

Da prevenção primordial à prevenção quaternária

LÚCIO MENESES DE ALMEIDA

O autor descreve sucintamente os vários níveis de prevenção em saúde, incluindo o mais recente: a prevenção quaternária. Este quinto nível de prevenção visa detectar indivíduos em risco de sobretratamento (*overmedicalisation*), por forma a protegê-los do intervencionismo médico inapropriado, além de visar capacitar os utentes enquanto consumidores de cuidados de saúde.

A pertinência da prevenção quaternária resulta dos custos crescentes em saúde nos últimos quarenta anos, decorrentes quer do envelhecimento da população, quer da inovação tecnológica hospitalar.

O autor aborda ainda o «marketing do medo» (*marketing of fear*), que consiste na sobrestimação de situações patológicas na população em geral, bem como na «medicalização» de factores de risco, visando alargar o mercado dos consumidores de saúde e, conseqüentemente, o mercado farmacêutico.

É salientada a importância da análise das decisões clínicas como forma de aumentar a qualidade do acto médico e a utilização eficiente dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Palavras-chave: prevenção primordial; prevenção quaternária.

□

Lúcio Meneses de Almeida é assistente eventual de saúde pública no Centro de Saúde de Mira (SRS de Coimbra) e no Centro Regional de Saúde Pública do Centro.

Submetido à apreciação: 24 de Março de 2004.
Aceite para publicação: 1 de Setembro de 2004.

Introdução

A medicina é tão antiga como a própria humanidade, já que desde sempre a doença e os acidentes acompanharam o homem: de facto, e segundo o autor clássico Plínio, «houve povos sem médicos, mas nunca houve povos sem medicina» (Sousa, 1981).

Na Grécia antiga, berço da civilização ocidental, a prática da medicina assentava, primariamente, na promoção de estilos de vida saudáveis — nomeadamente através da «dietética» (Nutton, 1996). Considerava-se que os estados patológicos resultavam do desequilíbrio entre as causas da doença e as forças curativas da natureza: assim, a função do médico na Grécia antiga era auxiliar estas forças curativas a restabelecerem o estado fisiológico (saúde), promovendo as condições favoráveis para tal e abstendo-se de realizar acções intempestivas ou inadequadas (Sousa, 1981).

Com o advento do cristianismo foram criados os primeiros hospitais — instituições devotadas ao cuidado dos enfermos mais desfavorecidos —, estando frequentemente associados a mosteiros e igrejas (Porter, 1996). Muitas vezes, a capacidade dos hospitais medievais não excedia a dúzia de camas e o seu corpo «clínico» era composto por um par de religiosos (Porter, 1996).

Desde a Idade Média até à actualidade, os hospitais passaram de instituições caritativas dedicadas aos pobres e indigentes para instituições prestadoras de cuidados de saúde de ponta da globalidade da popu-

lação, assumindo-se, igualmente, como centros de investigação médica (Porter, 1996).

Nos últimos quarenta anos temos vindo a assistir nos países industrializados a uma «explosão de custos» (*cost explosion*) no sector da saúde (Zweifel e Dreyer, 1997) atribuível não só ao envelhecimento da população, mas também à inovação tecnológica hospitalar, à alteração da estrutura familiar (institucionalização dos idosos) e às maiores expectativas das populações face à saúde — traduzidas pela exigência de mais e melhores cuidados de saúde (Clewer e Perkins, 1998).

Mas, se a medicina curativa terá existido desde sempre, considera-se que a emergência da medicina preventiva ocorreu no século XVIII (Pita, 1996) com a vacinação jennericiana. Neste século surgem, igualmente, várias obras destinadas a educar a generalidade da população sobre saúde (Pita, 1996).

