

Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde

Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System

Armando Henrique Norman¹
Charles Dalcanale Tesser²

¹ Centro de Saúde Tapera,
Florianópolis, Brasil.

² Centro de Ciências da
Saúde, Universidade
Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Brasil.

Correspondência

C. D. Tesser
Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de
Santa Catarina.
Campus Universitário
Trindade, Florianópolis, SC
88040-900, Brasil.
charlestesser@ccs.ufsc.br

Abstract

In 2003, the World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) proposed a concept (that had previously received relatively little discussion) aiming to protect patients from unnecessary medical interventions and to prevent iatrogenicity: quaternary prevention. In times of intense social medicalization, particularly in Brazil due to the expansion of health care through the Family Health Strategy, iatrogenicity has become a highly relevant issue for both public health and the Unified National Health System (SUS). This article presents the concept of quaternary prevention and discusses and frames its relevance in light of three common situations in medical care with potentially iatrogenic results: excessive screening, complementary tests, and medicalization of risk factors. We propose the inclusion and discussion of this concept in the SUS, especially in primary care.

Primary Health Care; Single Health System; Social Medicine

Introdução

O caráter medicalizador^{1,2} e intervencionista da racionalidade³ e da prática médico-científica começou, há algum tempo, a deixar entrever várias de suas limitações e mazelas, classificadas por Illich¹ em três tipos de iatrogenias: clínica, social e cultural. A iatrogenia clínica, relativa aos danos causados pela intervenção médica no indivíduo, a mais palpável e melhor percebida pelos saberes e métodos científicos, cresceu tanto, que ganhou dimensão coletiva e populacional, tornando-se recentemente a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América⁴. Suscitou, assim, o reconhecimento acadêmico e social de seu potencial danoso em grande escala. Em paralelo, dentro da própria categoria médica, um conceito nascia intimamente relacionado à iatrogenia clínica e à medicalização social, cuja apresentação é objetivo deste artigo: a prevenção quaternária.

O nascimento e a prática deste conceito vêm de uma reação à iatrogenia nascida dentro da própria categoria médica, vinculada à prática e à ética do cuidado. Seu lugar e significado ainda não estão bem estabelecidos, mas certamente ele merece atenção e debate na saúde pública e no Sistema Único de Saúde (SUS), dado seu potencial de contribuições à área. Em tempos de grande extensão da atenção primária à saúde no Brasil via Estratégia Saúde da Família, é grave o fato de quase não haver discussão na Saúde Coletiva e no SUS sobre a prevenção quaternária,

dada a sua importância para o cuidado à saúde, intimamente ligado à missão ética e política de conter ou minimizar a parte da medicalização social decorrente da ação profissional em saúde.

Sem pretender esgotar o tema da prevenção quaternária, porém contribuindo para suprir essa lacuna, apresentamos neste artigo o significado e a relevância do conceito, discutindo-o em três situações típicas e altamente comuns: excesso de rastreamentos e de solicitação de exames complementares e abusos na medicalização de fatores de risco

O conceito foi proposto e vem sendo desenvolvido por um segmento da categoria médica. Isso é compreensível, já que esta se sobressai dentre as demais quanto ao seu poder de intervenção sobre os usuários e, assim, conseqüentemente, quanto ao poder de causar danos – foco da prevenção quaternária. Discutiremos a prevenção quaternária conforme vem sendo trabalhada pelos médicos, enfatizando desde já a propriedade e a extensão do conceito, com as devidas adaptações, aos outros profissionais de saúde, inclusive pela necessidade incontornável e saudável de trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família, que, de forma inovadora na atenção primária brasileira, permite e facilita o descentramento do cuidado da intervenção médica (sabidamente medicalizante⁵) por intermédio do trabalho em equipe.

O conceito de prevenção quaternária

Proposto por Jamouille⁶, Médico de Família e Comunidade belga, o conceito de prevenção quaternária almejou sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. A proposta foi feita por Jamouille⁶ em 1999, tendo sido oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003.

Prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis⁷. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere*, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa⁸.

