

Habilidades de comunicação: uma ponte entre a teoria e a prática da prevenção quaternária

Communication skills: a bridge between quaternary prevention theory and practice

Habilidades de comunicación: un puente entre la teoría y la práctica de la prevención cuaternaria

Mírian Santana Barbosa¹, Letícia Gonçalves Caldeira¹, Luíza de Alcântara Dutra¹, Francisca Brandão Martins e Mafra¹, Diana Marques Gazola¹

¹ Universidade Federal de Viçosa

Resumo

O entendimento do processo saúde-doença muda com o tempo histórico, tendo seguido uma tendência a cada vez mais patologizar fenômenos antes tidos como naturais, abrindo caminho para um cenário de valorização de excessos. Diante disso e da importância de proteger as pessoas dos possíveis danos causados pelas intervenções médicas, surgiu a prevenção quaternária (P4), que versa sobre uma medicina menos iatrogênica, evitando sobrediagnóstico, sobremedicalização e intervenções desnecessárias. Contudo, na prática clínica, médicos encontram diversos entraves para a sua aplicação, sendo comum não utilizá-la, mesmo se tendo consciência de sua importância. Dentre essas barreiras, destacam-se a dificuldade de negar uma demanda ao paciente e de lidar com situações de discordância, a pouca destreza argumentativa, e o medo de deixar de fazer um diagnóstico ou de perder a confiança da relação. O presente ensaio discute técnicas de habilidades de comunicação, à luz da medicina centrada na pessoa, com o objetivo de auxiliar médicos e médicas diante dessas dificuldades. Partindo de situações cotidianas, foram buscadas respostas em referências científicas, como livros, artigos e manuais. Algumas dessas técnicas apresentadas são: como negar uma demanda, entender o desejo pessoal por uma intervenção médica, lidar com a divergência de ideias, explorar a experiência da não-concordância, desprescrever medicações e compartilhar as decisões. Espera-se que, a partir desta leitura, os profissionais se sintam mais preparados e motivados para nadar contra a corrente hegemônica das intervenções médicas desnecessárias, contribuindo para que a medicina avance no sentido de promover o melhor cuidado possível às pessoas, sobretudo, primeiro não lhes causando mal.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Comunicação; Assistência Centrada no Paciente.

Autor correspondente:

Mírian Santana Barbosa.
E-mail: miriansb@gmail.com

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica

Procedência:
não encomendado.

Recebido em: 19/06/2020.

Aprovado em: 26/10/2020.

Como citar: Barbosa MS, Caldeira LG, Dutra LA, Mafra FBM, Gazola DM. Habilidades de comunicação na prevenção quaternária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2582. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2582](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2582)



Abstract

The understanding of the health-disease process changes over time. Nowadays, it is heading towards an increase in pathologizing phenomena previously considered to be natural and paves the way for a scenario of valuing the excesses. Therefore the importance of protecting people from possible damage caused by medical interventions, quaternary prevention (P4) emerged, advocating for a less iatrogenic medicine, avoiding overdiagnosis, overmedicalization, and unnecessary interventions. However, in clinical practice, doctors face several obstacles at the application of P4, so they frequently not use it, even though they are aware of its importance. Among these obstacles, we highlight the difficulty of denying a patient's demand, dealing with situations of disagreement, poor argumentative skills, and the fear of not making a diagnosis or losing the patient's confidence. This essay discusses communication skills techniques, taking account the person-centered medicine, aiming to assist doctors in the face of these difficulties. Starting from everyday situations, answers were sought in scientific references, such as books, articles and manuals. Some of the techniques presented are: how to deny a demand, how to understand the personal desire for a medical intervention, how to deal with the divergence of ideas, how to explore the experience of non-agreement, how to undeprescribe medications, and how to do share decision making. It is expected that, after this reading, professionals may feel more prepared and motivated to swim against the hegemonic tide of unnecessary medical interventions. This could help medicine to follow the "first, do no harm" principle and advance in order to promote the best possible care for people.

Keywords: Quaternary Prevention; Communication; Patient-Centered Care.

