

# A tomada de decisão em prevenção quaternária – implicações bioéticas

Decision making in quaternary prevention – bioethical implications

*Toma de decisiones en prevención cuarternaria – implicaciones bioéticas*

Debora Carvalho Ferreira<sup>1</sup>, Aluisio Gomes da Silva Junior<sup>2</sup>, Rodrigo Siqueira Batista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Viçosa – UFV, Viçosa, MG

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói, RJ

## Resumo

**Introdução:** O processo de tomada de decisões na prática clínica pode ser analisado sobre diversos aspectos, que confluem em um caminho que tramita entre o conhecimento teórico e a sua aplicação na prática. Nas situações que envolvem bioética, as questões que envolvem as tomadas de decisão são ainda mais complexas, considerando que são momentos que tangenciam a subjetividade dos atores envolvidos. **Objetivo:** Verificar as tendências de justificativa bioética durante as tomadas de decisão que envolvem situações clínicas de prevenção quaternária entre residentes e preceptores de medicina de família e comunidade. **Métodos:** Qualitativo, utilizando como instrumento entrevistas projetivas individuais, com vinhetas clínicas fictícias como gatilho das perguntas norteadoras da entrevista. Após a transcrição das mesmas, foi realizado a técnica de análise temática do material. **Resultados:** Os participantes tiveram uma tendência em justificar suas escolhas de tomada de decisão através de três grandes blocos temáticos, que se relacionam entre si. O primeiro bloco foi a justificativa das tomadas de decisão pelos conhecimentos científicos, o segundo bloco foi baseado nos princípios biomédicos principialistas e o terceiro bloco foi um conteúdo relacionado a relação médico paciente. **Conclusões:** Pela discussão destes resultados foi possível verificar que existe uma trama entre objetividade clínica e subjetividade pessoal, que não demonstram ser concorrentes, mas sim simbióticas, para alcançar o fim único que é a beneficência do usuário.

**Palavras-chave:** Tomada de Decisão; Prevenção Quaternária; Bioética; Medicina de Família e Comunidade.

**Como citar:** Ferreira DC, Junior AGS, Batista RS. A tomada de decisão em prevenção quaternária – implicações bioéticas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2504. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2504](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2504)

**Autor correspondente:**

Debora Carvalho Ferreira.

E-mail: [deborajf@yahoo.com.br](mailto:deborajf@yahoo.com.br)

**Fonte de financiamento:**

declaram não haver.

**Parecer CEP:**

868.920/CAAE: 37661414.8.0000.5243

**Procedência:**

não encomendado. Recebido em: 08/03/2020.

Aprovado em: 07/11/2020.



## Abstract

---

**Introduction:** The decision-making process in clinical practice can be analysed on several aspects, which converge on a path that passes between theoretical knowledge and its application in practice. In situations involving bioethics, the issues involving decision-making are even more complex, considering that they are moments that touch the subjectivity of the actor involved. **Objective:** This empirical study aims to verify the trends of bioethical justification during decision-making involving clinical situations of quaternary preventions among residents and their preceptors of family and community medicine. **Methods:** Qualitative, through individual projective interviews, using fictitious clinical vignettes as a trigger for the interview's guiding questions. After their transcriptions, the material thematic analysis technique was performed. **Results:** Showed that the participants tended to justify their decision-making choices through three major thematic blocks, which are related to each other. The first block was the justification for decision making by scientific knowledge, the second block was based on biomedical principles and the third block was a content related to the doctor-patient relationship. **Conclusions:** Though the discussion of these results it was possible to verify that there is a web between clinical objectivity and personal subjectivity that do not demonstrate to be competitors, but symbiotic to reach the unique end that is the beneficence of the user.