Se a finalidade da medicina preventiva é melhorar a saúde dos indivíduos assintomáticos (Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003), também é um facto que o número de situações ou doenças rastreáveis tem vindo a aumentar, ao ponto de se falar numa «epidemia de riscos» (*risk epidemic*) (Skolbekken, 1995, citado por Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003); desta forma, muitos autores referem a «medicalização» da sociedade como «efeito adverso» da medicina preventiva (Verweij, 1999).

Segundo a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Otava (Canadá) em 1986 sob os auspícios da OMS, a saúde, mais do que um objectivo de vida, é um recurso do dia a dia. A responsabilidade da promoção da saúde é comum a todos os sectores da sociedade, através da capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades, da criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais (pela educação para a saúde).

Os progressos no conhecimento do genoma humano e os avanços da engenharia genética abriram, em finais do século XX, uma nova perspectiva à medicina humana: a medicina preditiva. Esta permite conhecer, para cada indivíduo e muito precocemente, os factores de risco (genómicos) que poderão ameaçar a sua vida (Sournia e Ruffie, 1986).

Enquanto a medicina preventiva terá tido como consequência negativa a «medicalização» da sociedade, a medicina preditiva poderá resultar na estratificação da sociedade em «geneticamente aptos» e «geneticamente inaptos». Desta forma, os desafios éticos e morais da medicina preditiva — mas também os seus ganhos potenciais — superam em muito os da medicina preventiva.

Neste artigo são descritos sumariamente os vários níveis de prevenção em saúde, bem como as suas

implicações em saúde pública. É dada especial relevância a um nível de prevenção recentemente descrito e que é, simultaneamente, o nível mais elevado de prevenção em saúde: a prevenção quaternária.

Pretende-se divulgar este nível de prevenção (no que diz respeito às suas definições e conceitos), acentuando a sua pertinência em termos de consumo de cuidados de saúde, e reflectir sobre um fenómeno já evidente na nossa sociedade que é a sua «medicalização».

Níveis de prevenção em saúde

Até há pouco tempo considerava-se que existiam quatro níveis de prevenção em saúde: a prevenção primordial e as «clássicas» prevenção primária, secundária e terciária.

A *prevenção primordial*, estreitamente associada às doenças crónico-degenerativas (*noncommunicable diseases* — *NCD*), visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença (Alwan, 1997). Deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (Alwan, 1997).

Assim, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde confundem-se, sendo — no entanto — complementares. Segundo Czeresnia, enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral (Czeresnia, 1999).

Há autores que consideram que a promoção da saúde está incluída no nível primário de prevenção (Jekel, Elmore e Katz., 1999; Jamouille, 2000; Jamouille *et al.*, 2002), correspondendo a um seu «subtipo» inespecífico (Jekel, Elmore e Katz., 1999).

O nível primordial de prevenção tem um impacto notável em saúde pública. Assim, e por exemplo, no que diz respeito à prática regular do exercício físico, esta é, isoladamente, uma das actividades promotoras de saúde mais importantes (Barker, 1998), à semelhança da dieta — dois terços das mortes anuais nos EUA correspondem a doenças relacionadas com a alimentação (Nestle, 1998).

A *prevenção primária* inclui o conjunto das actividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um factor de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamouille, 2000; Jamouille *et al.*, 2002). Inclui a imunização, que visa aumentar a resistência do hospedeiro a um determinado microorganismo.

Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controlo dos factores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população (Alwan, 1997).

A *prevenção secundária* tem como finalidade a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Jamouille, 2000; Jamouille *et al.*, 2002) — isto pressupõe, entre outros, o conhecimento da história natural da doença e a existência de um período de detecção precoce (incluído no período pré-clínico) suficientemente longo.

É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios e os achados de caso (Fowler e Gray, 1983): ambos visam identificar indivíduos presumivelmente doentes mas assintomáticos relativamente à situação em estudo.