A sua amplitude e as exigências éticas, filosóficas e técnicas da sua incorporação à prática médica desdobram-se em vários aspectos e exigem o domínio de uma série de técnicas médico-

epidemiológicas, no geral pouco conhecidas e manejadas pelos próprios médicos, além do desenvolvimento extraordinário da “arte de curar”, calcada na relação médico-paciente, em sabedoria prática e em contextualização existencial, que o aperfeiçoamento da prática do cuidado permite desenvolver. Este foi o motivo provável pelo qual o conceito de prevenção quaternária foi desenvolvido operacionalmente pelos médicos especialistas contemporâneos que se propõem a cuidar das pessoas longitudinalmente – os Médicos de Família e Comunidade – ou seja, propõe-se resgatar e desenvolver a antiga medicina geral, ou clínica generalista, que permite ao mesmo profissional a experiência de cuidar de um conjunto de pessoas com diversos tipos de problemas de saúde, ao longo de grande tempo⁹.

A conceituação de prevenção quaternária foi proposta no contexto clássico dos três níveis de prevenção de Leavel & Clark¹⁰, que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária. Jamouille⁷ propôs a prevenção quaternária como um quarto e último tipo de prevenção, não relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. Similarmente, para Gérvas⁹, é prevenção quaternária a ação que atenua ou evita as conseqüências do intervencionismo médico excessivo que implica atividades médicas desnecessárias.

Dada a atual conjuntura, a prevenção quaternária deve ser destacada, pois permeia todos os outros níveis de prevenção, particularmente a prevenção secundária, mas também a chamada prevenção primordial (evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para um risco acrescido de doença¹¹), e a promoção da saúde, nas última duas décadas revalorizada após a *Carta de Otawa*¹².

Existem freqüentemente excessos de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos e doentes, tanto em adultos como crianças. Nem todas as intervenções médicas beneficiam as pessoas da mesma forma, e, quando excessivas ou desnecessárias, podem prejudicá-las. Não se pode esquecer o potencial de dano das intervenções: cuidados tanto curativos quanto preventivos, se excessivos, comportam-se como um fator de risco para saúde. Além disso, quando se está promovendo as drogas como medida de prevenção (uma tendência recente notável) e o número de pacientes atingidos é muito grande, essa expansão da exposição às drogas pode causar importantes danos¹³.

A crescente atenção dirigida para as causas iatrogênicas da má saúde e a conseqüente adição da prevenção quaternária às atividades preven-

tivas apontam para a necessidade de explicitamente incluir a iatrogenia como uma influência sobre a saúde. Com o passar dos anos, o umbral terapêutico para a intervenção médica está diminuindo. Como a prevenção tem sido tradicionalmente focada sobre a doença e o conceito de doença vai se modificando ao longo do tempo, com os pontos de corte para designar o que é considerado doença invadindo cada vez mais o que antes era considerado normal e, além disso, os fatores de riscos estão sendo considerados como equivalentes a doenças, a diferença entre prevenção e cura está se tornando cada vez mais indistinta¹³. A medicalização de estados pré-doença e de fatores de riscos se torna cada vez mais comum, incluídas as metas para hipertensão, colesterol, osteopenia e obesidade. A perspectiva de comercializar medicações já existentes para pessoas saudáveis expande enormemente o mercado dessas drogas, enquanto aumenta os custos para a sociedade e para os serviços em saúde, além de potencialmente reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes¹⁴.

O resultado desse processo é que há menos tolerância para com as oscilações e variações do processo saúde-doença individual, fazendo com que os médicos intervenham mais precocemente. A margem de “normalidade” diminui, os diagnósticos se expandem e indicam mais intervenções. Logo, o intervalo de segurança, a margem entre os benefícios e os riscos também diminui. Cada vez mais se atende a mais pacientes com maior intensidade de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos. Tudo isso aumenta a probabilidade de dano desnecessário por conta da atividade sanitária⁸.

Assim, a prevenção quaternária deve ser desenvolvida continuamente e em paralelo com a atividade clínica, de modo a evitar o uso desnecessário e o risco das intervenções médicas. Além disso, segundo Hespanhol et al.¹⁵, em termos populacionais, ela proporciona uma resposta ao crescimento dos gastos com cuidados de saúde que consiste em proporcionar a racionalidade do tratamento, a utilização mais criteriosa dos recursos e a melhoria da qualidade da atividade profissional.