**Keywords:** Decision-Making; Quaternary Prevention; Bioethics; Family Practice.

## Resumen

---

**Introducción:** El proceso de toma de decisiones en la práctica clínica puede analizarse en varios aspectos, que convergen en un camino que pasa entre el conocimiento teórico y su aplicación en la práctica. En situaciones que involucran bioética, los problemas que involucran la toma de decisiones son aún más complejos, considerando que son momentos que tocan la subjetividad de los actores involucrados. **Objetivo:** Este estudio empírico tiene como objetivo verificar las tendencias de la justificación bioética durante la toma de decisiones que involucran situaciones clínicas de prevención cuaternaria entre residentes y preceptores de medicina familiar y comunitaria. **Método:** Cualitativo, a través de entrevistas individuales proyectivas, utilizando viñetas clínicas ficticias como desencadenante de las preguntas guías de la entrevista. Después de la transcripción, se realizó la técnica de análisis temático del material. **Resultados:** Los participantes tendían a justificar sus decisiones a través de tres bloques temáticos principales, que están relacionados entre sí. El primer bloque fue la justificación de la toma de decisiones por el conocimiento científico, el segundo bloque se basó en principios biomédicos y el tercer bloque fue el contenido relacionado con la relación médico-paciente. **Conclusión:** a través de la discusión de estos resultados, fue posible verificar que existe una red entre la objetividad clínica y la subjetividad personal que, no demuestran ser competidores, sino simbióticos para alcanzar el fin único que es la beneficencia del usuario.

**Palabras clave:** Toma de Decisiones; Prevención Cuaternaria; Bioética; Medicina Familiar y Comunitaria.

---

## INTRODUÇÃO

Comumente as discussões em relação a tomada de decisão na clínica objetivam um fim único: como decidir a melhor conduta numa intervenção clínica? Neste aspecto, muitos debates desta temática abrangem a construção, pelo profissional, da elaboração sistemática do diagnóstico à terapêutica, levando em consideração dados subjetivos e objetivos, somados a capacidade do raciocínio diagnóstico; sendo que em todo esse processo, o profissional deve ser amplamente treinado através de técnicas semiológicas, clínicas e de análise de informação.<sup>1</sup>

Porém, nas últimas décadas, vêm crescendo os questionamentos sobre a real efetividade desta formação médica tradicionalmente centrada neste processo linear de diagnóstico-intervenção. Principalmente na literatura sobre ensino médico, aponta-se que não basta saber determinadas técnicas e dados objetivos para embasar as decisões clínicas: são necessários alguns requisitos a mais, os quais são chamados de competências, atitudes e habilidades.<sup>2</sup>

Schraiber (1997)<sup>3</sup> descreve que a tomada de decisão faz parte do campo do desempenho profissional do trabalho médico, sendo interligada diretamente com a decisão em si, como um processo, e não como duas estações estanques. A autora debate a existência de um distanciamento entre os sujeitos implicados na tomada de decisão, isto é, o profissional de saúde e o usuário, causando um tensionamento entre o saber/técnica, sentir/ética e decidir/intervir; isto porque a díade (sentir/ética) estrutura-se dentro de conformações de relações humanas e se for relegada à segundo-plano pelo "autoritarismo científico", o

primeiro componente saber/técnica é o único a interferir no mecanismo final do decidir/intervir, gerando um produto do trabalho médico estritamente técnico e afastado das questões éticas que por ventura possam orbitar em torno desta decisão.

Problemas bioéticos surgem dessa forma. Apesar de muito se relacionar problemas de decisões bioéticos com situações limítrofes – como nos casos de início ou fim de vida – o cotidiano das profissões de saúde possui muitas questões bioéticas sutis que, somado aos problemas clínicos e outras questões de contexto, podem passar despercebido pela falta de treinamento dos profissionais em enxergarem estes problemas como do campo bioético, assim como pelo autoritarismo científico dominante.<sup>3</sup>

No campo da atenção primária a saúde (APS), Zoboli e Fortes (2004)<sup>4</sup> foram as primeiras pesquisadoras brasileiras a realizarem uma pesquisa empírica em relação aos problemas bioéticos mais prevalentes. Através da coleta de dados com profissionais médicos e enfermeiros que trabalham na APS, concluíram que os problemas podem ser categorizados como: (i) relações entre profissionais e usuários e suas famílias; (ii) relações entre os profissionais da própria equipe; (iii) relações entre profissionais e o sistema de saúde.