Note-se que, enquanto um rastreio (*screening*) tem um âmbito comunitário, o achado de caso (*case finding*) diz respeito a indivíduos sob cuidados médicos (Jekel, Elmore e Katz, 1999; Last, 1995). Por outro lado, nos achados de caso, geralmente, a iniciativa é individual, e não dos serviços de saúde — exceptuam-se os «achados de caso activos» (*active case finding*), em que a iniciativa da procura dos casos é dos serviços de saúde ou dos seus profissionais (Last, 1995).

De um modo geral, o rastreio aplica-se a doenças crónicas (Last, 1995) e que progridem para estádios progressivamente mais graves a não ser que sejam tratadas (Morrison, 1998), sendo que a sua finalidade é reduzir a mortalidade ou a morbilidade por uma determinada doença no grupo rastreado (Morrison, 1998).

Já o achado de caso consiste numa detecção oportunista da doença ou seus factores de risco em indivíduos que consultam o seu médico por outros problemas (Fowler e Gray, 1983) — aplica-se, por exemplo, àqueles indivíduos que são sujeitos a rotinas pré-operatórias no decurso de cirurgias electivas (Jekel, Elmore e Katz, 1999).

Alguns autores consideram, no entanto, que os achados de caso (*case finding*) consistem na procura de casos e de controlos para estudos epidemiológicos (Tyler e Last, 1998).

Já a *prevenção terciária* tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos.

Atendendo à associação entre incapacidade e doença crónica (Barker, 1998), a prevenção terciária implica o tratamento (e controlo) das doenças crónicas (Fowler e Gray, 1983; Alwan, 1997).

Assim, o nível terciário de prevenção corresponde, basicamente, à «gestão» dos estados de doença (Fowler e Gray, 1983).

Prevenção quaternária: *to heal or to harm?*

A prática da medicina clínica resulta do equilíbrio entre a «gestão da incerteza» diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos (Jamouille *et al.*, 2002). Ao contrário do direito, em que «mais vale soltar um criminoso do que prender um inocente», na medicina clínica é preferível «tratar» um são a não tratar um doente (Jamouille *et al.*, 2002) — daí verificar-se, muitas vezes, um excesso de intervencionismo médico (curativo ou preventivo).

Em 1995, M. Jamouille e M. Roland apresentaram em Hong-Kong um *poster* intitulado *Quaternary prevention and the glossary of general practice/family medicine*, em que propunham um novo nível de prevenção: a prevenção quaternária (Jamouille, 2000).

Este nível de prevenção — ao qual podemos chamar «prevenção da iatrogenia», ou «prevenção da prevenção (inapropriada)» — foi aceite pelo Comité Internacional de Classificação da WONCA em 1999 (Jamouille, 2000) — trata-se da resposta ao eterno dilema *to heal or to harm?*

A prevenção quaternária visa «evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico» associado a actos médicos desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos (Gérvás e Fernández, 2003).

Este nível mais elevado de prevenção em saúde consiste na «detecção de indivíduos em risco de sobretreamento (*overmedicalisation*) para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis» (Jamouille, 2000).

Alguns autores consideram que a prevenção quaternária é sinónima de «prevenção do sofrimento» (*prevention of suffering*) (MacDonald, 1991; Weinstein, 2001), correspondendo à 4.^a e última fase de controlo do cancro (*cancer control*): a 1.^a fase corresponde à prevenção primária, a 2.^a fase corresponde à detecção e tratamento precoce das lesões neoplásicas (prevenção secundária) e a 3.^a fase corresponde ao tratamento, reabilitação e melhoria da sobrevida dos doentes cancerosos (prevenção terciária) (MacDonald, 1991).

