

Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família

Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of family doctors

Prevención cuaternaria: una mirada a la medicalización en la práctica de los médicos de familia

Raquel Vaz Cardoso. Médica de Família e Comunidade. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF, Brasil.
raquelvc.mfc@gmail.com (Autora correspondente)

Resumo

A medicalização é um fenômeno social complexo e disseminado no qual estão envolvidos diferentes agentes e instituições, tais como a indústria médica/farmacêutica, governos, profissionais/sistemas de saúde e cidadãos. Por sua vez, médicos e profissionais de saúde desempenham importante papel na reprodução e no enfrentamento da medicalização haja visto que a medicina e os cuidados em saúde podem gerar tanto danos como benefícios. Médicos de família lidam diariamente com a sobremedicalização e seus fenômenos associados (i.e. sobrediagnóstico, sobretratamento, comercialização de doenças) por desempenharem função-filtro nos sistemas de saúde. Por serem o primeiro ponto de contato, esses profissionais e suas equipes acolhem as demandas e necessidades sociais trazidas pelas pessoas e comunidades sob seus cuidados, que comumente estão influenciadas por uma perspectiva médica intervencionista e pelo marketing da saúde. Este artigo discute alguns conceitos principais da medicalização e seus determinantes, em especial as contribuições da ciência biomédica e suas bases epistemológicas para o fenômeno. Ele também desenvolve, sucintamente, algumas reflexões sobre a medicalização na prática do médico de família e comunidade, no contexto brasileiro. Por fim, analisa o enfoque da prevenção quaternária acerca da medicalização, que propõe mudanças de objeto e de atitude na prática médica, evitando, assim, intervenções desnecessárias e protegendo os pacientes dos excessos da medicina.

Abstract

The medicalization is a complex and widespread social phenomenon which involves different agents and institutions, such as the pharmaceutical and medical industry, governments, health systems, health professionals, and citizens. In this regard, doctors and health professionals play an important role in reproducing and struggling with medicalization, by recognizing that medicine and health care can generate as much harm as benefits. Family doctors have to deal with overmedicalization and its associated phenomena (i.e. overdiagnosis, overtreatment, disease mongering) on a daily basis as they act as gatekeepers of health systems. As the first point of contact, family physicians and their health teams get the demands and social needs brought by individuals and communities under their care, which usually are influenced by the health marketing and an interventionist medical perspective. This article discusses some key concepts of medicalization and its determinants, especially the contributions of biomedical science and its epistemological basis to the phenomenon. It also briefly develops some thoughts on the medicalization in the daily practice of family and community doctors in the Brazilian context. Finally, it analyses the quaternary prevention approach to medicalization, which proposes changes in its object and attitude to medical practice in order to avoid unnecessary interventions, thus, protecting patients from the excesses of medicine.

Resumen

La medicalización es un fenómeno social complejo y diseminado que involucra a diferentes agentes e instituciones, tales como la industria farmacéutica y médica, los gobiernos, los profesionales/sistemas de salud y los ciudadanos. En este sentido, los médicos y profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la reproducción y en el enfrentamiento de la medicalización, dado el hecho de que la medicina y la asistencia sanitaria pueden generar tanto daños como beneficios. Los médicos de familia tienen que lidiar diariamente con la sobremedicalización y sus fenómenos asociados (es decir, el sobrediagnóstico, sobretratamiento, tráfico de enfermedades), ya que desempeñan función-filtro en los sistemas de salud. Como primer punto de contacto, estos profesionales y sus equipos de salud reciben las demandas y necesidades sociales interpuestas por las personas y comunidades bajo su cuidado, que suelen ser influenciados por la comercialización de la salud y una perspectiva médico-intervencionista. Este artículo discute algunos conceptos clave de la medicalización y sus determinantes, en especial las contribuciones de la ciencia biomédica y su base epistemológica para el fenómeno. También desarrolla brevemente algunas reflexiones sobre la medicalización de la práctica diaria de los médicos de familia y comunidad en el contexto brasileño. Por último, se analiza el enfoque de la prevención cuaternaria a la medicalización, que propone cambios en su objeto y en la actitud de la práctica médica con el fin de evitar intervenciones innecesarias, y por lo tanto, proteger a los pacientes de los excesos de la medicina.

Palavras-chave:

Medicalização
Sobremedicalização
Relações Médico-Paciente
Prevenção Quaternária
Medicina de Família e
Comunidade

Keywords:

Medicalization
Overmedicalization
Physician-Patient Relations
Quaternary Prevention
Family Medicine

Palabras clave:

Medicalización
Sobremedicalización
Relaciones Médico-Paciente
Prevención Cuaternaria
Medicina familiar y Comunitaria

Fonte de financiamento:

declara não haver.

Parecer CEP:

não se aplica.

Conflito de interesses:

declara não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 15/02/2015.

Aprovado em: 13/04/2015.