A prevenção quaternária é um termo criado no final do século XX, pelo médico de família belga Marc Jamouille (2014),<sup>5</sup> que é definições por ações tomadas para identificar pacientes sob risco de supermedicalização, de forma a protegê-los de novas intervenções desnecessárias e sugerir condutas que sejam eticamente aceitáveis. Muitos debates sobre a importância da prevenção quaternária na atenção primária a saúde (APS) foram produzidos desde então, por ser a porta de entrada do sistema, na qual as pessoas tem acesso aos cuidados longitudinais. Dessa forma, a APS seria onde elas poderiam estar sujeitas às medicalizações desnecessárias ou, como desejável, protegidas das mesmas.<sup>6</sup>

Neste sentido, a proposta deste estudo foi uma pesquisa empírica sobre as bases bioéticas da tomada de decisão em situações clínicas de prevenção quaternária entre residentes e preceptores de medicina de família e comunidade (MFC).

## MÉTODOS

O método da pesquisa foi qualitativo. A pesquisa qualitativa em saúde é construída através de referenciais que possibilitam a análise dos sentidos e das relações envolvidos nos atos humanos através de uma investigação compreensiva da realidade que se pretende estudar.<sup>7</sup>

Esta pesquisa foi fruto de uma tese de doutorado na grande área de bioética e saúde coletiva, e seus participantes foram voluntários e não tiveram participação no planejamento ou delineamento da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense e todos os quesitos éticos foram obedecidos.

A entrevistadora foi única, do sexo feminino, médica com especialidade em medicina de família e comunidade, professora do ensino superior, doutoranda de um programa em bioética e saúde coletiva, com experiências em conduzir entrevistas para pesquisa. A entrevistadora/pesquisadora não conhecia previamente a maioria dos entrevistados, e antes das entrevistas era realizado uma apresentação prévia e explicação sobre os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi realizada com 15 participantes, que foram convidados para participarem voluntariamente em dois programas de residência em medicina de família e comunidade no estado de Minas Gerais, durante o primeiro semestre de 2015. As entrevistas individuais ocorreram nas

sedes físicas dos programas de residência participantes da pesquisa, após os horários das reuniões pedagógicas dos mesmos em ambiente reservado e protegido, respeitando os cuidados éticos, e duraram em média 30 minutos cada. A amostra foi determinada pela saturação dos dados.

Para as entrevistas foi aplicado o método de entrevista projetiva, a qual classicamente utiliza-se instrumentos visuais (figuras e filmes sobre o tema a ser estudado, para provocar a reflexão no participante da pesquisa).<sup>8</sup>

Nesta técnica é importante que a situação projetada faça parte, em algum grau, da realidade do sujeito para que ele possa fazer algum tipo de ligação entre a “ilustração” e a vida prática, ao mesmo tempo que não o expõem diretamente, pois permite que ele se remeta ao instrumento visual/ilustrativo, o que ameniza o desconforto ao relatar algumas situações e, portanto, pode ter menos implicações éticas.

Assim, no presente estudo, os voluntários da pesquisa, médicos residentes ou preceptores de MFC, foram apresentados às vinhetas clínicas escritas num papel, que representavam casos fictícios pertinentes às situações de prevenção quaternária na atenção primária à saúde; e, a partir dessas, foram realizadas as perguntas da entrevista. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através do método de análise temática,<sup>8</sup> o qual propõe-se a identificação de blocos interpretativos de significados convergentes nas falas dos participantes, na tentativa de identificar os temas recorrentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 participantes, 8 foram mulheres e 7 homens, 11 residentes e 4 preceptores, com uma média de idade de 30 anos, e um tempo médio de experiência profissional de 2 anos (contando com tempo de residência). Em sua maioria, nunca tinham ouvido falar do tema “prevenção quaternária” antes de entrarem na residência de MFC.