Segundo Melo¹⁶, vários são os exemplos de situações em que a balança entre benefícios e prejuízos pode se desequilibrar para o segundo lado: excesso de programas de rastreamento, muitos deles não validados; medicalização de fatores de risco; solicitação de exames complementares em demasia; excessos de diagnósticos, com rotulagem de quadros inexplicáveis ou não enquadráveis na nosografia biomédica, criando-se os pseudo-diagnósticos como, por exemplo,

síndrome de fadiga crônica, fibromialgia, cefaléias inespecíficas e dor torácica não cardíaca, dentre outros, de que o mais amplo exemplo é o conceito de MUPS (*Medically Unexplained Physical Symptoms*) ou sintomas físicos não explicados pela medicina, que são situações em que há sintomas físicos sem causa orgânica definida¹⁷. Também são exemplos as medicalizações desnecessárias de eventos vitais ou adoecimentos benignos autolimitados (contusões, partos, resfriados, lutos etc.), que redefinem um número crescente de problemas da vida como problemas médicos; pedidos de exames e ou tratamentos devido ao medo dos pacientes e ou pressão de pacientes muito medicalizados; intervenções em razão do medo dos médicos – a chamada medicina defensiva, pouco debatida e conhecida.

Além disso, a palavra tem potencial iatrogênico: um diagnóstico pode agir como uma profecia que se realiza a si própria. Referir-se a um paciente como “histórico” pode servir para estimular e perpetuar essas mesmas características¹⁸. Expressões comuns podem causar dano quando o profissional afirma, como um veredicto, que uma doença não tem cura e/ou afirma diagnósticos ou prognósticos que se fixam nos pacientes, como, por exemplo, “ferida no útero”, “tomar remédio para sempre”, “sinusite crônica”.

Assim, a prevenção quaternária pode ser o simples e difícil bloqueio das cascatas de atenção desnecessárias, o simples saber “esperar e ver”¹⁹, também chamado “demora permitida”²⁰. Pode ser colocar em seus devidos lugares meios medicamente provocados, como o medo do colesterol, acalmando pacientes de baixo risco cardiovascular e orientando-os a uma vida saudável sem preocupações com o colesterol²¹. É também prevenção quaternária a crítica das campanhas de prevenção desnecessárias ou de benefícios duvidosos, para dar aos pacientes uma oportunidade de decisão informada, bem como advertir os pacientes contra os abusos da genética, tanto do próprio diagnóstico das enfermidades genéticas como das provas de “fatores de risco genético”²².

Sendo a prevenção quaternária a intervenção que almeja prevenir a ocorrência ou os efeitos dessas situações, ela se fundamenta em dois princípios fundamentais: o da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e o de precaução (versão prática do *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar). Ela providencia cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção possível^{8,11,23}.

A prevenção quaternária é particularmente importante nos idosos, atendendo à redução fi-

siológica da sua reserva funcional e conseqüente risco acrescido de iatrogenia – nomeadamente farmacológica. Nessa fase do ciclo de vida, medidas preventivas que seguem o modelo de doença única podem apenas estar selecionando uma causa concorrente de morte em vez de ter um impacto sobre a mortalidade global, isto é, de realmente prolongar e melhorar a vida, visto que nos idosos a probabilidade de doenças compostas aumenta, e isto nos força a repensar as medidas preventivas neles¹⁴.

A prevenção quaternária obriga a resistir aos modismos (consensos, protocolos e guias sem fundamento científico), à corporação profissional-tecnológico-farmacêutica e inclusive à opinião pública. Implica, além disso, um compromisso ético e profissional, a ética da negativa, que consiste, sucintamente, em recusar intervenção quando desnecessário^{24,25}.

Na nossa prática clínica na atenção primária à saúde, a prevenção quaternária tem se convertido em atividade constante. Implica a resistência firme ante os abusos a respeito da definição de saúde, fator de risco e doença; exige autonomia, um conhecimento científico sólido, habilidades de comunicação, flexibilidade, independência e resolubilidade. A opção pela prevenção quaternária parte de um compromisso com os pacientes e com a profissão que se exerce. É parte do contrato social implícito entre a profissão médica e a sociedade: expressão do pacto pelo qual a sociedade delega aos médicos grandes poderes e grandes responsabilidades, em troca de que façam o que deve ser feito.

Excesso de rastreamento

O rastreamento (ou *screening*) é a realização de testes ou exames diagnósticos em populações e pessoas assintomáticas, com o objetivo de diagnóstico precoce (prevenção secundária) ou de identificação e controle de riscos, visando como objetivo último reduzir a morbidade e ou mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado²⁶.

De acordo com os princípios estabelecidos para se implementar um rastreamento já em 1968, por Wilson & Jungner²⁷, até hoje considerados padrão-ouro internacional (e consideradas suas discussões e variações das últimas quatro décadas que pouco os alteraram^{28,29}), a doença a ser seu objeto deve constituir um problema de saúde importante, a sua história natural deve ser bem conhecida da latência à fase clínica, deve ter uma fase pré-sintomática relativamente prolongada, deve existir infraestrutura para diagnose e tratamento, deve ser aplicado de forma aceitável para a população

e em termos de validade, de morbidade, de riscos e de custos e para os resultados positivos devem ser assegurados métodos de confirmação diagnóstica aceitáveis que definam precisamente quem receberá tratamento. Deve existir um tratamento acessível e aceitável em termos de efetividade, riscos e custos e deve resultar da aplicação de um determinado rastreamento a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das populações.

Uma das grandes discussões sobre a prevenção quaternária gira em torno do manejo da incerteza inerente à prática médica. Fundamentalmente, a incerteza deve ser tratada de modo diferente nos casos em que o paciente está com problemas de saúde e procura ajuda médica, sentindo-se mal ou já diagnosticado, daqueles em que o paciente nada sente e é o médico (ou o usuário) que quer prevenir ou diagnosticar precocemente doenças ou riscos. No primeiro caso, o sofrimento do doente e a obrigação ética do médico autorizam razoável grau de intervenção diagnóstica e terapêutica com grande margem de incerteza: médico e doente toleram algum grau de dano (iatrogênico) em função do sofrimento do doente e da expectativa de compensação derivada do esclarecimento diagnóstico e do benefício suposto da terapêutica. Não se cobra do médico resultado favorável, mas seu empenho e a correção ética e técnica de sua ação.

No segundo caso, típico do rastreamento, a relação é totalmente diversa: há que ser imensamente mais conservador e precavido para com as intervenções, tanto diagnósticas quanto terapêuticas. Nesta situação é um imperativo ético ter a certeza de que os benefícios de qualquer intervenção são maiores do que os riscos^{29,30}. Todavia, em ambos os casos, o princípio ético do *primum non nocere* impõe cuidadosa, científica e contextualizada avaliação de riscos e benefícios de quaisquer tipos de intervenção. Deve-se ter em conta que podem surgir prejuízos em função do fato de pessoas assintomáticas, após a realização do rastreamento, passarem a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções. Surgem nos rastreamentos os falso-positivos, os efeitos físicos decorrentes do desconforto provocado pelo procedimento diagnóstico, assim como os efeitos psicológicos nas pessoas que, muitas delas, passam a se sentir doentes simplesmente pela vivência dos atendimentos e exames¹⁹. Nos casos de rastreamentos de cânceres, em que ocorre também a identificação de tumores sem relevância clínica, esse efeito psicológico é particularmente grave e danoso, por causa do imaginário letal associado à doença e à palavra câncer.

Para a realização de rastreamentos populacionais deve existir sustentação científica, mediante ensaios controlados e aleatórios, de estudos de correlação e observacionais, tais como estudos de caso-controle e de coorte, para se demonstrar numa análise de custo-efetividade a sua evidência e assim avaliar as vantagens da aplicação de tal procedimento³⁰.

Em contrapartida, pela divulgação desta forma de prevenção secundária, são criadas nas populações expectativas cada vez maiores sobre as intervenções na sua saúde³¹. São exemplos típicos as situações em que mães solicitam exames de sangue, urina e fezes para seus filhos; adultos jovens sem outros fatores de risco cardiovascular querem dosar colesterol, mulheres de todas as idades querem fazer mamografia, e que seus maridos façam “preventivo” de próstata. Parentes de diabéticos, ou mesmo sem parentesco, querem fazer glicemias ou exames de sangue periodicamente.

A prevenção quaternária impõe uma estrita necessidade de o profissional estar atualizado sobre os estudos científicos de boa qualidade voltados para avaliar a relação risco-benefício dos rastreamentos, o que significa que precisa usar a medicina baseada em evidências, inexoravelmente, para bem embasar, técnica e eticamente, sua decisão de rastrear. E é isso que faz com que sejam relativamente poucos os rastreamentos recomendados¹⁵.