Resumen

La comprensión del proceso salud-enfermedad cambia con el tiempo histórico, al haber seguido una tendencia a patologizar cada vez más los fenómenos que antes se consideraban naturales, abriendo el camino para un escenario de valoración de los excesos. Ante esto y la importancia de proteger a las personas de posibles daños causados por intervenciones médicas, surgió la Prevención Cuaternaria (P4), que trata de una medicina menos iatrogénica, evitando el sobrediagnóstico, la sobremedicalización y las intervenciones innecesarias. Sin embargo, en la práctica clínica, los médicos encuentran varios obstáculos para la aplicación de la P4, y es común no usarla, aunque sean conscientes de su importancia. Entre estos obstáculos, destacamos la dificultad de negar una demanda al paciente y de lidiar con situaciones de desacuerdo, la poca destreza argumentativa y el miedo de no hacer un diagnóstico o perder la confianza del paciente. Este ensayo analiza las técnicas de habilidades de comunicación, a la luz de la Medicina Centrada en la Persona, con el objetivo de ayudar a los médicos frente a estas dificultades. A partir de situaciones cotidianas, se buscaron respuestas en referencias científicas, como libros, artículos, manuales. Algunas de estas técnicas presentadas son: cómo negar una demanda, comprender el deseo personal de una intervención médica, lidiar con la divergencia de ideas, explorar la experiencia de no estar de acuerdo, desprescribir medicamentos y compartir decisiones. Se espera que, a partir de esta lectura, los profesionales se sientan más preparados y motivados para nadar contra la corriente hegemónica de intervenciones médicas innecesarias - haciendo honor a la máxima "lo primero es no hacer daño" - y así contribuir a que la medicina avance para promover la mejor atención posible para las personas.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria; Comunicación; Atención Dirigida al Paciente.

INTRODUÇÃO

O entendimento do processo saúde-doença, tido como atribuição médica, muda com o tempo histórico, tendo seguido uma tendência a cada vez mais patologizar fenômenos antes tidos como naturais e de mercantilizar a doença. Nesse sentido, Payer¹ traz a provocação do quanto é rentável trazer para as pessoas uma noção de doença maior do que o real, que se baseia em convencer quem não está doente de que possui alguma doença, e para aquelas que estão levemente doentes, de que sua situação é grave. Arelado a isso, o conceito de prevenção também muda - inclusive abrangendo a redução de fatores de risco² - e, por vezes, se distancia da assistência que deveria ser ofertada.

No cenário cultural atual, em que se acredita que é melhor *'prevenir do que remediar'* ou *'pecar pelo excesso'*, e que quanto mais intervenções médicas, maiores as chances de se ter saúde, "nosso medo ancestral da morte tem sido capitalizado por meio de exames desnecessários e práticas sem evidências científicas não promotoras de autonomia".³ Na contramão desse processo, Jamouille e Roland (1995)⁴ propõem uma reflexão sobre os danos causados por essa prática e cria então o conceito de prevenção quaternária (P4), que tem o propósito de proteger as pessoas - desde os pacientes assintomáticos até os

extremamente graves - dos excessos em medicina, como o sobrediagnóstico, a sobremedicalização e as intervenções desnecessárias.^{4,5}

Como qualquer outra prática contra-hegemônica, a aplicação da prevenção quaternária encontra vários entraves. Para os médicos, muitas vezes, é difícil negar uma demanda do paciente, enfrentar o medo de se perder um diagnóstico ou não se tratar algo que pode vir a ser grave ou até fatal.⁶ Esses obstáculos podem demonstrar uma falta de treinamento para lidar com as incertezas e preocupações tanto de seus pacientes, como suas próprias.

Apesar de complexo e, muitas vezes, difícil, é imprescindível desmistificar a negociação da prevenção quaternária com o paciente. Levando-se em consideração essas dificuldades, o presente ensaio propõe o uso de ferramentas de comunicação, uma tecnologia leve⁷ que pode tornar mais factível a aplicação dos fundamentos da prevenção quaternária na prática.

As autoras partiram da descrição de situações cotidianas do trabalho médico e buscaram respostas em referências científicas atuais, como livros, artigos e manuais. Também foi realizada uma revisão na base de dados MEDLINE, através da plataforma PubMed, com os descritores: 'comunicação', '*communication*', 'prevenção quaternária', '*quaternary prevention*'; sendo encontrados 67 artigos, dos quais apenas dois apresentaram relevância temática para este ensaio.