Na análise qualitativa final do material de todas as entrevistas emergiram três grandes blocos de significados, denominados pelos pesquisadores: 1) o caminho do conhecimento; 2) o uso das ferramentas da bioética; 3) a arte médica.

### Bloco temático 1: o caminho do conhecimento

A ideia do conhecimento apresentado pelo(a)s entrevistado(a)s em suas falas transcende a discussão filosófica de racionalismo-empirismo, pois na prática médica contemporânea, cujos profissionais estão inseridos, esse tipo de discussão não se impõe de forma pertinente. O que se verifica nas narrativas como o “mais correto” é a prática fundamentada nas evidências científicas.

Nas construções das narrativas dos profissionais entrevistados, notou-se uma forte influência desta questão dos estudos clínicos e das evidências científicas, reforçando o autoritarismo científico.<sup>5</sup> Porém, na continuidade das falas, como veremos nos blocos temáticos posteriores, observamos um crescente de outras considerações que são feitas sob este cientificismo, isto é: o conhecimento científico é posto como fundamental, mas não como único balizador das decisões.

“Eu levo muito em consideração a bibliografia científica, principalmente os estudos de longo prazo que me dão respaldo para eu poder fazer aquela orientação, para não ser uma orientação de coisas que aprendi de orelha, que eu não sei a confiabilidade, pois se meu papel é de orientar eu tenho que passar a informação mais segura possível.” – Entrevistado 6

Porém, além do conhecimento das evidências, os profissionais também se colocaram numa situação de terem que se sentir seguros em relação às mesmas para agirem de acordo com elas. Esta segurança é marcada tanto pela experiência prévia pessoal, como pela confiança em profissionais com mais experiência.

“(...) quando eu tenho um conhecimento mais bem embasado e condensado de determinado assunto é mais fácil negociá-lo com o usuário, isto é, até um dos fatores que me fez vir para residência médica, pois quero saber melhor as coisas para conversar com meus pacientes.” – Entrevistado 3

Interessante perceber que não há, na análise do material, o tensionamento de condutas entre saber e fazer comentado por Schraiber (1997),<sup>3</sup> quando a questão científica é muito prevalente nos discursos dos profissionais. Mesmo porque, como verificado no recorte de fala a seguir, ter um conhecimento adequado é posto como um elemento ético também, não apenas técnico:

“A ética passa pelo comprometimento do médico em se esmerar em sua formação, não que você vá saber tudo, mas ao menos ser constantemente empenhado em buscar o conhecimento que meu paciente precisa, para mim é um componente ético de responsabilização.” – Entrevistado 4

Pode-se induzir que estas formas de construir esta relação com o conhecimento com a ética seriam uma característica do discurso dos profissionais de MFC desta amostragem, assim como o fato de não ter havido tensionamentos entre ética e cientificismo mas sim uma complementação, foi um ponto interessante que emergiu nas falas dos sujeitos.

## **Bloco temático 2: o uso das ferramentas da bioética**

Em relação às questões bioéticas, houve um leque de possibilidades de ferramentas acionadas pelos entrevistados para justificar suas tomadas de decisão nas situações de prevenção quaternária. Inquestionavelmente o princípio de não-maleficência foi preponderante, seguidos pela ideia da beneficência da justiça, da autonomia e outras questões relacionadas às relações entre profissionais.

Assim, pode-se perceber que uma base de bioética principialista<sup>9</sup> foi um dos caminhos argumentativos mais utilizado pelos entrevistados para descrever as implicações éticas de suas condutas. Isso poderia ser explicado por dois olhares: primeiro porque estes princípios fazem parte de uma moralidade comum, isto é: são normas de conduta socialmente (e profissionalmente) aceitas; e segundo que a bioética principialista é base da deontologia médica, a qual é, por vezes, o único tipo de discussão que os profissionais tem aproximação durante sua formação acadêmica.<sup>10,11</sup>

“Eu tenho que ter o compromisso de, a partir do momento que eu tenho o conhecimento e sei que aquela intervenção pode causar malefício, eu tenho que frear minha caneta.” – Entrevistado 4

O princípio da não-maleficência de acordo com Beauchamp e Childress (2011),<sup>9</sup> configurar-se-ia com forte intensidade nas justificativas éticas das ações profissionais pois seria a base ética principal, isto é: primeiro não fazer o mal. As obrigações da não-maleficência usualmente pressupõem uma atitude passiva por parte do profissional, pois está muito ligada a não fazer algo que poderia prejudicar. Porém, no ponto de vista da prevenção quaternária, este “não fazer” seria algo ativo, pois demanda um movimento positivo de explicação e orientação, como visto em várias falas, e isso é interpretado nas falas dos participantes como sendo de grande importância ética, sendo que, para isso, têm que ser intencionais e dirigidas.

“Acho que quando a gente fala em ética, falamos numa opção de investir seus recursos, sejam eles tempo de uma conversa, uma orientação para o paciente ou um familiar ou uma explicação que a

gente como técnico está cansado de saber (...) é como se o médico tivesse numa luta tentando dizer para o paciente que aquilo é maléfico e, às vezes, podemos cair naquela vala comum do tipo, - ah, se não quer não queira -, e não é por aí, acho que nosso empenho é aí que começa, pois de certa forma a consequência daquilo vai voltar para gente, pois nós somos os médicos de família e comunidade e estamos num processo de cuidado de um paciente que vai seguir ao longo dos anos, se eu peço um PSA para um paciente assintomático ele pode voltar para mim com uma incontidência ou um infecção urinária secundária a uma biópsia que foi desnecessária e que poderia ter sido evitada, e acabou causando danos que eu vou ter que me corresponsabilizar, então é assim: eu vou chutar a bola e depois vou ter que correr para cabecear, não tem jeito.” – Entrevistado 4

Em relação à beneficência, que também emergiu de forma não nominal nos discursos, mas sim transvestida sobre a necessidade de procurar fazer o melhor possível, ou seja, o mais certo; temos que nos remeter a ideia original deste princípio bioético, o qual é muito mais do que simplesmente abster-se de fazer algo (como no caso da não-maleficência), mas sim é configurada como uma atitude positiva de fazer algo com o fim de promover o bem. Este tipo de pensamento pode ser observado na fala abaixo:

“Acho que tem uma questão ética de não atropelarmos o que achamos que é certo dentro de nossos próprios preceitos, pois se sabemos que não é recomendável tal exame ou conduta, como podemos deixar nossos pacientes serem vítima disso? Temos o compromisso ético de atuar.” – Entrevistado 1

O princípio da beneficência aproxima-se muito também com as questões da prevenção quaternária, pois, como o próprio nome do conceito já diz, a prevenção é um processo muito mais ativo do que passivo. Porém, há uma diferença muito bem pontuada por Beauchamp e Childress (2011),<sup>9</sup> em relação à atitude de não-maleficência e atitude de beneficência, pois os autores colocam a última como uma forma de agir que tende muito mais a certas características individuais do que a primeira. Por exemplo, eles citam que não ser beneficente não será considerado, na maioria dos contextos, uma questão imoral; mas ser maleficente provavelmente será. É como se, numa escala de graduação, fazer o mal é pior do que deixar de fazer o bem. E isto estaria tão acoplado à nossa moralidade comum que os entrevistados falaram muito mais sobre conceitos, questões e exemplos ligados à não-maleficência do que à beneficência em si, apesar de às vezes os conceitos se misturarem nos discursos.