Kloetzel²⁰ fornece bom exemplo sobre os cuidados a serem tomados e os perigos de um rastreamento mal fundamentado: supondo uma doença com prevalência de 0,5% na população (na média, cinco pessoas em cada mil apresentam a doença), admitamos que um teste para seu diagnóstico possua especificidade de 80%, o que é um valor favorável, e a sensibilidade seja 100%. Se este exame for realizado num rastreamento em mil pessoas, encontraremos cinco pessoas doentes misturadas com 199 pessoas sadias com testes positivos, vale dizer, 199 falso-positivos. Cada doente vem acompanhado de aproximadamente 40 alarmes falsos; uma situação, convenhamos, constrangedora. Esse é o cotidiano, só que pouco percebido. A maior parte das doenças geralmente tem prevalência abaixo de 1/100, geralmente mais próxima de 1/1.000. Assim, cada perfil bioquímico pedido sem motivo abre as portas para uma pequena catástrofe.

Essa pequena catástrofe reproduz-se na clínica cotidiana, e é também induzida pelo excesso de solicitação de exames clínicos, que ocorre em situações clínicas distintas do rastreamento.

Excesso de exames complementares

Os médicos, em geral, tendem a solicitar mais exames complementares do que o necessário, ação que tem sérios e previsíveis efeitos colaterais¹⁹. Como isso ocorre há muito tempo, hoje é multiplicado pela pressão dos próprios pacientes.

As características técnicas dos testes diagnósticos realizados na população ou nos pacientes individuais necessitam ser levados em conta, como especificidade e sensibilidade. Além disso, abusos comuns dos médicos quanto à solicitação de exames complementares derivam de uma distorção de seu raciocínio clínico advinda:

1) Da influência avassaladora da prática médica especializada (dos médicos especialistas focais – neurologistas, cardiologistas etc.)³⁰. O raciocínio clínico desses especialistas é modificado em função de sua peculiar situação social e institucional: reduzida responsabilidade para com os problemas de saúde na globalidade dos seus pacientes e aumentada responsabilidade para com as patologias de sua especialidade. Isso implica algumas situações típicas da sua prática médica real, embora não prescritas nos livros nem fundamentadas cientificamente: (a) o especialista focal precisa garantir que o doente não tem alguma doença de sua especialidade. Ao invés de se construir um diagnóstico do problema de saúde do paciente, na medicina especializada tende a haver uma inversão do ônus da prova, que recai na obrigação de eliminar as doenças da especialidade possíveis de existirem no paciente – pois não se admite que um especialista deixe passar um diagnóstico de sua especialidade em um doente: isto seria uma declaração de incompetência³³; (b) em havendo suspeita de uma doença de sua especialidade, ela deve ser devidamente comprovada, para o que o especialista não poupa os testes diagnósticos. A margem de incerteza da medicina especializada é menor e a busca da certeza diagnóstica, por vezes, é justificada pela agressividade da intervenção.

2) Da formação hospitalocêntrica dos médicos. Essas duas características acima mencionadas (a) e (b) são imensamente multiplicadas pelo ambiente hospitalar, onde se concentra a produção de conhecimento médico especializado e o aprendizado médico, e igualmente se concentram os pacientes com patologias graves e/ou em estado de descompensação orgânica avançada, com risco de vida, carentes de ação rápida e que dão a sensação de suficiência ao saber médico e ao intervencionismo de cunho biológico³⁴. O ambiente hospitalar de aprendizagem é diferente daquele da prática médica generalista e da medicina de família e comunidade na

atenção primária à saúde, mas é nele que a quase totalidade dos médicos é formada.

Além disso, no hospital ocorre um viés populacional, um cenário de aprendizado com populações selecionadas e referidas, fazendo com que a prevalência de doenças seja alta neste contexto, fato que aumenta o rendimento positivo dos testes diagnósticos. Quando formados, os médicos deverão trabalhar em comunidades em que predomina a saúde em relação à doença e, assim, o rendimento dos exames complementares será pobre ou eles gerarão mais danos que benefícios quando mal indicados, sobretudo pelo risco dos falso-positivos.

Por fim, o senso comum e leigo invade e pressiona os profissionais, que solicitam exames “por via das dúvidas”, ou “de rotina”, ou ainda por dificuldade na definição de diagnóstico decorrente de quadros clínicos inespecíficos, freqüentes na atenção primária à saúde. É fácil de entender que a prática médica daí derivada desembocará numa avalanche de exames complementares, muitos deles pedidos desnecessariamente, que poderão acarretar mais prejuízos que benefícios, como falsos positivos, achados casuais, situações limítrofes, desvios do raciocínio clínico etc. Essa situação é seara precípua da prevenção quaternária, que nesse caso significará restringir os pedidos de exames sempre ao estritamente necessário e usar a “demora permitida”, como adiante discutido ¹⁹.