Assim, a prevenção quaternária em oncologia enquadra-se nos cuidados paliativos, cuja finalidade é a

melhoria da qualidade de vida dos doentes, prevenindo e aliviando o sofrimento dos próprios e dos seus familiares (OMS, 2002), mediante a detecção e tratamento (o mais precoce possível) dos sintomas relacionados com o cancro (MacDonald, 1991; Weinstein, 2001). À medida que a doença progride e a possibilidade de prolongar a vida se vai tornando menor, os cuidados de saúde devem reorientar-se no sentido de proporcionarem progressivamente mais conforto e qualidade de vida (Byock, 2000) — trata-se de uma abordagem integrada, traduzida por um *continuum* de cuidados, em que os cuidados paliativos se iniciam mesmo antes dos cuidados curativos e das terapêuticas que visam prolongar a vida se tornarem ineficazes (MacDonald, 1998; Byock, 2000).

Aparentemente, estamos perante uma perspectiva divergente da anterior (prevenção da iatrogenia); no entanto, ao reorientarem-se os cuidados de saúde no sentido de proporcionarem uma melhor qualidade de vida aos doentes incuráveis, previnem-se as intervenções médicas desnecessárias ou inapropriadas — porque de benefício duvidoso ou de risco desproporcionalmente elevado.

De referir que a prevenção quaternária em cuidados paliativos diz respeito não só à prevenção e tratamento da dor (uma vez já estabelecida), mas também à prevenção e tratamento de outros sintomas e sinais, como os estados confusionais e a desnutrição (MacDonald, 1998), bem como o sofrimento psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

De qualquer das formas, a prevenção quaternária passa pela «análise das decisões clínicas» (*clinical decision analysis*) — estratégia que visa a melhoria da qualidade (e racionalidade económica) do acto médico (Weinstein e Fineberg, 1980). Para tal deve apoiar-se na epidemiologia clínica e na medicina baseada na «evidência» (*evidence-based medicine*) — ou, traduzindo com mais propriedade, na medicina baseada na prova (*evidence* = prova).

Note-se que a análise das decisões clínicas — que não é mais do que uma «abordagem do processo de decisão em situações de incerteza» (Weinstein e Fineberg, 1980) — não tem por objectivo substituir o julgamento clínico, mas antes complementar e fortalecer a decisão clínica (Weinstein e Fineberg, 1980). Esta última deve ser norteada por dois princípios fundamentais: a proporcionalidade e a precaução (*primum non nocere*).

O «princípio da proporcionalidade» implica que os ganhos potenciais de uma qualquer intervenção devam ser ponderados face aos riscos dessa mesma intervenção (Byock, 2000), por forma a evitar a iatrogenia (do grego *iatros* — médico + *genesis* — origem) ou a patopoiese (do grego *pathos* — doença + *poiese* — formação).

Nas últimas décadas, o número de factores de risco em populações saudáveis tem vindo a aumentar na literatura médica, falando-se mesmo numa «epidemia de riscos» (*risk epidemic*) (Skolbekken, 1995, citado por Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003); este facto, associado a limiares de intervenção cada vez mais baixos, faz com que cada vez mais indivíduos saudáveis sejam rotulados como estando «em risco» e tenham necessidade de cuidados médicos (Skolbekken, 1995, citado por Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003) — é a «medicalização» dos factores de risco (Gøtzsche, 2002).

Alguns autores têm chamado a atenção para o alegado «patrocínio» da doença pela indústria farmacêutica: através de campanhas dirigidas para o público em geral, a indústria farmacêutica pretenderia «vender» a doença para chamar a atenção para as terapêuticas mais recentes (Moynihan, Heath e Henry, 2002). A estratégia usada seria o *marketing* do medo (*marketing of fear*), que se traduz pela sobrestimação de situações clínicas e factores de risco na população e pela «medicalização» de situações fisiológicas (Moynihan, Heath e Henry, 2002).

De facto, nos últimos anos temos vindo a assistir a uma «dessacralização» dos clínicos: o público tornou-se mais activo e aceita menos passivamente a autoridade médica; secundariamente, tornou-se mais permeável a outras influências, nem sempre isentas (Moynihan, Heath e Henry, 2002). A publicidade farmacêutica, redireccionada para o público em geral, contribui para a difusão de novas categorias de doenças e para a medicalização da vida diária (Moynihan, Heath e Henry, 2002; Cathebras, 2003). Desta forma, importa promover a divulgação de fontes independentes de informação em saúde (Moynihan, Heath e Henry, 2002), bem como capacitar os utentes, enquanto consumidores de saúde, relativamente às implicações (individuais, sociais e económicas) de um consumo inapropriado de cuidados de saúde.