Em relação ao conceito de justiça, esta foi citada dentro de um contexto de justiça distributiva, isto é, um pensamento sobre a necessidade de pensar custo-benefício dentro do sistema de saúde como um todo:

“Às vezes o que o usuário deseja é algo irrisório que não fará mal nenhum, então tudo bem, mas se for algo que demandaria um maior recurso da rede ou até mesmo expô-lo a um maior risco eu já daria uma freada e até poderia negar.” – Entrevistado 3

Considerando que um cenário comum de trabalho do MFC é a saúde pública, é justificável o entendimento da preocupação desses profissionais com o sistema como um todo, pois a gestão de recurso é uma das características desejáveis de um bom profissional da área. Assim, entender que agir por prevenção quaternária também é ser mais justo em relação a equidade oferecida pelo sistema, isto é, evitando intervenções/exames/medicamentos para quem não precisa, torna possível fazer uma economia para aqueles que realmente irão precisar.

Em relação à questão do respeito à autonomia, como um posicionamento ético nas tomadas de decisão referentes à prevenção quaternária, aflora em alguns recortes ideias que aproximam a questão de autonomia, nomeada efetivamente ou não. Mesmo em outras categorias que serão discutidas posteriormente, como no caso do diálogo e negociação, a questão do respeito à autonomia do usuário é visível.

“(…)se no final das contas a pessoa decidir que quer fazer o procedimento, é o direito dela, é o corpo dela, é o querer dela (…) eu tento dar o máximo de liberdade para pessoa, porque eu não sou ela, a vivência dela é única e só ela pode decidir por si.” – Entrevistado 14

Por fim, algumas questões éticas relacionadas com os demais profissionais envolvidos nos cuidados também foram apontadas, principalmente no que diz respeito a ter que modificar prescrições e condutas de outros profissionais quando as mesmas são avaliadas como prejudiciais ao paciente.

“É complicado, pois às vezes numa decisão envolvendo prevenção quaternária, você acaba interferindo na conduta profissionais de outro colega, o que é um problema ético.” – Entrevistado 1

Assim, pode-se perceber como as questões deontológicas e do principlalismo estão presentes na construção do argumento dos profissionais. Pessini e Barchifontaine (2002)<sup>8</sup> sinalizam que esta disposição dos profissionais médicos justificarem suas atitudes através de argumentos que incluam o principlalismo e as normas deontológicas é por essas darem sentido e nomearem seus argumentos de forma prática e com um certo grau de moralidade aceitável socialmente e profissionalmente.

### **Bloco temático 3: a arte médica**

Neste bloco de análise irá se discutir o assunto denominado “arte médica”, ou seja, tudo aquilo que foi considerado pelos entrevistados para efetivar seu conhecimento sobre a prática, interferindo na tomada de decisão em si, como o diálogo com o paciente, a realização de negociações, o conhecimento do paciente e seu contexto, o estabelecimento de vínculo e o cuidado. Como explicado anteriormente estas categorias emergiram de uma forma não tão estruturada como as anteriores, mas mostraram-se presentes em vários recortes de falas, demonstrando sua importância na tomada de decisão como um todo.

Um meio prevalente nas formas de efetivar a prática da prevenção quaternária, de acordo com os entrevistados, foi o diálogo e as negociações com os pacientes. Esta maneira de materializar a prática descrita nos diversos contextos das questões durante as entrevistas, demonstra, mais uma vez, uma característica pertinente no meio da medicina de família e comunidade, que é a clínica centrada na pessoa,<sup>12</sup> cujo componente principal é a negociação partilhada das decisões médicas. Para ilustrar esta forma de negociação, há as falas abaixo:

“Quando falamos em ética, falamos numa opção de investir recursos, sejam um tempo numa conversa, uma orientação para o paciente ou uma explicação que a gente como profissionais está cansado de saber.” – Entrevistado 4

Para melhor realizar esta negociação, foi referido algumas formas de aumentar a compreensão do contexto de vida dos pacientes para conseguir adaptar melhor os diálogos:

“Mas sempre tento entender que o paciente demanda um exame não só porque ele não quer ter aquela doença, no fundo ele tem algum medo, por isso você tem que saber o que o paciente está buscando.” – Entrevistado 10

Este tipo de intervenção comunicacional, que é o de entender o contexto da pessoa e do seu adoecimento/problema também se faz presente no método clínico centrado na pessoa.<sup>12</sup>