Medicalização de fatores de risco

Do ponto de vista histórico a prevenção migrou da Saúde Pública para a clínica das doenças. Assim, a identificação de fatores de risco como parte da prevenção inaugurou uma nova era na Saúde Pública e na Medicina. Fatores de risco, como a hipertensão arterial, são agora considerados como “doenças” ¹³.

O termo “fator de risco” diz respeito a um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica pessoal, biológica ou social em relação à qual existe evidência epidemiológica de que está associada à determinada condição relacionada com a saúde, condição essa que se considera importante prevenir. Numa linguagem mais simples, usa-se o termo “fator de risco” para descrever características (fatores) que estão associadas positivamente ao risco de desenvolvimento de doença, mas não são necessariamente fatores causais. Um fator causal é aquele que ficou estabelecido com um razoável consenso científico como agente causal de uma enfermidade.

Este tipo de medida (estabelecimento de fatores de risco) baseia-se em cálculos de probabilidades e a evidência é obtida pelos estudos com grupos de indivíduos, eventualmente do somatório de vários grupos de indivíduos (metanálises). Na sua prática clínica, cada médico acaba por fazer uma extrapolação da evidência obtida com esses grupos de indivíduos para o seu paciente individual, com as suas próprias especificidades. Esta extrapolação não é linear, muito menos consensual e necessita de elevada perícia e arte médica, mas pretende, especialmente, aplicar o princípio da beneficência: agir no melhor interesse do paciente.

O fator de risco não é necessário nem suficiente para que se apresente a enfermidade. O fator de risco é simplesmente algo que se associa estatisticamente à doença, e cuja evitação diminui a freqüência da doença, no entanto não a exclui. Este conceito é muito diferente da idéia predominante no imaginário coletivo da população – e inclusive dos profissionais – que associa fator de risco à causa necessária e suficiente de doença ³⁵. Em geral, os profissionais identificam erroneamente os fatores de risco como agentes etiológicos de doença ³⁶. Por isso, supõe-se que a evitação do fator de risco elimina a possibilidade da doença e se aceita que a presença dos fatores de risco levará ao desenvolvimento futuro da doença. A realidade se opõe tenazmente a estas assertivas, todavia o leigo e o profissional se apegam a uma interpretação que atribui causalidade ao fator de risco ²⁵.

A simples presença ou ausência dos fatores de risco, mesmo somados (o que multiplica o risco) não assegura nem exclui o episódio. De fato, é muito chamativo o escasso valor discriminante dos fatores de risco, de modo que sua simples presença não permite predição válida acerca do futuro do indivíduo concreto considerado. Tal dificuldade em transladar os resultados de grupos e populações para os indivíduos foi assinalada por Feinstein ³⁷ como uma “tragédia clínico-epidemiológica”.

O mal-entendido se baseia na imprecisão provocada pela situação do conceito de fator de risco, na encruzilhada entre a causalidade (teoria), a estatística (técnica) e a medicina (ação de cuidado) ³⁵. A ambigüidade do conceito de fator de risco não é inocente e se baseia no poderoso efeito associativo sobre a mente humana da concatenação de episódios. Com tal bagagem de erros e imprecisão, o fator de risco se converte em carro-chefe de uma atividade sanitária que vai da saúde pública ao tratamento do paciente, não sem grande dose de ideologia preventivista e linguagem moralizante, que se ocultam sob o manto da estatística, em benefício das agendas

farmacológicas e comerciais que “combatem” fatores de risco^{38,39}. A alquimia dos números deslumbra os pacientes e a sociedade, e prefere-se a segurança de uma resposta errônea envernizada de estatística à incerteza da ignorância²⁴.