Introdução

Uma família recém-chegada na área (pai, mãe e 5 ou 6 crianças e adolescentes) procurou atendimento na unidade de saúde, todos com as mesmas queixas: “dor de cabeça, dor no estômago e nervosismo”. Isto, de antemão, já nos chamou a atenção. Atendi a filha de 13 anos e o filho de 20. Minha colega atendeu o filho de 8 anos acompanhado pela mãe. Com a menina, adolescente, consegui ampliar mais a consulta, abordei alguns conflitos que ela trouxe e não prescrevi nada, apenas aconselhamento e orientações. Quanto ao rapaz de 20 anos, achei-o mais comprometido, do ponto de vista do humor e da “dor no estômago”, explorei a questão da alimentação, questões de trabalho, financeira, relação familiar, mas nada foi apontado pelo rapaz. Assim, acabei medicando-o com um inibidor de bomba de prótons (disponível gratuitamente na farmácia básica na unidade de saúde), fazendo várias orientações dietéticas e afins. Qual a minha surpresa quando minha colega, que atendeu a criança acompanhada da mãe e tinha as mesmas queixas “dor de cabeça, dor no estômago e nervosismo”, abordou-me após as duas consultas e disse que eles passavam fome, que a criança falou “eu já sei de tudo, os médicos ficam falando para a gente comer de 3 em 3 horas, mas lá em casa a gente só come duas vezes por dia...”. Crianças geralmente dizem a verdade. Ficaram os outros envergonhados de falar sobre tamanha privação mesmo tendo sido perguntados sobre? Eu não tive habilidades suficientes para abordar tais questões? Me senti péssima: “estou tratando fome com omeprazol...”. Relato da autora sobre um atendimento realizado durante sua residência médica. (Adaptado de Cardoso).¹

Investigar a medicalização no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) pode parecer, em um primeiro momento, atentar para um processo pouco significativo neste nível de atenção e expressivo no contexto hospitalar e de atenção especializada. Todavia, ao contextualizar que vivemos em um mundo industrializado, secularizado, globalizado e, segundo diversos autores, medicalizado, e que a APS é a porta de entrada dos sistemas nacionais de saúde, podemos considerar que a medicalização é tão (ou mais) presente neste nível de atenção quanto nos demais.²⁻⁴ De fato, o processo de medicalização é expressivo na APS e, a depender dos saberes, práticas, formas de organização dos serviços e instituições - e das consequentes relações que se estabelecem entre as pessoas - os profissionais e outros agentes que atuam no campo da saúde, incluindo os médicos de família, podem medicalizar mais ou menos. Há que se reconhecer a complexidade e a multiplicidade de cenários disponíveis, pois além da coexistência de medicalização e desmedicalização em uma mesma situação, também encontramos circunstâncias em que se medicaliza para desmedicalizar e vice-versa. O fenômeno e sua antítese estão sempre associados e variam em graus de predominância.⁵⁻⁷

O uso excessivo de tecnologias duras como exames, medicamentos, procedimentos - a medicina maximalista - é uma das expressões da medicalização, porém não a totaliza. Ela pode estar baseada no “controle (do) social” (controle da vida das pessoas pelas instituições de saúde e pelo governo), na dependência dos profissionais e serviços de saúde, na expropriação do saber das pessoas sobre sua própria saúde, no uso de tecnologias médicas para tratar sofrimentos psicossociais, entre outras expressões deste fenômeno com profundo impacto na configuração social contemporânea, gerando iatrogenias não apenas clínicas, mas também sociais e culturais.^{1,3}

Boa parte dos médicos de família percebe essas dinâmicas no cotidiano de sua prática e, apesar de o estudo da medicalização ter surgido nas ciências sociais em meados do século XX, é no seio da medicina de família e da saúde pública/coletiva que têm nascido grandes contribuições nesta área.⁸⁻¹⁰ A medicina de família e comunidade (MFC), em especial, tem proposto alguns modelos teóricos e métodos que buscam formas de enfrentamento deste processo na prática clínica, dentre os quais se destaca a prevenção quaternária.^{11,12}

Este artigo tem por objetivo discutir o conceito de medicalização e alguns aspectos deste fenômeno na atenção primária à saúde, no contexto brasileiro. Realiza uma breve análise sobre como o fenômeno é percebido na ótica da prevenção quaternária e faz algumas reflexões para a transformação do cenário no campo da clínica. Ele é derivado de estudo qualitativo realizado pela autora durante o seu mestrado, que utilizou revisão de literatura sobre o tema e um estudo de caso com observação participante - em uma equipe de saúde da família em uma pequena cidade no interior do Brasil - para apreender algumas formas de expressão da medicalização na APS brasileira.¹

Conceituando a medicalização

O termo medicalização surgiu e se consolidou entre as décadas de 1960 e 1970 com referência a um fenômeno social que emerge com o advento da medicina científica e com o estabelecimento da profissão/instituição médica e sua associação com políticas estatais.^{3,13-16} O termo era sinônimo da expansão dos limites da medicina, uma “invasão médica” no âmbito da vida cotidiana, do corpo e do comportamento, por meio do poder alcançado pela corporação médica sobre a definição de saúde-doença e a intervenção sobre este processo. Ele se referia especialmente ao “controle social” – potencializado com o nascimento da medicina social – e aos impactos da biomedicina e do modelo clínico centrado na doença.^{3,17} Atualmente a medicalização está relacionada a uma grande influência da medicina na vida das pessoas com destacada importância a agentes externos à profissão médica, como as indústrias médica e farmacêutica, serviços de saúde, mídia, cidadãos, consumidores e governos.^{16,18-23}

São múltiplos, portanto, os sentidos de medicalização, um complexo processo social que pode se referir tanto a fenômenos quanto às causas e consequências destes. De forma geral, há concordância na literatura quanto à contribuição da biomedicina, suas bases epistemológicas e práxis na gênese da medicalização (Quadro 1).^{3,24-30}

As características listadas no Quadro 1 evidenciam um saber-prática com grande potencial medicalizador. Dentre elas, o ocultamento de conflitos e de problemas sociais (com consequente individualização e despolitização) é um dos mais questionáveis aspectos éticos e de justiça social consequente ao *modus operandi* da biomedicina. O controle (do) social é ainda um processo relevante de medicalização, embora no mundo contemporâneo o discurso e o poder médicos estejam difusos entre diferentes instituições e agentes, não mais concentrados nas instituições médicas e no Estado.^{17,18,26}

Na tentativa de encontrar um conceito único, Peter Conrad, uma autoridade no assunto, apresenta a definição médica como o elemento central da medicalização: “*medicalização ocorre quando um arcabouço ou definição médica é aplicado para entender ou manejar um problema*” (p. 211),³¹ ou ainda, “*um processo pelo qual problemas não-médicos são definidos ou tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças, ou transtornos*” (p. 209).³¹ Tais conceitos são bastante relevantes para a literatura médica por se referirem à criação de novas doenças e à expansão dos limites das enfermidades (por exemplo, “pré-enfermidades”) na era da epidemiologia clínica, das *Big Pharmas* (grandes companhias farmacêuticas) e de classificações médicas importantes como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Estes entendimentos de medicalização estão bem incorporados pela discussão acerca de *disease mongering* (comercialização da doença).³²⁻³⁴

Quadro 1. Bases epistemológicas e características da práxis biomédica que a predispõe a medicalizar.

Bases epistemológicas
Positivismo. Reduccionismo biológico. Produção de abstrações generalizantes sobre a doença. Divisão dualística entre corpo e mente. Metáfora do corpo como máquina. Concepção ontológica da doença. Desconexão entre doença (disease) e enfermidade (illness). Normalização do normal e do patológico de acordo com parâmetros biomédicos e quantitativos independentes da existência de sofrimento (“ <i>pathos</i> ”, <i>illness</i>).
Características da práxis
Priorização do (rótulo) diagnóstico à terapia. Subvalorização das dimensões psicossociais do adoecimento e da singularidade deste. Adoção das abstrações das doenças como o real. Simplificação da clínica, foco em parâmetros objetivos e quantificáveis (“clinimetria”). Desenvolvimento de uma terapêutica reducionista (quase restritas a medicamentos ou medidas comportamentais). Reafirmação da heteronomia e da assimetria na relação profissional-paciente com reforço da dependência. Valorização das tecnologias duras (exames, medicamentos, procedimentos) em detrimento de tecnologias leves (relação médico-paciente, intervenções psicossociais, entre outras). Desqualificação do adoecimento “sem doença” (tratando como síndromes, somatização ou negando o sofrimento da pessoa). Ocultamento da causalidade psicossocial da doença pela sobrevalorização dos fatores biológicos.

Fonte: elaborado pela autora a partir das referências 3, 24-30.

A despeito destes, tem havido crescente preocupação quanto à definição de medicalização, visto que esta se refere a um processo social que pode tanto trazer benefícios, quanto danos. Alguns autores utilizam o termo *sobremedicalização* (do inglês “*overmedicalization*”) para comunicar “uma ‘sobre-expansão’ da jurisdição da profissão médica” e um excesso de cuidado em saúde relacionado à expansão do mercado, voltados mais para o lucro do que para as necessidades de saúde, tais como o tratamento (e a patologização) de fatores de risco, de comportamentos, de estágios naturais e fisiológicos da vida (i.e. nascimento, o envelhecimento e o luto) e do sofrimento social.^{3,4(p. 1943),15}

A sobremedicalização poderia ainda ser definida como um excesso de exposição a ou de procura por cuidados em saúde em uma extensão na qual não confere benefícios em termos de saúde e bem-estar (Gavilán e Jamouille, 2014, comunicação pessoal, ver Agradecimentos*). Este termo se alinha aos fenômenos de sobrerastreamento, sobrediagnóstico, sobretratamento e outros (neologismos do inglês *overscreening*, *overdiagnosis*, *overtreatment*, etc), sob crescente atenção na literatura médica. Todos estes termos referem-se a “questões clínicas” do fenômeno de medicalização, desafios diariamente enfrentados pelos médicos de família e comunidade.

A Figura 1 destaca as dimensões de medicalização: conceitual, institucional e interacional;³¹ e apresenta alguns elementos importantes, tais como práticas resultantes, agentes sociais (instituições), arcabouço epistemológico da ciência biomédica, determinantes macro e micro-estruturais (interacionais), que se coproduzem e se determinam, atuando por vezes como causa e por vezes como consequência.^{1,31,35} Essa combinação de elementos aponta para a complexidade da medicalização.

Para Conrad e Schneider (1980 apud Conrad, 1992)³¹ a dimensão conceitual seria o uso do vocabulário ou modelo médico para definir um problema para o qual não haveria, necessariamente, um tratamento médico aplicável. Na dimensão institucional, organizações adotariam uma abordagem médica para tratar uma variedade de problemas; enquanto que a dimensão interacional ocorreria no encontro médico-paciente, “quando um médico define um problema como [sendo um problema] médico (por exemplo, faz um diagnóstico médico) ou trata um problema ‘social’ com uma forma de tratamento médico” (p. 211).³¹

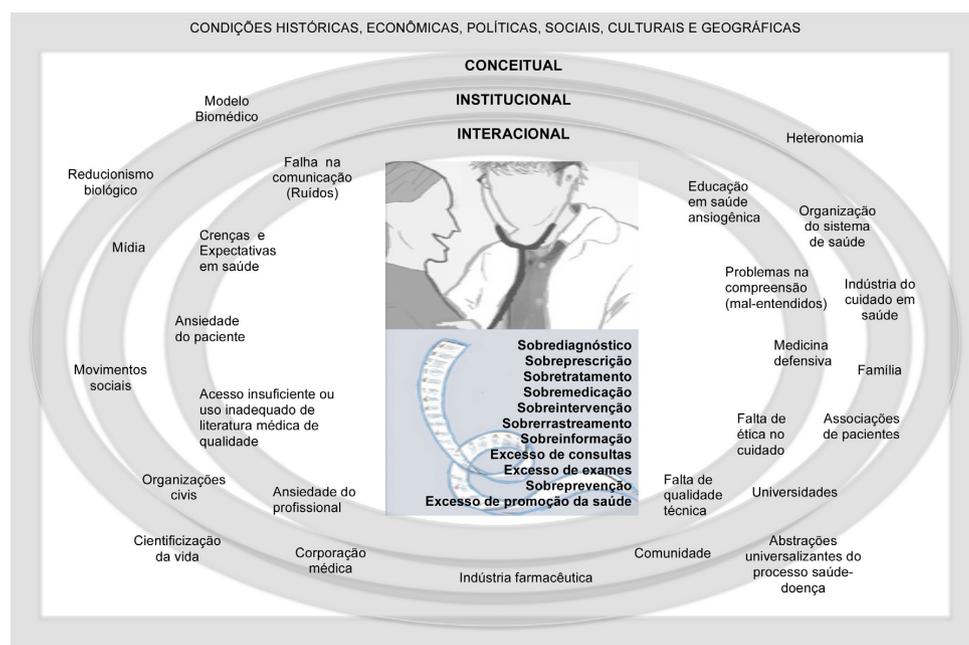


Figura 1. Dimensões da medicalização na perspectiva do médico de família e comunidade: os fenômenos resultantes e suas causas/determinantes e agentes. Fonte: elaborado pela autora, a partir de Conrad,³¹ Jamouille,³⁵ e Cardoso.¹

A medicalização na prática dos médicos de família e comunidade

Apesar de os médicos ainda serem importantes agentes deste processo e lidarem com este fenômeno diariamente, a medicalização pode não ser tão facilmente percebida e, portanto, enfrentada, na prática clínica na atenção primária. Nesse sentido, a medicalização tem sido comumente associada ao uso excessivo e inadequado de medicamentos (prescritos ou não) e à má prática clínica (relacionada a infrações éticas ou conhecimento biomédico insuficiente), tendo os usuários medicalizados e a indústria farmacêutica como principais agentes. No entanto, o fenômeno tem raízes mais profundas, na própria ciência, e está disseminado em diversos planos, instituições e discursos da sociedade contemporânea.

Os próprios atributos da APS podem tanto favorecer o enfrentamento da medicalização quanto reforçá-la. Se os cuidados prestados nos serviços deste nível de atenção forem estritamente centrados na doença e em sua dimensão biológica (e demais características da práxis citadas no Quadro 1), o amplo acesso e os múltiplos contatos ao longo de um ou vários episódios de cuidado podem levar não apenas a danos clínicos, mas também culturais e estruturais. Illich⁵ argumenta que o vínculo médico-paciente, o cuidado e a relação pastoral (de exortação quanto a estilos de vida, hábitos, autocuidado), por si só, expropriam o saber-poder do cuidado de si mesmo:

[...] não há dúvida de que a maior parte deste cuidado convence os pacientes de que, o que quer que seja que eles próprios mudem em seu estilo de vida, eles devem isso a você [o médico]. Ao invés de se tornar mais saudável, o que sempre significa ser mais autônomo, seu cliente, por meio do seu cuidado, torna-se mais dependente, mais um paciente. A maior parte do cuidado geral promove a medicalização da vida do paciente. (p. 464-465)⁵

No Sistema Único de Saúde (SUS), médicos de família, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) são os profissionais de linha de frente. Esta equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido entendida como um dispositivo para superar o modelo médico-centrado (focado na doença) e desenvolver práticas biopsicossociais.³⁶ No entanto, percebe-se que a equipe multidisciplinar como principal estratégia é insuficiente para fazer frente à medicalização. As profissões da saúde, em geral, comungam das mesmas bases epistemológicas da biomedicina, de um cenário social comum de interesses mercadológicos e de configurações institucionais e de gestão que podem favorecer a medicalização, mesmo considerando práticas profissionais éticas.^{1,37,38}

No Brasil, a proporção de médicos por pessoas cadastradas (média de 3000 ou 4000 pessoas por equipe de ESF) dificulta não apenas o acesso dos usuários aos serviços de APS, mas também a integralidade, a coordenação e a continuidade do cuidado. Soma-se ao problema da cobertura populacional o fato de os profissionais não-médicos que nela atuam ainda exercerem tarefas substitutivas de forma marginal, desempenhando predominantemente ações preventivas e de vigilância em saúde.^{37,39,40}

O dimensionamento inadequado da equipe favorece uma pressão de demanda excessiva - e a percepção desta como inesgotável - potencializando a medicalização devido às seguintes situações: (1) restrição de acesso na APS que induz à busca de cuidados à saúde em níveis de atenção mais iatrogênicos, tais como prontos-socorros, hospitais, ambulatorios de especialidades e serviços privados; (2) alta pressão por assistência à saúde que favorece um cuidado clínico reducionista, intervencionista e de baixa qualidade na APS e que redireciona a atenção dos profissionais para condições agudas, fatores de risco e patologias de interesse epidemiológico, prejudicando uma abordagem abrangente/integral e centrada na pessoa; e (3) predomínio de ações preventivas - nas diretrizes oficiais brasileiras e em muitos contextos assistenciais - em relação às curativas, o que aponta para a disputa entre sobremedicalização e submedicalização e o conseqüente dilema ético de oferecer atenção a pessoas saudáveis em vez de voltarmos nossa atenção para as pessoas doentes.^{1,41,42} É preciso reconhecer a existência de iatrogenia institucional neste contexto, secundária às inadequações do sistema de saúde. Uma ênfase excessiva em metas quantitativas inadequadas e em campanhas de rastreamento fragmentadas, antiéticas e ansiogênicas, também pode resultar em iatrogenia institucional.^{35,43}

Além das influências do sistema de saúde, os cidadãos e profissionais de saúde agem em uma relação dialética entre medicalização e desmedicalização. O fetiche tecnológico, o impulso/necessidade pelo consumo e a atmosfera/marketing criados pelo setor privado fomentam a dependência, gerando expectativas irreais pelos pacientes acerca dos benefícios e danos das intervenções médicas e demanda por acesso a bens de consumo (i.e. consultas, procedimentos).^{33,44} Esta demanda por consumo é rebatizada de autonomia, em uma complexa relação na qual médicos de família e usuários dos serviços de saúde estão profundamente implicados.

Os médicos têm grandes dificuldades em lidar com as expectativas dos pacientes conjuntamente às necessidades de saúde: “As demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade (demanda reprimida, população mais adoecida pelas condições de vida, demanda por consumo tecnológico, etc), quanto por seu conteúdo (dores, sofrimentos, pobreza, violência, loucura, etc)” (p. 16).⁴⁵ Os profissionais justificam a intervenção excessiva pela falta de tempo em abordar as causas dos problemas, pela inabilidade em intervir em problemas de causalidade psicossocial e também pelo imperativo em responder às expectativas das pessoas.^{1,12} De fato, são grandes os desafios em responder às necessidades e demandas em saúde:

[...] são interesses e desejos que não podem ser puramente combatidos ou ignorados no cotidiano da atenção à saúde, sob pena de violência, quebra de vínculo, etc., nem reforçados ou atendidos globalmente, pois isso só medicalizaria ainda mais a situação, gerando contra produtividade e mais dependência. (p. 142).³⁰

A inabilidade dos profissionais de saúde (mesmo daqueles que atuam na APS) em lidar com a complexidade da doença é evidente, sendo ainda mais desafiador dialogar com as pessoas e seus adoecimentos em contextos de grande vulnerabilidade socioeconômica e cultural, o que requer habilidades e competências dos médicos e demais profissionais da saúde que não foram necessariamente ensinadas-aprendidas durante sua formação profissional.

Prevenção quaternária e sobremedicalização

O conceito de prevenção quaternária (P4) nasceu de uma necessidade real e prática da medicina de família, especialmente para lidar com as pessoas e seus adoecimentos em situações “que escapam completamente a qualquer autoridade estatística e a qualquer previsibilidade” (p. 398).¹¹ Proposta pelo médico de família belga Marc Jamouille,¹¹ a prevenção quaternária se relaciona com os demais níveis de prevenção propostos por Leavell e Clark e estabelece um conjunto de ações em saúde voltadas para a identificação de pessoas sob risco de medicalização excessiva (sobremedicalização) com o objetivo de protegê-las de “novas invasões médicas” e sugerir intervenções eticamente aceitáveis, partindo das diferentes perspectivas e da relação entre pessoas (pacientes) e médicos (Figura 2).^{11,46}

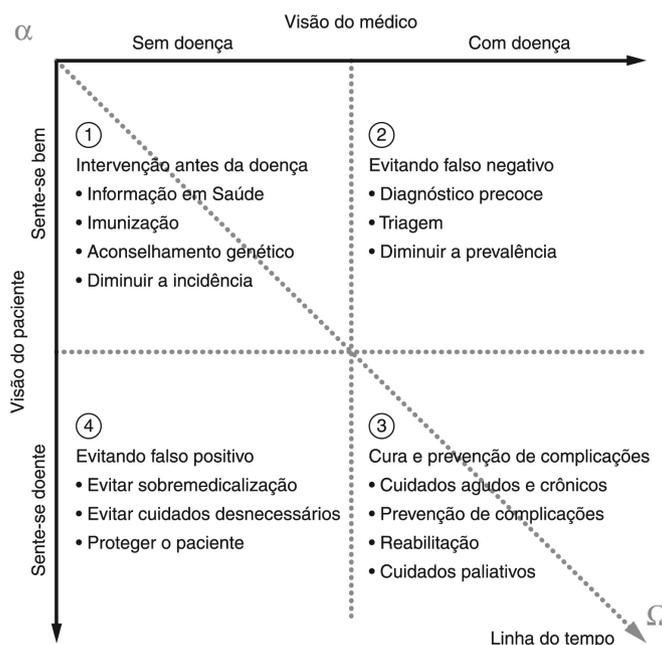


Figura 2. Especificação das ações em saúde de acordo com os quatro níveis de prevenção segundo o modelo da prevenção quaternária. Fonte: adaptado a partir de Jamouille e Roland.⁴⁶

A prevenção quaternária reconhece a medicalização em um dos seus primeiros entendimentos, como “invasão” ou “imperialismo médico”, embora seu conceito e representação gráfica em uma tabela 2x2 (Figuras 2 e 3) permitam a apreensão da medicalização em toda a sua complexidade, mesmo nas suas expressões mais contemporâneas, que enfatizam a importância da “definição médica”. A prevenção quaternária expõe os possíveis resultados (e danos) das diferentes percepções do processo de adoecimento na prática clínica *illness* (“sentir-se doente”) e *disease* (“doença como visão do médico”) sob pena de que a doença e sua ontologização assumam prioridade sobre os pacientes individuais e seus sofrimentos. Isto se constitui como um dos elementos centrais do processo de medicalização.¹ Assim sendo, a P4 identifica o “sentir-se doente” na ausência de “doença na visão do médico” como o momento mais suscetível à sobremedicalização; portanto, vulnerável a intervenções desnecessárias, a rótulos e diagnósticos inapropriados, bem como a medicalização de problemas/sofrimentos psicossociais.³⁰

Embora na representação gráfica as ações de “evitar cuidados desnecessários” pareçam limitar-se apenas ao quadrante 4, a P4 aponta para os demais níveis de prevenção como responsáveis pelas pessoas se sentirem enfermas e por iatrogenias, sem, no entanto, ignorar o papel ativo dos pacientes no processo de medicalização (Figura 3).³⁵ As ações de P4 deveriam ser realizadas nos diferentes estágios do processo saúde-doença, visto que em qualquer momento do cuidado em saúde os indivíduos se encontram sob “risco de sobremedicalização”.

Norman e Tesser⁴⁷ propõem diretrizes para a operacionalização da P4 na prática dos médicos de família e comunidade. Segundo os autores, ações de P4 são mais necessárias quanto mais projetado no “futuro” estiver o potencial de sofrimento das pessoas, indicando assim uma hierarquização dessas ações. Por exemplo, elas são mais necessárias nas prevenções primária e secundária, que exploram adoecimentos futuros e fatores de risco (quadrantes 1 e 2 da Figura 2). Tais ações podem também ser utilizadas na prevenção terciária, que lida com pessoas com quadros clínicos que vão desde moderados a bem definidos pela biomedicina (quadrante 3 da Figura 2). No entanto, entre esses extremos existe uma gama de quadros clínicos com expressão semiológica de sinais/sintomas indefinidos e complexos que também requerem intensas ações de P4 (quadrante 4 da Figura 2).^{25,47} Esta análise aponta para as diferenças entre “contrato preventivo” e “contrato curativo” na relação clínica e nas atividades de P4: limitar o dano e reduzir intervenções nas ações preventivas são deveres éticos imperiosos (a prevenção não tolera danos), enquanto as ações curativas carregam um maior limite de tolerância aos danos, justificado pela intenção de se recuperar a saúde.⁴²

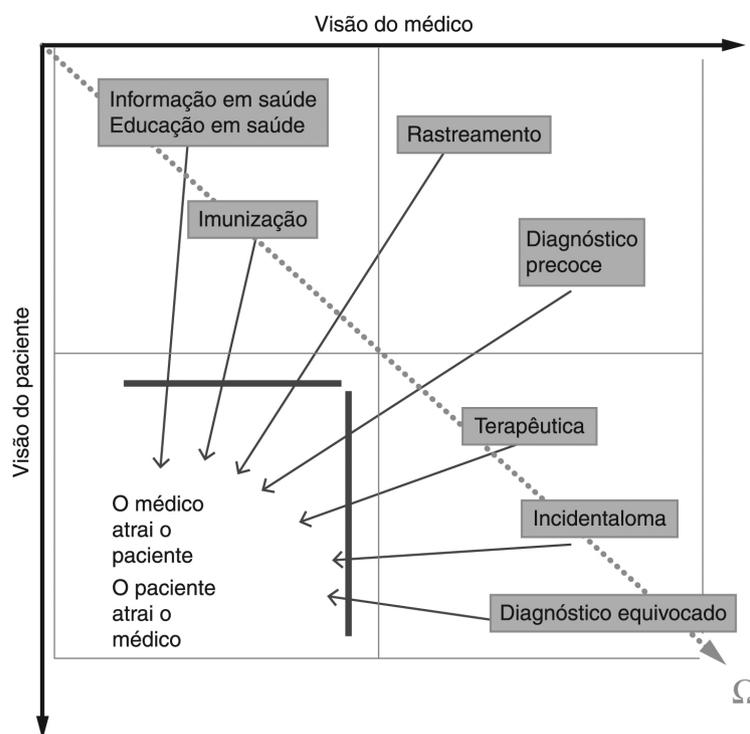


Figura 3. Ações preventivas que conduzem os profissionais de saúde e usuários ao escopo da prevenção quaternária.

Fonte: Adaptado de Jamouille.³⁵

A prevenção quaternária destaca ainda a importância da relação médico-paciente por: (a) reconhecer a pessoa, sua singularidade e autonomia; (b) valorizar o processo de decisão conjunta/compartilhada; (c) adotar um método clínico centrado na pessoa;¹⁰ e (d) desenvolver habilidades relacionais e de comunicação no encontro clínico, que podem resultar tanto na medicalização como na coprodução de saúde e autonomia.¹² A P4 sistematiza ações para combater, em particular, a dimensão interacional da medicalização, embora ofereça subsídios para a crítica e o reconhecimento também de suas dimensões conceitual e institucional (Figura 1).

Na prevenção quaternária é comum a presença dos “combatentes” (“P4 fighters”, como seus entusiastas se definem) que enfatizam os interesses do mercado e os dados da medicina baseada em evidências (estes como um antídoto) na batalha contra o excesso de medicalização, embora com pouca atenção para a relação clínica. Como afirma Jamouille:

*Não há diferença entre os movimentos [sociais organizados] em torno da questão do overdiagnosis e selling-sickness [disease mongering] e a batalha contra os gangsters da saúde (como naquelas séries [de TV] de gangsters, banksters, [e] drugsters). Enfatizar a abordagem do “sobre” [diagnóstico, tratamento, etc] é realmente importante, e de fato, um dos eixos da P4. Mas eu peço que vocês não esqueçam a alma da P4, que é a relação médico-paciente. Por favor, considerem o eixo do paciente (ver agradecimentos a Jamouille, 2013**).*

De fato, a ocorrência de medicalização “no nível interacional, decorre muito menos da falta de reconhecimento de que há outros fatores coproduzindo o adoecimento, do que de técnicas, saberes, recursos emocionais e condições organizacionais para lidar com ele”. Em outras palavras, o conjunto de ações da P4 “é menos cognitivo [...] e mais relacionado às habilidades, atitudes, e sentimentos dos profissionais, bem como ao contexto dos serviços” (p. 207-208),¹ que mediam o relacionamento entre os médicos e as pessoas sob seus cuidados.

Conclusão

O fenômeno da medicalização tem alcançado grande atenção na medicina de família. Nesse sentido, a prevenção quaternária propõe uma série de ações para os médicos de família e comunidade “protegerem o paciente dos excessos da medicina”, bem como para prevenirem a si próprios de sobremedicalizar. A P4 tem protagonizado um importante movimento na medicina, para além da disseminação do conhecimento médico e seus limites. Sua grande contribuição é o reposicionamento do objeto central da prática dos profissionais de saúde, não mais a doença - sua quantificação ou métodos diagnósticos - mas, os indivíduos (sujeitos) e seus sofrimentos/adoecimentos.

McWhinney²⁴ enfatiza o protagonismo da medicina de família nas mudanças necessárias à ciência e as práticas médicas, ressaltando as potências da medicina de família para esta transformação, tais como: a relação médico-paciente, a superação do dualismo mente-corpo e da visão mecanicista da vida, a atenção à singularidade da pessoa, a adoção do pensamento complexo e do método clínico centrado na pessoa.¹⁰ Apesar de uma abordagem centrada na pessoa ser necessária esta é insuficiente para fazer frente a esses desafios, visto que existem outras necessidades sociais não resolvidas que cruzam a prática médica, esta também uma prática social.

Médicos de família e comunidade são agentes potenciais de medicalização e, portanto, há que se adotar uma prática ética, reflexiva, crítica e centrada na pessoa a fim de minimizar os danos de suas ações. A prevenção quaternária exige autoavaliação permanente e longitudinal por parte dos médicos, para torná-los conscientes dos potenciais danos biopsicossociais que podem causar a pacientes, famílias e comunidades sob seus cuidados, mesmo que de modo não intencional.¹²

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos: a Marc Jamouille, pelo convite para participar desta edição especial e pela contribuição na definição de Sobremedicalização (Overmedicalization)* e no reconhecimento das principais questões relacionadas à prevenção quaternária na prática do médico de família, em discussão na lista de e-mails do *GT prevenção quaternária*;** a Enrique Gavilán pela contribuição na definição de Sobremedicalização*; a Anna Volochko pela revisão de parte da versão em inglês (e por seus preciosos comentários); a Gustavo Pozzobon pela ajuda na edição das figuras. Gostaria também de agradecer aos professores Gastão Wagner de Sousa Campos e Gustavo Tenório Cunha por me encorajarem a estudar o processo de medicalização no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Referências

1. Cardoso RV. Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 268 p. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000605.pdf>.
2. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve* [online]. 2010 [cited 2014 Sept 20];18:167-194. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>
3. Illich I. A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina. 3rd ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
4. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med*. 2010;70(12):1943-1947. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.019>. PMID:20362382.
5. Illich, I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1982;463-470. PMID: PMC1972593.
6. Torres JMC. Medicalizing to demedicalize: lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding. *Soc Sci Med*. 2014;100:159-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.013>. PMID:24444851.
7. Halfmann D. Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices and identities. *Health*. 2011;3:1-22. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459311403947>.
8. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada [online] In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55. Available from: http://www.hc.ufmg.br/gids/textos_seminarios/clinica_do_sujeito.pdf.
9. Bedrikov R, Campos GWS. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):610-613. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000600003>.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mc Whinney IA, Mc William CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2nd ed. Porto Alegre: ArtMed; 2010.
11. Jamoulle M. Prevenção quaternária: a propósito de um desenho. *Rev Port Med Geral Fam*. [online]. 2012 [Cited 2014 Nov 15]; 28:398-399. Available from: <http://www.apmgf.pt/ficheiros/rpmgf/v28n6a/v28n6a02.pdf>.
12. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-64. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24>. PMID:25674569.
13. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.
14. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*. 1972;20(4):487-504. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>. PMID:4645802.
15. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci*. 2003;39(2):115-129. <http://dx.doi.org/10.1002/jhbs.10108>. PMID:12720322.
16. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav*. 2005;46(1):3-14. <http://dx.doi.org/10.1177/002214650504600102>. PMID:15869117.
17. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
18. Poli P No, Caponi S. Medicalização: revisitando definições e teorias. In: Tesser CD, editor. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 35-51.
19. Metz J, Herzig RM. Medicalisation in the 21st century: introduction. *Lancet*. 2007;369(9562):697-698. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60317-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60317-1). PMID:17321315.
20. Nogueira RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EM, editor. A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões das redes de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 63-72.
21. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Soc Sci Med*. 2012;75(5):775-783. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>. PMID:22633161.
22. Nogueira RP. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: Arouca S, editor. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 175-182.
23. Zorzaneli RT, Ortega F, Bezerra B Jr. An overview of the variations surrounding the concept of medicalization between 1950 and 2010. *Cienc saude colet*. 2014;19(6):1859-1868. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>
24. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract*. 1996;46(408):433-436. PMID:8776918.
25. Camargo KRA Jr. A biomedicina. *Physis* [online]. 2005 [cited 2014 Sept 8];15(Suppl):177-201. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>.
26. Camargo KR Jr. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis* [online]. 2007 [cited 2014 Sept 8];;76(1):63-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a05.pdf>.
27. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
28. Canguilhem G. O normal e o patológico. 7th ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.

29. Puttini RF, Pereira A Jr. Além do mecanicismo e do vitalismo: a "normatividade da vida" em Georges Canguilhem. *Physis*. 2007;17(3):451-464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000300003>.
30. Tesser CD. A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização [thesis online]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1999. Available from: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000199171>.
31. Conrad P. Medicalization and social control. *Annu Rev Sociol*. 1992;18:209-232. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.
32. Rose G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010.
33. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BJM*. [online]. 2002 [cited 2013 Oct 12];324(7342):886-891. PMID: 11950740.
34. Conrad P, Bergey MR. The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Soc Sci Med*. 2014;122:31-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>. PMID:25441315.
35. Jamouille M. From Illich to Moynihan, medicine can be dangerous for your health. In: Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin, D, Pezeshki M, Báez MP. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. Proceedings of the Wonca World Conference. Prague; 2013. [cited 2013 Nov 2]. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf>.
36. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2014 Aug 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf.
37. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. Belo Horizonte; 1999. [cited 2013 Nov 20]. <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>.
38. Merhy EE. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. Rio de Janeiro: UFF; 2007. [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>.
39. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Como construir uma Atenção Primária Forte no Brasil? Resumo Técnico para Políticos, Gestores e Profissionais de Saúde com responsabilidade em organização e docência do relatório de: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na Atenção Primária no Brasil. Rio de Janeiro: SBMFC; 2011. [cited 2014 Jan 15]. Available from: http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf.
40. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.
41. Tesser CD, Poli P No, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3 Suppl 3):3615-3624. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. PMID:21120349.
42. Gérvas J. Cómo mantener la calidad de la atención médica ante pacientes exigentes y frente a una sociedad expectante? Madrid: Equipo CESCA; 2012. [cited 2014 Nov 5]. Available from: <http://equipocesca.org/pt/como-mantener-la-calidad-de-la-atencion-medica-ante-pacientes-exigentes-y-frente-a-una-sociedad-expectante/>.
43. Mangin D, Toop L. The quality and outcomes framework: what have you done to yourselves? *Br J Gen Pract*. 2007;57(539):435-437. PMID:17550665.
44. Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med*. 2015;175(2):274-286. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6016>. PMID:25531451.
45. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface, Comun., Saúde, Educ*. 2005;9(16):9-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100002>.
46. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention; from Wonca World Hong Kong 1995 to Wonca World Prague 2013. Poster# 336. Wonca World Congresso; 2013; Prague. [cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000439.pdf>.
47. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35). In press. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011).