Outra categoria emergente neste bloco foi a questão da importância do vínculo e da confiança estabelecida na relação médico-paciente para justificar a tomada de decisão. Estas características são conteúdos intrínsecos de uma boa relação médico-paciente, que deve ser construída de forma longitudinal e contínua.<sup>13</sup>

“Às vezes tomamos algumas decisões apenas para manter o vínculo, para não estremecer a relação, pois pelo menos assim sei que ele vai voltar e podemos conversar depois sobre a questão.” – Entrevistado 7

A relação médico-paciente é uma importante chave na prática do MFC, e além dos quesitos de confiança e vínculo, também há a questão dos afetos gerados entre os sujeitos envolvidos nesta relação, que podemos denominar de empatia, verificada nas seguintes falas:

“Acho que a ética é mais sentir do que entender no fim das contas, é um conhecimento tácito, e quando eu me boto no lugar da pessoa ao mesmo tempo entendo que não sou ela e, por isso, tenho que respeitar a vivência dela, acho que estou sendo ético.” – Entrevistado 14

A empatia, como verificada nas falas dos entrevistados, é o sentimento de colocar-se no lugar do outro. Muitos autores tentam decifrar se esta é uma capacidade inata, ou se é uma qualidade fluída que pode ser construída ou desconstruída, dependendo do contexto que o indivíduo é exposto.<sup>14,15</sup> Esta denominação de empatia também pode estar ligada a um sentimento de compaixão, que seria uma tentativa de aproximação do lugar do outro, compartilhando sua experiência de um modo acolhedor.<sup>16</sup>

Por fim uma outra categoria que emergiu seria a categoria da importância do cuidado. O cuidado é foco de aprofundamentos teóricos em muitos autores da filosofia, como muito bem descrito no artigo de Zoboli e Fortes (2004).<sup>4</sup> Mas no campo da bioética especificamente há a corrente denominada “ética do cuidar”, que se encaixa bem nas discussões do tema sob as práticas de saúde. A autora principal desta corrente é Gilligan (1982),<sup>17</sup> que propõe a tese sobre a ética do cuidado perpassando por três elementos chaves que seriam: 1) a consciência da conexão entre as pessoas que as leva a uma responsabilidade de uns pelos outros; 2) o entendimento que uma conduta ética é uma consequência destes relacionamentos baseado nesses valores; 3) a convicção de que a comunicação é o modo de solucionar conflitos que podem existir nestes relacionamentos.

Assim, é possível aproximar-se desta conclusão final de análise dos dados, que este cuidado ético seria como um modo operante buscado pelos entrevistados em suas narrativas como um todo. Apesar de inicialmente a ciência dura, com suas evidências e diretrizes, terem aparecido de forma explícita, aos poucos as estruturas narrativas foram conformando-se para o lado da individualidade das relações, o entendimento dos contextos, enfim, pelo cuidado que é necessário ter em cada momento, para cada tomada de decisão, como podemos observar nestes último trechos selecionados:

“Acho que nunca devemos ser radicais em nossas condutas, mas devemos ter uma atitude simples, sempre pensando em não causar o mal. Penso que a ética está neste caminho, assim como pensar que o paciente sempre merece todo o nosso cuidado.” – Entrevistado 4

Enfim, a arte médica, é visualizada, nas falas que ilustram esta seção, como uma agregação do conhecimento com a ética na prática do cotidiano. Na construção das narrativas visualiza-se uma não separação entre estes caminhos, não havendo a aplicação do conhecimento sem a ética e nem a ética sem a possibilidade do conhecimento. Apesar dos discursos não apontarem de forma tão objetiva para esta possibilidade, ela é construída nas entrelinhas das falas, como uma linha de arremate entre os significados mais proeminentes.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa empírica com médicos de família e comunidade teve como resultado o desvelamento de uma tendência em relação as tomadas de decisão de cunho bioético em situações de prevenção quaternária, a qual se emoldura em torno da bioética principialista e de princípios deontológicos, mas que possui dentro deste quadro uma forma significativa de levar em consideração os contextos das situações e as relações estabelecidas entre os indivíduos envolvidos, resultando em uma forma de tomada de decisão que se equilibra entre pragmatismo, princípios e cuidado. As decisões radicais e polarizadas não foram as principais saídas dos sujeitos, mas sim a ponderação e a razoabilidade.

