC: Examinando a lei dos cuidados inversos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, vol 63. 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/123017/89191>. Acesso em: 28 set. 2024.

WANDERLEY, V.S.W; KARLA, F.G.A; MATHEUS, M.M.S; JOSÉ, L.S.M; RILVA, L.P.S.M. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: Estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.41, n.2, 2020.

ANEXOS



DISCENTE: Franciele Ferreira dos Santos, Laís Mourete Maciel.

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 23.10.2024

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet **0,09%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [△](#)

Suspeitas confirmadas: **0,09%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [△](#)

Texto analisado: **95,2%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.9.2
quarta-feira, 23 de outubro de 2024

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho das discentes FRANCIELE FERREIRA DOS SANTOS n. de matrícula **44784**, e LAÍS MOURETE MACIEL n. de matrícula **41764** do curso de Enfermagem, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,09%. Devendo as alunas realizarem as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: ISABELLE DA SILVA SOUZA
Razão: Responsável pelo documento
Localização: UNIFAEMA - Ariqueme/RO
O tempo: 24-10-2024 21:58:14

ISABELLE DA SILVA SOUZA
Bibliotecária CRB 1148/11
Biblioteca Central Júlio Bordinon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA