

Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente

Quaternary prevention: the basis for its operationalization in the doctor-patient relationship

Prevención cuaternaria: las bases para su operacionalización en la relación médico-paciente

Armando Henrique Norman. Anthropology Department. Durham University. Durham, United Kingdom. ahnorman@hotmail.com (Autor correspondente)

Charles Dalcanale Tesser. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

charles.tesser@ufsc.br

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar as bases clínicas e conceituais para se operacionalizar a prevenção quaternária na prática dos serviços de Atenção Primária à Saúde e no ambiente de ensino e/ou programa de residência em medicina de família. Utilizou-se o modelo aprimorado de Calgary-Cambridge como substrato organizativo da consulta médica, de modo a inserir a prevenção quaternária em dois momentos: diagnóstico e plano de cuidados. Para fortalecer a prevenção quaternária nesses dois momentos da consulta discute-se: a) os eixos conceituais das doenças (anatomopatológico, fisiopatológico, semiológico e epidemiológico); b) as abordagens explicativas do fenômeno do adoecimento (ontológica e dinâmica); e c) o sofrimento em relação ao tempo (presente e futuro), diferenciando o sofrimento vivenciado no presente das preocupações com a saúde futura. Conclui-se que apesar das limitações da proposta, a formalização da prevenção quaternária no processo de consulta pode auxiliar a reduzir o automatismo diagnóstico e prescritivo que muito tem medicalizado as expressões do adoecer no cotidiano dos serviços da atenção primária à saúde.

Abstract

The aim of this paper is to present the clinical and conceptual basis to operationalize quaternary prevention in primary healthcare services and teaching contexts and/or residency programmes in family medicine. The enhanced Calgary-Cambridge model of medical consultation is used as an organizational matrix to insert quaternary prevention in two moments: diagnosis and care plan. To strengthen quaternary prevention in these two consultation moments, the discussion explores: a) conceptual disease axes (pathological, physiopathological, semiological and epidemiological); b) illness explanatory approaches (ontological and dynamic); and c) suffering in relation to time (present and future), differentiating present lived suffering from concerns about future health. We conclude that despite limitations of the proposed framework, formalising quaternary prevention in the consultation process can help reduce the diagnostic and prescribing automatism, which has medicalized many illness expressions in the routines of primary health care services.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar las bases clínicas y conceptuales para operacionalizar la prevención cuaternaria en la práctica de los servicios de Atención Primaria de Salud y contextos de educación y/o programas de residencia en medicina familiar. Se utilizó el modelo mejorado de Calgary-Cambridge como sustrato organizativo de la consulta médica para insertar la prevención cuaternaria en dos etapas: diagnóstico y plan de atención a la salud. Para reforzar la prevención cuaternaria en estos dos momentos de la consulta la discusión explora: a) los ejes conceptuales de las enfermedades (anatomopatológico, fisiopatológico, semiológico y epidemiológico); b) los enfoques explicativos de las enfermedades (ontológico y dinámico); y c) el sufrimiento con respecto al tiempo (presente y futuro), para diferenciar el sufrimiento vivido en el presente de las preocupaciones con la salud futura. Se concluye que a pesar de las limitaciones de la propuesta, la formalización de la prevención cuaternaria en el proceso de la consulta puede ayudar a reducir el automatismo diagnóstico y prescritivo que mucho tiene medicalizado las expresiones del padecimiento en el cotidiano de los servicios de atención primaria de salud.

Palavras-chave:

Prevenção Quaternária
Relações Médico-Paciente
Medicalização
Atenção Primária à Saúde
Medicina de Família e
Comunidade

Keywords:

Quaternary Prevention
Physician-Patient Relations
Medicalization
Primary Health Care
Family Practice

Palabras clave:

Prevención Cuaternaria
Relaciones Médico-Paciente
Medicalización
Atención Primaria de Salud
Medicina Familiar y Comunitaria

Fonte de financiamento:

o primeiro autor é bolsista da Capes (processo 103212-7); o segundo autor é bolsista do CNPq (processo 312989/2013-0).

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.
Recebido em: 26/09/2014.
Aprovado em: 04/04/2015.

Introdução

O tema do sobrediagnóstico e sobretratamento tem ganhado força nos países de língua inglesa, que usualmente lideram as discussões e pesquisas neste campo da medicina.¹ Este contexto ofuscou a temática da prevenção quaternária que tem sido pouco valorizada mesmo entre os médicos de família. Por exemplo, uma rápida pesquisa no PubMed com os descritores booleanos 'Quaternary Prevention' e 'Overdiagnosis' encontrou respectivamente 25 e 1630 artigos. Apesar de a prevenção quaternária ter sido definida oficialmente a mais de uma década,² sua disseminação no meio científico-acadêmico apresenta-se em um ritmo um tanto lento.

Uma das possíveis explicações é que as pesquisas relacionadas ao sobrediagnóstico e sobretratamento dialogam mais diretamente com os ensaios clínicos e os estudos epidemiológicos que buscam medir estes fenômenos.³ Outra explicação é que com o advento da medicina baseada em evidências (MBE) esta rebaixou a autoridade do clínico (opinião dos *experts em clínica*), empoderando pesquisadores e aqueles *experts* em avaliação dos resultados de artigos científicos, especialmente ensaios clínicos randomizados e metanálises.^{4,5} Ambos os contextos, reforçam uma abordagem de base populacional como fonte de evidências sólidas e boas práticas. Assim, a prevenção quaternária, que tem por definição uma abordagem centrada no paciente,² pode ter sido afetada por esta estrutura hierarquizada baseada em evidências.

No entanto, essa hierarquização das evidências tem se configurado mais como uma nova busca de poder sobre o conhecimento biomédico do que propriamente um novo rigor, ou cientificismo, em relação ao que é produzido na biomedicina.⁶ Esta questão foi recentemente trazida à tona no artigo intitulado "*Evidence based Medicine: a movement in crises?*" publicado no BMJ, alertando para os interesses da indústria farmacêutica. Existem vários vieses das companhias farmacêuticas relativos aos ensaios clínicos e suas metanálises, tais como: manipulação da dose-resposta das drogas em ambos os braços do estudo (intervenção e controle); recrutamento seletivo dos pacientes com maior probabilidade de responder à intervenção; adoção de desfechos substitutos; e finalmente, a não publicação dos resultados negativos das pesquisas.⁷ Todos esses fatores superestimam os benefícios da intervenção biomédica, tornando mais difícil a replicação dos seus resultados na população em geral. Nesse contexto, a prevenção quaternária pode ganhar destaque, visto que resgata a autoridade do médico, que passa a ter maior responsabilidade diante das incertezas produzidas por esse complexo fenômeno que é a MBE.

Este artigo visa contribuir para a operacionalização da prevenção quaternária, não em termos de sua definição,⁸ mas como esta pode ser integrada aos modelos de consulta utilizados para aprimorar a relação médico-paciente. Inicialmente, se resgata a importância da relação médico-paciente na definição da especialidade em medicina de família e comunidade. Depois, apresenta-se o modelo aprimorado de Calgary-Cambridge de consulta médica como substrato organizativo para inserir a prevenção quaternária em sua segunda etapa, que envolve dois momentos: diagnóstico e plano de cuidados. Para fortalecer a prevenção quaternária nesses dois momentos da consulta discute-se: a) os eixos conceituais das doenças (anatomopatológico, fisiopatológico, semiológico e epidemiológico); b) as abordagens explicativas do adoecimento (ontológica e dinâmica); e c) o sofrimento em relação ao tempo (presente e futuro), diferenciando o sofrimento vivenciado no presente das preocupações com a saúde futura. Dentro dessa análise proposta, a prevenção quaternária implica no uso criterioso das palavras, e na opção por um modelo explicativo dinâmico do fenômeno saúde-doença.

Relação médico-paciente

A relação médico-paciente é a pedra angular da prática do médico de família, sendo um dos pilares que a define enquanto especialidade.⁹ Por trabalhar com muitos casos indiferenciados, centrados na pessoa e na comunidade, a medicina de família é a especialidade que mais apoia e valoriza a relação médico-paciente. Nesse sentido, buscas por recursos em outras áreas do conhecimento como a psicologia, a sociologia e a antropologia visam potencializar essa relação de forma a melhorar a compreensão do binômio saúde-doença.⁸ Como afirma McWhinney,^{9,10} o médico de família deve, além de compreender a natureza física das enfermidades, buscar compreender os pacientes e que significado o adoecer traz para os pacientes e suas famílias.

Esta necessidade de fortalecer e aprimorar a relação médico-paciente conduziu a vários modelos de consulta, que foram adotados por diferentes escolas médicas em diferentes momentos. Por exemplo, na década de 1970, o *Royal College of General Practitioners (RCGP)* utilizou o modelo biográfico de Balint^{11,12} e o modelo biopsicossocial de Engel¹³ para definir uma prática do médico de família centrada no paciente e preocupada com a experiência total do adoecer.¹⁴

Método clínico: modelo aprimorado de Calgary-Cambridge

No Brasil, com a influência de médicos de família canadenses, tem-se utilizado o método clínico centrado na pessoa (MCCP), que tem sido adotado tanto em cursos de medicina como nos cursos de pós-graduação ou residências médicas. O MCCP é organizado em seis componentes, os três primeiros, sequenciais: (1) Explorar a doença e a experiência do adoecer; (2) Compreender o adoecimento e a pessoa como um todo; e (3) Negociar um plano comum de manejo. Estes componentes são permeados pelos três últimos: (4) Incorporar prevenção/promoção; (5) Fortalecer a relação médico-pessoa; e (6) Ser realista.¹⁵

Entretanto, o presente artigo utilizará um modelo aprimorado de Calgary-Cambridge,¹⁶ visto que este, diferente do MCCP, explicitamente integra dois pontos importantes: conteúdo (método clínico tradicional) e processo (habilidade de comunicação efetiva). Além do mais, o formato apresentado está configurado de forma operacional, isto é, para uma consulta com duração de 10 minutos, tempo padrão de consulta dos médicos de família no Reino Unido. Dois eixos norteiam o método de Calgary-Cambridge. O primeiro se refere à *coleta de dados* e o segundo *ao manejo clínico*.

- **Coleta de dados:** o paciente é encorajado a falar sobre o problema ou queixa principal, bem como o contexto em que este ocorre, ou seja, os componentes biopsicossociais e/ou biográficos. No final desta primeira etapa - geralmente quando o paciente já expressou suas preocupações, ideias e expectativas - é que o médico faz algumas perguntas fechadas, explorando sinais de alerta (*Red Flags*), bem como o exame físico direcionado, para fechar a fase de coleta de dados ou informações acerca do problema (etapas Subjetivo e Objetivo do acróstico SOAP).¹⁷
- **Manejo clínico:** a seguir, o médico deve compartilhar a sua impressão sobre o problema, para que juntos possam elaborar um plano terapêutico. Nessa segunda fase é que as informações colhidas na primeira etapa, referentes aos aspectos psicossociais e ocupacionais, ajudarão a contextualizar e individualizar o plano terapêutico (etapas Avaliação e Plano do acróstico SOAP).

Assim, o método sugere que se esgote primeiro uma fase para depois mover-se para a segunda (da mesma forma que se recomenda, em geral, respeitar a sequência do SOAP na condução de cada atendimento clínico). Portanto, o médico deve tentar manter um fluxo unidirecional e não cruzar (ir e voltar) entre esses dois momentos da consulta.

Modelo de consulta e prevenção quaternária

A inserção de atividades preventivas e/ou terapêuticas se localiza principalmente na segunda etapa (manejo clínico) do modelo de Calgary-Cambridge - ou no componente 3 (incluindo os componentes 4 e 5) do MCCP. Dentro dessa etapa, destacam-se dois momentos importantes: o primeiro refere-se à interpretação do(s) problema(s) que trouxe(ram) o paciente à consulta (ou fase do diagnóstico[s]) e sua socialização com o usuário; o segundo refere-se a formulação e compartilhamento de um plano comum de cuidado ou manejo do problema e/ou condição. A Figura 1 esquematicamente ilustra o modelo de Calgary-Cambridge e a inclusão da prevenção quaternária na segunda etapa deste modelo.

Prevenção quaternária e as bases para sua prática

A inclusão da prevenção quaternária na segunda etapa do modelo de Calgary-Cambridge envolve dois momentos da consulta. O primeiro é o diagnóstico/explicação que exige uma estratégia de organização dos fenômenos do adoecimento e suas abordagens interpretativas correspondentes; o segundo se refere a um plano de cuidados e/ou fase de manejo clínico que leve a uma menor medicalização dos processos de adoecimento. Estes dois momentos são discutidos a seguir.

Primeiro momento: a interpretação do(s) problema(as) dos pacientes

A prática do médico de família opera com maior grau de incertezas, visto que estes profissionais estão expostos a um espectro de indivíduos e situações que comumente se apresentam como casos indiferenciados.⁹ Rose explica esse fenômeno estatisticamente como um “contínuo de risco e severidade”.¹⁹ A natureza se expressa populacionalmente em um gradiente que vai desde o assintomático, oligo-sintomático, sintomático, até o francamente manifesto. Por exemplo, a hepatite “A” se manifesta na sua forma fulminante em menos de 1% da população, na forma ictérica em 15 a 20%, sendo que sua maior expressão ocorre na forma oligo-sintomática (enjôos, dores abdominais inespecíficas, estados febris vagos, etc) e assintomática.

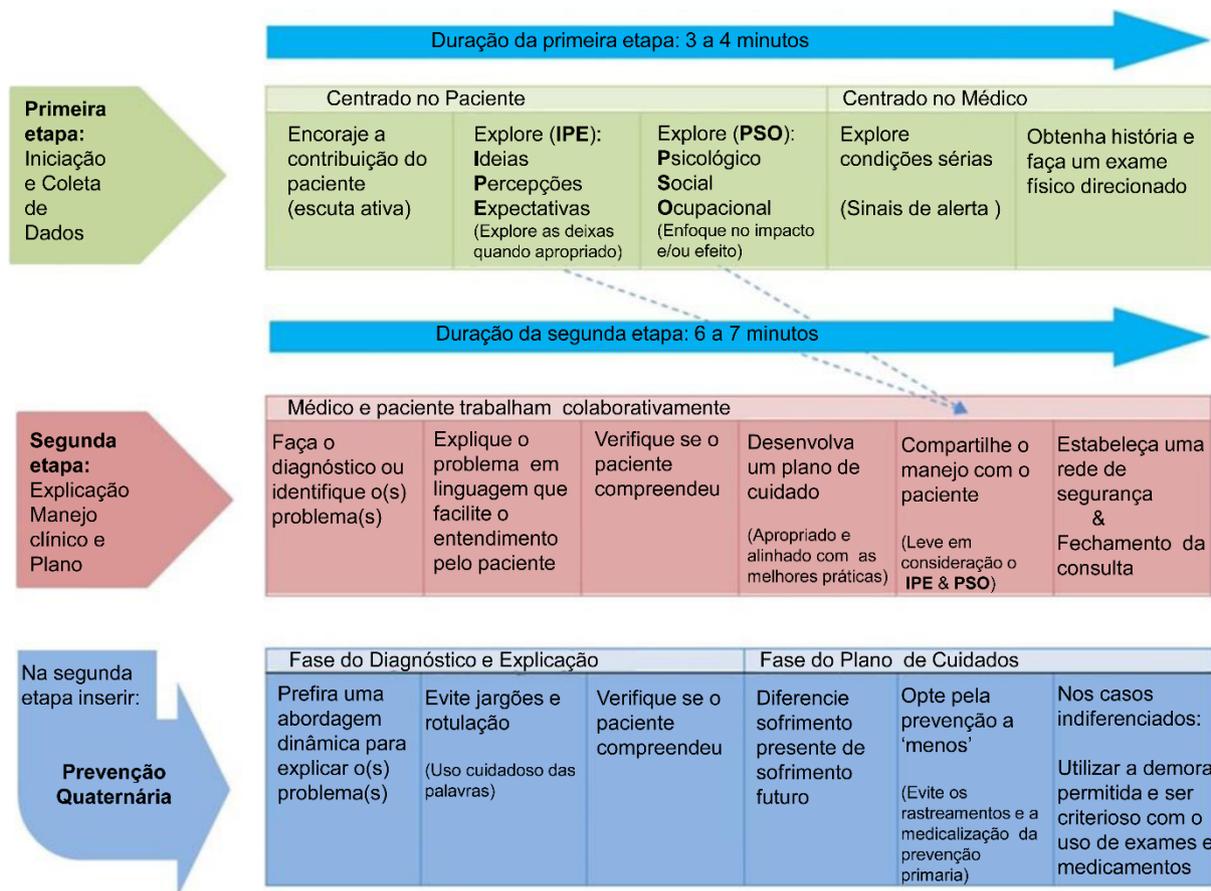


Figura 1. Modelo aprimorado de entrevista de Calgary-Cambridge¹⁶ como matriz para a inserção da prevenção quaternária na consulta médica. Fonte: Programa de residência em MFC da região de Durham e Tees-Valley, Inglaterra.¹⁸

Esquemáticamente, pode-se utilizar de um plano analítico proposto por Camargo Jr,²⁰ com quatro eixos constituintes das “doenças”: anatomomorfológico, fisiopatológico, semiológico e epidemiológico. Esses eixos estão presentes em graus variáveis nas explicações das “doenças” concebidas pelo saber médico, mas também é possível tecer algumas considerações operacionais, seguindo a ideia de um contínuo de risco e severidade, proposto por Rose: do mais definido e cristalizado ao mais indefinido, incerto e volátil.

Este plano analítico pode auxiliar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) na interpretação dos problemas e/ou diagnóstico, bem como auxiliar na construção de um plano de cuidado. Quanto mais severos os sintomas e/ou quanto mais características e localizadas as expressões físicas que definem uma condição, mais se pode entender o adoecimento através de uma abordagem anatomomorfológica, centrada em ‘lesões materiais’ e no corpo biológico. Por outro lado, quanto mais oligo-sintomático, indiferenciado, volátil ou sem uma lesão material identificável (ou quando o foco da consulta está na preocupação com a saúde futura - prevenção) menos se deve usar uma abordagem anatomomorfológica, pois esta tende a causar danos ou medicalizar o paciente, devendo a interpretação ser mais artesanal e permanecer nos eixos **fisiopatológico** e/ou **semiológico** - e no caso da prevenção, **epidemiológico** (Quadro 1).

Além desta classificação orientar os complexos fenômenos que se apresentam como queixas e problemas nos consultórios dos médicos de família, ela também organiza os elementos da matriz conceitual que os profissionais utilizam comumente na formulação de seus modelos explicativos dos problemas dos pacientes. Neste sentido, o Quadro 2 resume as abordagens conceituais das doenças que são sustentadas pelos elementos discutidos no Quadro 1 e que podem ser aplicadas na explanação dos processos de adoecimento. A **abordagem ontológica** está associada ao eixo anatomopatológico (mas tende a ser aplicada disseminadamente) enquanto que a **abordagem dinâmica** é adequada a todos os eixos, particularmente aos eixos fisiopatológico, semiológico e epidemiológico.

Quadro 1. Eixos constitutivos dos adoecimentos.^{20,21}

Eixos	Comentários	Exemplos
Anatomopatológico (Imagético-molecular-genético)	É o mais antigo eixo de construção das doenças, nascido da anatomia clínica, e também o mais valorizado. Deriva seu poder e legitimidade da objetividade das lesões, das imagens e dos laudos especializados referentes às estruturas materiais ou quadros objetivados que descrevem e definem as doenças, e que são, supostamente, a base de sua manifestação.	Os quadros clínicos bem evidentes e consagrados na medicina, como por exemplo, tuberculose, cólicas renais, infarto do miocárdio, a maior parte dos cânceres, e assim por diante.
Fisiopatológico	Busca propor relações causais (e modelos teóricos) envolvendo elementos materiais (em geral microscópicos, moleculares, celulares e físico-químicos) agrupados em tecidos, órgãos e sistemas, geralmente reducionistas e com pouco poder interpretativo para grande parte das doenças e dos adoecimentos trazidos pelos usuários da APS.	Asmas, alergias, refluxos gastroesofágicos, etc. Também doenças crônicas como diabetes, retocolites, doenças reumáticas e imunológicas.
Semiológico	Os processos de adoecimento são caracterizados por constelações de sinais e sintomas trazidos pelos pacientes, e, portanto, os mais valorizados pelos doentes empiricamente, bem como, pouco ou nada explicados (fisiopatologicamente) pelas teorias disponíveis. Todavia, tendem a ser tratados como doenças, cujo tratamento se resume à supressão ou alívio dos sintomas.	A maior parte dos transtornos ou sofrimentos psíquicos (como ansiedades e depressões), dores de cabeça inespecíficas; dores lombares inespecíficas, fibromialgias, dores abdominais, síndrome do intestino irritável e várias outras manifestações que tem sido denominadas como sintomas físicos não explicáveis medicamente (ou MUPS - Medically Unexplained Physical Symptoms)
Epidemiológico	Refere-se aos processos estatísticos que mapeiam a morbimortalidade na população e que buscam estabelecer associações causais a fim de traçar ações preventivas e/ou de saúde pública, induzindo tratamentos preventivos (baseados em riscos).	São os casos dos fatores ou perfis de risco, associados principalmente às doenças crônicas não transmissíveis como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse, desvios alimentares, colesterol, etc.

Fonte: construído a partir de Camargo Jr.^{20,21}

Quadro 2. Abordagens interpretativas dos adoecimentos: ontológica e dinâmica.^{22,23}

Abordagem Ontológica	Abordagem Dinâmica
Concebe as doenças como "entidades" exteriores às pessoas e que as invadem, localizando-se em suas partes; ou são defeitos (lesões) no interior do corpo, cujos significados variam na história e nas culturas. Na medicina moderna, estão relacionadas com germes, agentes externos, lesões e genes. A concepção ontológica tem estado frequentemente ligada a uma prática médica que <i>dirige os seus esforços à classificação exata dos processos de doença (definição diagnóstica)</i> procurando identificar órgãos perturbados e lesões como causas únicas que provocam sintomas.	Concebe as doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças presentes no ser humano, na natureza e na sociedade, que estão dentro e fora das pessoas. Assim, centra-se no paciente como um todo, e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais particulares ou causas únicas. Aborda a situação em termos <i>de processos complexos sobre os quais múltiplas influências são possíveis e coexistentes</i> , considerando a pessoa como uma totalidade e unidade complexa cambiante cujos aspectos psicológicos, sociais, e biológicos são indissociáveis e interinfluenciáveis, embora com sintomas muitas vezes localizados.

Fonte: construído a partir de Albuquerque e Oliveira,²² e Myers e Benson.²³

Como na APS a maioria dos casos atendidos é indiferenciada e/ou de grande complexidade, a **abordagem dinâmica** assume maior importância, dada sua flexibilidade no enfoque dos fenômenos do adoecimento e sua consideração sobre as transformações ao longo do processo de vida e cuidado. Consequentemente, independente da situação, como uma diretriz para a prática da prevenção quaternária, é possível sustentar que, em geral, deve haver preferência por uma concepção dinâmica e funcional para abordar e explicar os problemas e adoecimentos, valorizando a vivência dos pacientes, administrando a vasta gama de sintomas (geralmente pouco enquadráveis em patologias) e construindo interpretações contextualizadas que deem algum sentido às vivências e contribuam para a terapêutica, utilizando como aliados o tempo, o acesso fácil e a longitudinalidade do cuidado.

Em alguns casos agudos, em que o diagnóstico é rápido, o prognóstico é sabidamente benigno (devido à natureza da situação e/ou efetividade de terapêutica), abordagens simplificadas e ontológicas (uma amigdalite ou gastroenterite aguda, por exemplo) poderão ser apropriadas. No entanto, em grande parte da demanda da APS, situações crônicas reumáticas, endócrinas, psíquicas, osteomusculares (muitas destas com alto teor de dissociação clínico-radiológica),²⁴ quadros recorrentes e, em muitos casos agudos, uma abordagem funcional e dinâmica é muito mais protetora e construtora de sentidos educativos para o autocuidado e a participação no tratamento do que uma abordagem ontológica, centrada em patologias definidas e buscas de diagnósticos exatos, comprovados, e geradores de cascatas de intervenção.

Tanto nos casos das ações preventivas como no enfrentamento dos principais adoecimentos ou queixas que se apresentam na APS, a concepção dinâmica, fisiológica e processual é a mais recomendada. Ela se constitui em um instrumento para a operacionalização da prevenção quaternária por meio do uso cuidadoso da linguagem. Assim, as palavras escolhidas pelos médicos deveriam pertencer ao universo cultural das pessoas (ou pacientes) e precisariam ser cuidadosamente utilizadas para que suas crenças, ansiedades e medos possam ser calmamente acolhidos e processados conjuntamente, de modo a tematizar de forma tranquila as complexidades e incertezas inerentes ao processo do cuidado.

Ao incluir e organizar a atividade de prevenção quaternária, quando se elabora e socializa a interpretação da queixa do paciente (fase do diagnóstico) há que se ter cuidado com as palavras, pois elas podem: a) causar iatrogenia, por meio da rotulação e/ou efeito nocebo; b) dificultar a compreensão do sentido das intervenções a serem propostas e assim comprometer a participação da pessoa no processo de cuidado (ou vice-versa). Entretanto, a palavra também pode se constituir em potente instrumento terapêutico ao induzir o conhecido “efeito placebo”, pois pode ajudar a reorganizar, simbólica e afetivamente, a vivência do paciente, preparando-o positivamente para o tratamento. Infelizmente, o efeito placebo é, sabidamente, subaproveitado na biomedicina, como destacou McWhinney em relação à abordagem do modelo biomédico.¹⁰

A palavra é a maior ferramenta da prevenção quaternária, ao evitar expressões populares ou técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. É comum a fase de diagnose se restringir a uma conversão terminológica dos sintomas para jargão técnico: “dor nas costas” transforma-se em lombalgia, “dor de cabeça” em cefaleia, “dor nas juntas” em artralgia, etc. Alguns termos técnicos que vão sendo difundidos na sociedade carecem de explicações adicionais, devendo-se, portanto, alertar aos pacientes que fatores de risco como colesterol elevado, hipertensão, obesidade e outras condições não se constituem como doenças. Assim, pensar e falar processualmente é um auxílio na comunicação e na prevenção quaternária: comunicar que a pressão está um pouco alta e merece atenção é preferível e diferente de usar a palavra “hipertensão” ou “hipertenso”, que implica em um diagnóstico de “doença” crônica, incurável, associada a uso de medicação, restrições dietéticas e controles laboratoriais vitalícios.

Segundo momento: plano de cuidado

Com relação ao desenvolvimento de um plano terapêutico comum, a Figura 1 ilustra que este momento é construído com base no IPE (Ideias, Preocupações e Expectativas) e no PSO (Psicológico, Social e Ocupacional), que formam o pano de fundo para se contraturalizar o manejo do quadro clínico ou problema em questão. Para isso, é necessário ancorar o sofrimento no tempo, localizando-o no presente e separando-o do adoecimento potencial ou futuro, otimizando a prevenção quaternária no plano de cuidado, que fica organizado, então, no eixo presente-futuro. Isso é importante porque, em geral, quanto mais centrado no presente e/ou severo for o sofrimento vivido, mais favorável a razão risco-benefício da intervenção, desde que esta intervenção esteja sustentada pelas melhores evidências disponíveis. Do mesmo modo, quanto mais projetada no futuro essa possibilidade de sofrimento, pior é a relação risco-benefício e maiores as possibilidades de danos decorrentes da intervenção médica. Portanto, a prática da prevenção quaternária demanda uma clareza e diferenciação entre o sofrimento/adoecimento presente e a probabilidade de um adoecimento futuro.

O primeiro caso (sofrimento/adoecimento presente) requer interpretações e ações terapêuticas regidas por compromissos éticos e sociais da relação de cuidado profissional, não extensíveis ao segundo caso (de adoecimento futuro). Este último pretende uma antecipação, um agir em pessoas saudáveis no presente com a intenção de se evitar adoecimentos futuros, geralmente, fundamentada em inúmeros dispositivos preditores do risco de morbimortalidade (tabelas de escores de risco [i.e. Framingham], software de apoio à decisão clínica, auto teste on-line), em que os indivíduos têm de se ajustar a probabilidades rotineiras e resultados prováveis.²⁵ Trata-se de um pensamento abduutivo, em que se ‘desloca temporalmente

o raciocínio a partir da obtenção de dados sobre o passado em simulações ou antecipações probabilísticas sobre o futuro que, por sua vez, demandam ação no presente'.²⁵

O pensamento abduutivo, tão em voga nas últimas décadas, tem estimulado a medicalização dos riscos, quer pela introdução na prática clínica de tratamentos e intervenções preventivos (prevenção primária e secundária), quer pelo sucessivo e progressivo rebaixamento dos pontos de corte diagnósticos e metas de controle para níveis de pressão arterial, colesterol sérico, hemoglobina glicosilada, IMC, etc.^{26,27}

Esta separação entre presente e futuro, muitas vezes obscurecida, devido à cultura geral de medicalização e ontologização dos riscos (manejados como doenças), deve estar clara para todos os médicos de família. Ou seja, na prevenção – adoecimento futuro – deve-se ter uma redobrada atividade de prevenção quaternária, particularmente nos casos de prevenção primária. Na prevenção é útil a distinção esboçada por Rose¹⁹ entre prevenção 'a menos' e prevenção 'a mais', sumarizada no Quadro 3. Na prevenção quaternária deve imperar a recomendação geral de se evitar a prevenção 'a mais', principalmente quando se refere à prevenção primária (e secundária, no caso dos rastreamentos) a não ser que esta esteja muito bem justificada.

Quadro 3. Modalidades de prevenção: 'a menos' e 'a mais'.¹⁹

Prevenção	Conceituação	Exemplo
'prevenção a menos'	De acordo com Rose consiste em 'remover ou reduzir alguma exposição artificial de modo a restaurar o estado de normalidade biológica' (p. 148). São ações de correção de excessos ou faltas, hábitos, erros alimentares ou alterações de modo de viver não-saudáveis. O uso da expressão 'a menos' é metafórico, mas é preciso ao indicar medidas salutogênicas bem sintetizadas no qualificativo 'menos'. Significa na prática: menos sedentarismo, menos agrotóxicos, menos tabagismo, menos alcoolismo, menos psicotrópicos, menos aditivos químicos e psicoativos, etc. Na escala social significa: menos violência, menos hierarquia, menos desigualdade na distribuição da riqueza.	Orientações, aconselhamentos e tratamentos (individuais e coletivos) para parar de fumar, estimular atividade física, reduzir ingesta alcoólica excessiva, melhorar qualidade da alimentação com frutas e verduras agroecológicas, etc.
'prevenção a mais'	Rose define esta medida preventiva como 'a adição de algum outro fator artificial na esperança de conferir proteção' (p. 148). São intervenções estranhas à ecologia usual do organismo e da pessoa, em que se pretende uma solução tecnológica sem uma mudança correspondente na base causal dos determinantes sociais dos potenciais danos à saúde.	Ingesta ou aplicação de fármacos, testes diagnósticos, vacinas ou outros produtos biológicos (não habituais ou de uso autônomo), físicos ou químicos, cujo potencial de risco/dano é significativamente maior, visto que a suscetibilidade prévia a intervenção é baixa.

Fonte: elaborado a partir de Rose.¹⁹

Quanto ao adoecimento presente, partindo-se do enfoque preventivo de Rose, da abordagem dinâmica e dos eixos constitutivos das "doenças" na biomedicina, acima resumidos, é possível construir intervenções que sejam mais adequadas na prática da APS. Trata-se de um guia facilitador, que pretende auxiliar no plano de cuidado e expor áreas onde pode haver excesso de intervenções. Os eixos apresentados no Quadro 1 não são dicotômicos e suas fronteiras podem se sobrepor. Quando se tem uma correspondência coerente e equipotente entre os eixos interpretativos constituintes do adoecimento, o saber médico por meio de uma abordagem ontológica (mais valorizada socialmente e cientificamente) pode ser satisfatório em responder e explicar muito do que se passa com o paciente.

Porém, na medida em que há uma comum desproporção de potência explicativa entre esses eixos, com predomínio dos eixos semiológico e fisiopatológico, em quadros indiferenciados, mais se necessita de uma abordagem dinâmica e maior deve ser o cuidado para não causar danos aos pacientes, por meio de rotulação e/ou do uso desnecessário de exames e medicamentos. Assim, quanto mais inespecíficos ou pouco enquadráveis forem os sinais e sintomas e/ou quanto mais funcionais e/ou fisiológicas as possibilidades de interpretação, maior o espaço para e maior a necessidade de uma abordagem dinâmica e artesanal, que singularize mais e medicalize menos as queixas trazidas pelos pacientes.

Nesses casos, o plano de cuidado deve se apoiar no acompanhamento longitudinal, por meio da ‘demora permitida’ - uma vez descartados os sinais de alerta - associada à construção de uma rede de segurança em que o paciente possa retornar, em caso de agravamento e/ou que este esteja bem orientado sobre o que fazer em caso de mudança do padrão dos sintomas. Tanto na etapa de diagnóstico como na do plano terapêutico é importante checar com o paciente se ele entendeu e se está de acordo com o que está sendo comunicado. A Figura 2 resume as principais ideias discutidas, de modo a facilitar sua aplicabilidade.

Um grupo particular de situações de alta prevalência e relevância na APS merece destaque quanto ao uso da Figura 2: os sofrimentos psíquicos. Apesar de suas características, tende-se a priorizar uma abordagem ontológica em detrimento de uma abordagem mais dinâmica e contextualizada. Por exemplo, acredita-se que na depressão há falta de serotonina e que na

Prevenção Quaternária	Aumenta a sua necessidade na medida em que se distancia do sofrimento presente			
	ADOECIMENTO PRESENTE			ADOECIMENTO FUTURO
Tempo				
Eixo	Anatomopatológico	Fisiopatológico	Semiológico	Epidemiológico
Quadros clínicos	Bem definidos	Moderadamente definidos	Indefinidos/Complexos	Imateriais/Risco
Abordagem	Ontológica/Dinâmica	Preferencialmente Dinâmica	Dinâmica	Probabilística Prefira prevenção “a menos”
Manejo: Exames e Tratamento	Direcionados para a condição (i.e. tuberculose, angina pectoris, DPOC)	De acordo com o grau de disfunção e/ou severidade do quadro (ex. asma: leve, moderada e severa)	Excluir sinais de alerta Evitar excesso de sintomáticos Aguardar evolução do quadro (demora assistida)	Evitar a medicalização da prevenção primária Desencorajar <i>checkups</i> e/ou rastreamento (ex. PSA, mamografia <40 anos, etc)

Figura 2. Prevenção quaternária: síntese das diretrizes para sua operacionalização na prática da medicina de família.

Fonte: Desenvolvido pelos autores, a partir da presente discussão.

esquizofrenia ocorre uma falta de dopamina, fazendo-se inclusive analogias com o diabetes e falta de insulina, sugerindo que tratamentos com antidepressivos somente visam repor o que está em falta no cérebro. Porém, os profissionais esquecem que psicotrópicos têm uma vasta gama de efeitos por todo o corpo, muitos dos quais são prejudiciais, e assim, este tipo de analogia, que simplifica o problema apenas como uma ‘reposição química hormonal’, deve ser enfaticamente evitada. Na verdade, não existe nenhuma confirmação dessa hipótese, pois pouco se sabe a respeito das interações entre as condições psicossociais e os processos bioquímicos (receptores e vias neurais) envolvidos nos transtornos mentais, como afirma Gøtzsche:²⁸

A verdade é exatamente o oposto. No começo não há desequilíbrio químico, mas quando se inicia o tratamento de doenças mentais com as drogas, criamos um desequilíbrio químico, uma condição artificial que o cérebro tenta neutralizar. Isso significa que o paciente ficar pior quando tenta suspender a medicação, assim como um alcoólico também fica pior quando não há mais álcool, mas isso não significa que ele não tinha álcool no cérebro, quando começou a beber [...] e grande parte dos médicos prejudicam seus pacientes ainda mais, dizendo-lhes que os sintomas de abstinência significam que os mesmos ainda estão doentes e que necessitam continuar com a medicação.

Portanto, os sofrimentos mentais devem ser entendidos como quadros sintomáticos complexos (semiológicos) uma vez que sua construção conceitual ontológica em “transtornos” é tão frágil quanto medicalizante (vide críticas ao DSM-V), assim como os profissionais de saúde deveriam fazer um esforço interpretativo (artesanal) qualificador do cuidado personalizado. Por isso, no momento da interpretação do problema (“formulação diagnóstica”) deve ser utilizada uma abordagem dinâmica, que ajude a ressignificar os processos que afetam a saúde mental das pessoas.

Essa postura tem implicações para a fase seguinte de plano de cuidado, pois tende a restringir o uso de medicação, uma vez que os sofrimentos são explicados em termos de processo e não rotulados como doença. O uso de sintomáticos químicos, sobretudo psicotrópicos, que interferem na consciência e na autopercepção das pessoas, deve ser prescrito criteriosamente.²⁸ Ressalta-se ainda que os sintomas, inclusive psíquicos, muitas vezes são os únicos indicativos de processo subjacente desconhecido, e a sedação pode implicar em perda de contato com o mesmo e cronificação dos processos.²⁹ Além disso, no caso dos psicotrópicos, isso implica em risco comum de manipulação de comportamento e de alienação do paciente.

Conclusão

A proposta de um delineamento de dois momentos-chave (diagnóstico e plano terapêutico) no processo de consulta visa a clarear e operacionalizar a prática da prevenção quaternária na relação médico-paciente. Certamente, os esquemas propostos são imperfeitos, devido à natureza complexa dos cenários da APS e à limitação inerente a desenhos ou modelos de consulta. Entretanto, oferece uma matriz conceitual para a problematização da prevenção quaternária numa perspectiva operacional da consulta clínica, relevante tanto na prática dos serviços como no ensino da medicina de família e comunidade.

A prevenção quaternária implica no fortalecimento e na reconstrução da capacidade crítica e epistemológica dos médicos de família, capacidades essas em franco declínio decorrente das transformações recentes da medicina, cada vez mais padronizada em protocolos, que induzem uma estandardização e generalização das interpretações e dos tratamentos,^{30,31} pressupondo uma homogeneidade cada vez maior dos doentes, cuja singularidade pessoal e existencial-social-psicológica demanda justamente uma direção oposta, a personalização das interpretações e do cuidado. Assim, a prevenção quaternária induz os profissionais a manterem uma proximidade longitudinal e centrarem o cuidado nas pessoas e em suas vivências, protegendo-as de desvios induzidos pelos automatismos da ânsia diagnóstica e terapêutica.

Referências

1. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too much medicine: from evidence to action. *BMJ*. 2013;347:f7141. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7141>
2. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
3. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. 2010;340:c1241. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1241>
4. Harrison S, Moran M, Wood B. Policy emergence and policy convergence: the case of "scientific-bureaucratic medicine" in the United States and United Kingdom. *British J Politics International Relations*. 2002;4:1-24. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-856X.41068>
5. Goldenberg MJ. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of Science. *Soc Sci Med*. 2006;62(11):2621-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.031>
6. Lambert H, Gordon EJ, Bogdan-Lovis E. Introduction: gift horse or Trojan horse? Social science perspectives on evidence-based health care. *Soc Sci Med*. 2006;62(11):2613-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.022>
7. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3725>
8. Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):186-91. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(31)867)
9. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996;46:433-6.
10. McWhinney IR. *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press; 1989.
11. Lakasing E. Michael Balint: an outstanding medical life. *British J Gen Pract*. 2005;55(518):724-5.
12. Johnson AH. The Balint movement in America. *Family Med*. 2001;33(3):174-7.
13. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. <http://dx.doi.org/10.1126/science.847460>
14. Cheraghi-Sohi S. Contractual change and UK general practitioners: still a case of street-level bureaucrats? [dissertation]. Manchester, UK: Faculty of Medicine and Human Sciences, Manchester University School; 2011.
15. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Medicina centrada na pessoa - transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

16. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-809. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>
17. SOAP note [Internet]. St. Petesburg (FL): Wikimedia Foundation, Inc. 2001 – [acesso em 2014 Oct 07]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/SOAP_note
18. Durham and Tees Valley GP Training Programme. Available at: http://www.dtvgptraining.co.uk/st3_consultation_skills_revision.html
19. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.
20. Camargo Jr KR. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. *Rev SBHC [Internet]*. 1993 [acesso em 2014 Oct 07];9(31-40). Disponível em: www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=268
21. Camargo Jr KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
22. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium Rev ISPV [Internet]*. 2002 [acesso em 2008 Feb 23];25. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm
23. Myers S, Benson H. Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. *Behavioral Medicine*. 1992;18:5-11. <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.1992.10544235>
24. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199407143310201>
25. Adams V, Murphy M, Clarke AE. Anticipation: technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity*. 2009. 28:246-265. <http://dx.doi.org/10.1057/sub.2009.18>
26. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiology Community Health*. 2008;62(7):580-3. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
27. Montori V, Isley W, Guyatt G. Waking up from the DREAM of preventing diabetes with drugs. *BMJ*. 2007;334:882-884. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39169.447488.94>
28. Gøtzsche P. Psychiatry Gone Astray. *Mad in America: science, psychiatry and community*. 2014 Jan 28 [acesso em 2014 Oct 07]. Disponível em: <http://www.madinamerica.com/2014/01/psychiatry-gone-astray/>
29. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):347-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
30. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):55-67. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149912>
31. Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis*. 2007;17(3):465-484. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000300004>