Só assim se poderão evitar as consequências da «medicalização» inapropriada, traduzidas pela «rotulagem» (*labelling*) indevida, iatrogenia e desperdício de recursos (Moynihan, Heath e Henry, 2002).

Conclusões

A prevenção quaternária, o nível mais elevado de prevenção em saúde, pretende evitar o excesso de intervencionismo médico através da detecção de indivíduos em risco de sobretreamento — trata-se, pois, da prevenção da iatrogenia.

Isto implica não só a prescrição criteriosa e economicamente racional de métodos diagnósticos e terapêu-

ticos pelos clínicos, mas também a capacitação dos utentes/consumidores de cuidados de saúde, visando a procura apropriada dos cuidados de saúde e o conhecimento das vantagens e inconvenientes dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

A análise das decisões clínicas, a epidemiologia clínica e a medicina baseada na prova (ou na «evidência») são alguns dos instrumentos que poderão auxiliar os clínicos na tomada de decisões — quer em termos diagnósticos e terapêuticos, quer em termos de racionalidade económica.

O nível quaternário de prevenção assenta em dois princípios fundamentais: o princípio da precaução (*primum non nocere*) e o princípio da proporcionalidade. Através da aplicação destes princípios na prática clínica pretende-se curar (*to heal*) sem causar dano (*to harm*), além da promoção de uma utilização mais criteriosa dos recursos em saúde.

A prevenção quaternária implica o respeito pela autonomia do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas (uma vez devidamente informado), bem como o direito de não ser confrontado com «rastreios» oportunistas, não relacionados com o motivo que o levou a consultar o seu clínico (Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003).

Este nível de prevenção é particularmente pertinente no grupo etário dos idosos, atendendo à redução fisiológica da sua reserva funcional («homeostenose») e conseqüente risco acrescido de iatrogenia — nomeadamente farmacológica (Almeida, 2004).

De salientar que, muitas vezes, o excesso de «intervencionismo» médico resulta da pressão exercida pelos utentes sobre os clínicos e que se traduz na chamada «medicina defensiva».

Ao promover a capacitação dos consumidores de saúde, a prevenção quaternária «toca» a outra extremidade da prevenção em saúde — a prevenção primordial —, parecendo, pois, encerrar o «ciclo» da prevenção.

□ Referências bibliográficas

ALMEIDA, L. M. — Envelhecimento e saúde pública : a promoção do «envelhecer activo». *Anamnesis*. 13 : 126 (2004) 34-37.

ALWAN, A. — Noncommunicable diseases : a major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 3 : 1 (1997) 6-16.

BARKER, W. H. — Prevention of disability in older persons. In WALLACE, R. B., ed.lit. — Public health and preventive medicine. Stamford (Connecticut) : Appleton & Lange, 1998. 1059-1068.

BYOCK, I. — Completing the continuum of cancer care : integrating life-prolongation and palliation. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*. 50 : 2 (2000) 123-132.

CATHEBRAS, P. — Le docteur Knock habite à Wall Street : les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique. *Revue de médecine interne*. 24 : 8 (2003) 538-541.

CLEWER, A.; PERKINS, D. — Economics for health care management. London : Prentice Hall, 1998.

CZERESNIA, D. — The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*. 15 : 4 (1999) 701-709.

FOWLER, G.; GRAY, M. — Opportunities for prevention in general practice. In GRAY, M.; FOWLER, G., ed. lit — Preventive medicine in general practice. Oxford : Oxford University Press, 1983. 20-32.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. — Genética y prevención cuaternaria : el ejemplo de la hemocromatosis. *Atención Primaria*. 32 : 3 (2003) 158-162.