Uma vez que os fatores de risco têm pouco poder preditivo, o prudente é empreender programas que interfiram nas condições básicas de toda a população, que não sejam centrados nos fatores de risco de alguns pacientes, por muito “de risco” que sejam⁴⁰. A medicalização excessiva dos fatores de risco tem levado a uma verdadeira transformação cultural nas populações, de modo que hoje, segundo Gérvas & Pérez-Fernández²⁴, encontramos na população pessoas sãs (por sê-lo e, sobretudo, por ausência de contato com o sistema de saúde), sãs preocupadas (com os fatores de risco e com a probabilidade de estarem enfermas), sãs estigmatizadas (marcados com algum fator de risco, tipo hipertensão, que lhes introduz no circuito dos cuidados médico-sanitários), e enfermas, reais ou imaginárias (por transformação de fatores de risco em pseudo-doenças). Transformamos os sãos em sãos preocupados e, depois, em sãos estigmatizados e em pseudo-enfermos, com o que os deixamos indefesos ante os danos desnecessários, diários e extraordinários, previsíveis e imprevisíveis. Esse processo demanda e reitera a necessidade de prevenção quaternária.

Arte e ciência da prevenção quaternária

Talvez uma das formas mais importantes de se evitar a medicalização excessiva das pessoas e praticar a prevenção quaternária é aliar três ferramentas importantes para o cuidado clínico: abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e centramento do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade. A primeira ferramenta diz respeito ao fato de que existe um sujeito que vive o drama da existência, com seu saber próprio e suas incertezas, medos, angústias, uma bagagem cultural marcada pela vida. Para realizar sua abordagem, deve-se colocar entre parênteses a idéia de diagnosticar doenças e colocar a ciência a serviço do ser humano, como apenas uma ferramenta que poderá ser utilizada ou não. O paciente geralmente tem uma agenda a respeito do assunto para o qual veio consultar o médico, um modelo explanatório sobre como sofre, sua causa e os medos com respeito à sua saúde que agora está abalada. Portanto, mais do que fechar diagnósticos, há de se ouvir as queixas e refletir conjuntamente sobre as possibilidades diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. A construção de um

plano terapêutico deve ser compartilhada a fim que se possa caminhar junto com o paciente no processo do cuidar⁴¹.

A segunda ferramenta é a medicina baseada em evidências, a utilização de conhecimentos da biomedicina que tenham o melhor grau de comprovação de sua eficácia pela ciência, aliados ao contexto e anseios do paciente. Ou seja, o consciencioso uso da melhor evidência atual para tomar uma decisão sobre o cuidado de um paciente individual. Pode-se classificar a evidência científica em dois tipos: *Disease Oriented Evidence* – DOE e *Patient Oriented Evidence that Matters* – POEM⁴². Os estudos do tipo DOE (evidência orientada à doença) versam sobre desfechos intermediários, como controle de arritmias, redução do colesterol, controle da pressão etc. Despertam mais atenção da mídia e das pessoas, têm raiz numa tendência unicausal e se correlacionam bem com a visão leiga de que “isso é bom para aquilo” – “tome chá disso que é bom para abaixar o colesterol”. Esse tipo de pensamento também ocorre na ciência: no exemplo da terapia de reposição hormonal (TRH) para mulheres menopáusicas, cujos estudos preliminares demonstravam que o uso de estrogênio e progestágeno reduzia o colesterol total e aumentava o colesterol-HDL (colesterol bom), logo se deduziu que a TRH era boa para o coração.

Porém, o que mais interessa é saber se a intervenção trouxe real benefício ao paciente, a saber: se aliviou o sofrimento, reduziu a morbidade e a mortalidade e foi menos custosa para o paciente. Esta é a evidência POEM (evidência orientada ao paciente e a que tem importância). Depois que se realizou um ensaio clínico de alta qualidade pode-se verificar que as mulheres que usavam hormônio, apesar de terem um perfil lipídico melhor, morriam mais. Não interessa somente saber que o colesterol melhorou, mas sim se as pessoas estavam vivendo mais e melhor. A promessa da TRH era que, ao se reduzir a perda de massa óssea, diminuir-se-iam os riscos de fratura de colo de fêmur nas senhoras idosas no futuro e ainda se teria um *plus* de proteger o coração. As mulheres não estavam sofrendo no presente e, sim, tratava-se de medidas preventivas que, uma vez prescritas, só muito tempo depois seriam revertidas.