A inclusão do tema da prevenção quaternária, assim como uma abrangência maior dos temas de ética e bioética, durante a formação de graduação e pós-graduação médica, poderiam também ser fatores de fortalecimento desta prática que demanda reflexão e ação.

É desafiante mobilizar argumentos e diálogos em uma área que tem seus pressuposto de existência no fazer prático da clínica cotidiana, como a MFC, e espera-se que uma pausa para um pensar sobre a essência desta prática possa trazer mudanças em um trabalho de forma viva e contextualizada às realidades pessoais e profissionais.

Como cotidiano é imerso em problemas que demandam tomadas de decisão e o agir ou não, a prevenção quaternária é apenas uma dentre as miríades de outras decisões que os MFCs necessitam tomar em suas rotinas de atendimento. Porém, o pensar, debater e refletir em como se desenvolve esse “saber/fazer” específico pode ser gerador de uma cascata de engrenagens de novos “*habitus*” (considerando o conceito do filósofo Bourdieu (1994)<sup>18</sup> de que “*habitus*” são as formas das pessoas se comportarem por determinadas influências internas e externas, de forma que suas reatividades possam ter inclinações maiores a resistir, opor-se ou levar-se pelas forças exercidas pelos campos de conhecimentos e práticas) e ampliar-se para outras questões, auxiliando tomadas de decisões e inovações de pensamento e ação.

Que o exercício da reflexão bioética dentro da prevenção quaternária possa ser uma realidade de maior beneficência para todos atores envolvidos, sendo possível permitir que o(a) profissional e a pessoa sob seus cuidados obtenham mais conforto e satisfação com o encontro clínico, gerando empoderamento e possibilidade do fazer diferente, e que este fazer a diferença seja sem o ímpeto das resoluções radicais de ação, que normalmente não conseguem ser favoráveis para todas as pessoas.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Contribuição dos autores

### As contribuições das fases de autoria foram:

Concepção do estudo: Ferreira DC, Silva-Junior AC e Siqueira Batista R. Aquisição, análise e interpretação dos dados: Ferreira DC.

Discussão dos resultados: Ferreira DC, Silva-Junior AC e Siqueira Batista R. Redação preliminar: Ferreira DC.

Revisão crítica da versão preliminar: Silva-Junior AC e Siqueira Batista R.

## REFERÊNCIAS

1. López M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
2. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014; [acesso em 2020 Abr 27]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15874&Itemid=](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=).
3. Schraiber LB. No encontro da técnica coma ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface (Botucatu). 1997;1(1):123-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831997000200009>
4. Zoboli ELCP, Fortes PADC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004 Dez;20(6):1690-9. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600028>
5. amoulle M, Gomes LF. A prevenção quaternária e os limites da medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):186-91. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867)
6. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Publica. 2009 Set;25(9):2012-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
7. Guerriero ICZ. Aspectos éticos da pesquisa qualitativa em saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP) - Faculdade de Saúde Pública; 2006.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
10. Pessini L, Barchifontaine CP. Fundamentos da bioética. 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2002.
11. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
12. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
13. Dohms M, Carrió FB, Fontcuberta JMB. Relação clínica na prática do médico de família. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, orgs. Tratado de medicina de família e comunidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 519-547.
14. Larons EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. JAMA. 2005 Mar;293(9):1100-6. DOI: <http://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
15. Nogueira-Martins C, Nogueira-Martins L, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. Med Educ. 2005;40(4):322-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02411.x>
16. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 Ago;14(4):1241-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400030>
17. Gilligan C. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1982.
18. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, org. Pierre Bourdieu. São Paulo: Editora Ática; 1994. p. 122-55.