GETZ, L.; SIGURDSSON, J. A.; HETLEVIK, I. — Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal*. 327 (2003) 498-500.

GÖTZSCHE, P. C. — Medicalisation of risk factors [commentary]. *British Medical Journal*. 324 (2002) 890-891.

JAMOULLE, 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) [Em linha]. Actual. 12 Jul. 2000. [Consult. 14 Mar. 2004]. Disponível em <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>.

JAMOULLE, M., et al. — Working fields and prevention domains in general practice/family medicine (Draft version 0.6) [Em linha]. Actual. 18 Set. 2000. [Consult. 25 Mai. 2004]. Disponível em <http://docpatient.net/mj/prev.html>.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. — Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre : Artmed, 1999.

LAST, J. M., ed.lit. — Um dicionário de epidemiologia. 2.^a edição. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995.

MACDONALD, N. — Palliative care : the fourth phase of cancer prevention. *Cancer Detection and Prevention*. 15 : 3 (1991) 253-255.

MACDONALD, N. — Palliative care : an essential component of cancer control. *Canadian Medical Association Journal*. 158 : 13 (1998) 1709-1716.

MOYNIHAN, R.; HEATH, I.; HENRY, D. — Selling sickness : the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. 324 (2002) 886-890.

MORRISON, A. S. — Screening. In ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S., ed.lit. — Modern epidemiology. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 1998. 499-518.

NESTLE, M. — Nutrition in public health and preventive medicine. In WALLACE, R. B., ed.lit. — Public health and preventive medicine. Stamford (Connecticut) : Appleton & Lange, 1998. 1081-1089.

NUTTON, V. — The rise of medicine. In PORTER, R., ed. lit. — Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge : Cambridge University Press, 1996. 52-81.

PITA, J. R. — Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836). Coimbra : Livraria Minerva, 1996.

PORTER, R. — Hospitals and surgery. In PORTER, R., ed. lit. — Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge : Cambridge University Press, 1996. 202-245.

SOURNIA, J.-C.; RUFFIE, J. — As epidemias na história do homem. Lisboa : Edições 70, 1986.

SOUSA, A. T. — Curso de história da medicina: das origens aos fins do século XVI. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

TYLER, C. M.; LAST, J. M. — Epidemiology. In WALLACE, R. B., ed. lit. — Public health and preventive medicine. Stamford (Connecticut) : Appleton & Lange, 1998. 5-33.

VERWEIJ, M. — Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*. 13 : 2 (1999) 89-113.

WEINSTEIN, M. C.; FINEBERG, H. V. — Clinical decision analysis. Philadelphia : WB Saunders, 1980.

WEINSTEIN, S. M. — Integrating palliative care in oncology. *Cancer control*. 8 : 1 (2001) 32-35.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. Geneva : World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health and Welfare Canada. Canadian Public Health Association — Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa (Ontario) : World Health Organization. Health and Welfare Canada. Canadian Public Health Association, 1986.

ZWEIFEL, P.; DREYER, F. — Health economics. New York : Oxford University Press, 1997.

□ Abstract

FROM PRIMORDIAL TO QUATERNARY PREVENTION

The author describes briefly the several identified levels of prevention including the most recent one: the quaternary prevention. This fifth level of prevention aims to identify patients at risk of «overmedicalisation» — in order to protect them from new medical invasion — and to empower patients/health consumers.

Quaternary prevention is pertinent because of the continuing growth of health care expenditure during the last 40 years, secondary to ageing of the population and to hospitals' technologic innovation.

The author describes the so-called «marketing of fear», which consists on the over-estimation of disease and medicalisation of risk factors in order to expand markets for new products. The importance of clinical decision analysis is emphasised, as a way to improve medical practice and to promote an efficient use of diagnostic and therapeutic tools.

Keywords: primordial prevention; quaternary prevention.