A terceira ferramenta é o fortalecimento da atenção primária à saúde e da longitudinalidade nela, com o exercício do conceito de *watchful waiting* (“observação assistida”), ou demora permitida²¹, particularmente importante para os médicos de família e comunidade e para a Estratégia Saúde da Família. Nesta última, o mecanismo de adscrição territorial dos usuários às equipes de saúde da família induz e supõe a

longitudinalidade. Starfield ⁴³ estima que 40% dos pacientes que trazem um novo problema ao médico de família melhoram sem que seja estabelecido um diagnóstico específico. A estratégia usada pelos médicos generalistas ou de família é monitorar os indivíduos que apresentam sintomas e sinais inespecíficos por várias semanas. Como o quadro sintomático de uma parte deles, na sua evolução, torna-se mais específico, a hipótese sobre o diagnóstico pode emergir. Durante esse período de observação assistida (ou demora permitida), a probabilidade pré-teste de que o problema seja uma doença passível de definição diagnóstica ou de um teste diagnóstico aumenta. Logo, a prevalência da doença no grupo a ser investigado cresce e dessa forma os riscos de falso-positivo e falso-negativo do teste são reduzidos. Assim, a chamada “tintura do tempo” desempenha um papel importante em melhorar os valores preditivos positivos dos testes diagnósticos ⁴².

Cabe, então, aos profissionais de saúde aplicar o que diz Gérvas & Pérez-Fernández ²⁴ (p. 68)

“A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, fator de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação, mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária”.

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

Resumo

Em 2003, a Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Médicos Gerais/Médicos de Família (WONCA) propôs um conceito relativamente pouco discutido que visa proteger os pacientes da intervenção médica desnecessária e prevenir iatrogenias: a prevenção quaternária. Tal conceito tem evidente relevância para a saúde pública e para o Sistema Único de Saúde (SUS), em tempos de intensa medicalização social e expansão da atenção à saúde via Estratégia Saúde da Família. Neste artigo, o conceito de prevenção quaternária é apresentado e contextualizado, e sua relevância é discutida, ressaltando três situações comuns do cuidado médico geradoras de grande iatrogenia: excesso de rastreamento, de solicitação de exames complementares e de medicalização de fatores de risco. Defende-se a necessidade da adoção e discussão deste conceito no SUS e especialmente na atenção primária à saúde.

Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Medicina Social

Colaboradores

Ambos os autores participaram igualmente na elaboração do texto.

Referência

1. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª Ed. São Paulo: Editora Nova Fronteira; 1981.
2. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunic Saúde Educ* 2006; 10:61-76.
3. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1988.
4. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284:483-5.
5. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comunic Saúde Educ* 2006; 10:347-62.
6. Jamouille M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice). <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html> (acessado em 06/Out/2008).
7. Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
8. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006; 20 Suppl 1:127-34.
9. Gérvas J, Pérez-Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:205-18.
10. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1976.
11. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2005; 23:91-6.
12. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
13. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62:580-3.
14. Montori V, Isley W, Guyatt G. Waking up from the dream of preventing diabetes with drugs. *BMJ* 2007; 334:882-4.
15. Hespanhol A, Couto L, Martina C. A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2008; 24:49-64.
16. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2007; 23:289-93.
17. Mayo R. Medically unexplained physical symptoms: do not overinvestigate. *BMJ* 1991; 333:534-5.
18. Yalom I. Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas. Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.
19. Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:65-7.
20. Kloetzel K. Medicina ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU; 1999.
21. Gérvas J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 1997; 109:549-52.
22. Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. el ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003; 32:158-62.
23. Gérvas J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006; 22:723-7.
24. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* 2006; 20 Suppl 3:66-71.
25. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la medicina general. Médico (México)* 2005; 940:11-4.
26. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician* 2001; 63:513-22.
27. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968.
28. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Dery V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ* 2008; 86:317-9.
29. Gray JAM. New concepts in screening. *Br J Gen Pract* 2004; 54:292-8.
30. Sackett D. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167:363-4.
31. Sousa-Pinto A, Veiga G, Hespanhol AP. Exames periódicos (check up's) em adultos assintomáticos, em medicina geral e familiar. *Arq Med* 2002; 16:23-33.
32. Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42:139-44.
33. Birolini D. A mão que controla a caneta. *Medicina* 1998; (12):90-24.
34. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
35. Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria* 1998; 22:585-95.
36. Silva LC. Hacia una cultura epidemiológica revitalizada. *Dimens Hum* 1997; 1:23-33.
37. Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinicostatistical tragedy. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:297-9.
38. Smith GD. Reflections on the limitations to epidemiology. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:325-31.
39. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
40. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1993.
41. Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
42. Rosser W, Shafir M. Evidence-based family medicine. Hamilton: BC Decker Inc.; 1998.
43. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ª Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

Recebido em 06/Jan/2009

Versão final reapresentada em 08/Mai/2009

Aprovado em 18/Mai/2009