DISCUSSÃO

1. O QUE ESTÁ POR TRÁS DE UM PEDIDO POR EXAMES?

- Boa tarde, eu gostaria de fazer um check-up.

É evidente como tal situação clínica se tornou recorrente na prática médica devido à supervalorização dos exames complementares e do incentivo desmedido aos *check-ups* periódicos.³ Normalmente, os médicos acabam cedendo aos pedidos dos pacientes, ultrapassando as reais indicações, por não saberem como se comportar. Ou, então, acabam realizando somente os rastreamentos indicados e encerram a consulta sem saber o que motivou o paciente a buscar esse cuidado.

Como adequar a conduta para o que é o melhor para o paciente? Como negar o pedido dos exames desnecessários sem romper com a expectativa e causar insatisfação?

a. Explorar a experiência do pedido pelo exame (SIFE):

Além de compreender que evidências científicas confirmam as potenciais iatrogenias vindas da realização de exames investigativos sem indicação clínica,⁸ conhecer as crenças, medos e expectativas de quem demanda esse pedido ajuda na ressignificação do processo saúde-doença do sujeito e mostra o caminho particular e individualizado a ser tomado pelo médico.³

- Certo, Ana. Vamos medir a pressão, pesar e fazer o preventivo do colo uterino.

Essa consulta provavelmente terminaria com a paciente realizando os rastreios indicados e o médico acreditando que tinha feito um bom trabalho. Porém, o que a motivou a buscar o atendimento, por exemplo, poderia ser a preocupação diante da morte de um colega de academia que teve um mal súbito. Sendo assim, ela sairia da consulta frustrada pelo fato de o médico não ter solicitado um eletrocardiograma.

Segundo Stewart et al. (2017),⁹ que apontam para a transformação do método clínico ao consolidar a medicina centrada na pessoa, para oferecer um cuidado efetivo ao paciente, precisa-se levar em consideração a compreensão de sua 'experiência da doença'. Pode-se extrapolar a palavra 'doença' e substituí-la por 'motivo da consulta', entendendo que nem sempre os pacientes buscam atendimento por padecimentos. Portanto, deve-se entender o pedido por um *check-up* como um motivo de consulta e, dessa forma, avaliar a experiência desse motivo de consulta, ou seja, o que esse pedido representa para o paciente.

É preciso concentrar a atenção em compreender as necessidades determinantes no pedido inicial da pessoa, antes de tentar fazê-la entrar em acordo com a conduta médica. Há influência de uma experiência de doença negativa experimentada por alguém próximo que lhe causou sofrimento? Seria um pedido que esconde um motivo oculto de consulta, algo que o paciente não consiga falar no primeiro momento? Existe uma crença absorvida da mídia que lhe gera medo e vigilância constante da doença e da morte? Esses questionamentos abrem a oportunidade de se trabalhar conjuntamente a subjetividade, aproximando a possibilidade de efetivar a prática da prevenção quaternária.

Saber como fazer perguntas-chave nessa exploração é algo que não deve ser subestimado. Nesse sentido, pode-se dispor do acrônimo SIFE, em que cada letra corresponde, respectivamente, (1) aos sentimentos da pessoa em relação aos seus problemas, (2) às suas ideias sobre o que está acontecendo, (3) a como essa experiência está afetando sua funcionalidade no dia-a-dia, (4) e às suas expectativas para a consulta com o seu médico.⁹

(3) - Quería saber se há alguma ligação entre esse pedido e a forma como está a sua vida atualmente.

– Acho que sim, me vejo várias vezes ansiosa imaginando situações acontecendo comigo, me pegando de surpresa...

(1)(2) - Isso parece estar te incomodando muito. Pra você, há algo especialmente preocupante nisso?

– Há um tempinho atrás um conhecido da academia morreu do nada! Infartou!! Por isso vim aqui pra ficar tranquila de que não tenho nada no coração.

(4) - Gostaria de saber se você imagina algo específico que eu possa te ajudar.

– Diante dessa dúvida, acho que você poderia me pedir um eletro.

Ao explorar a experiência do motivo da consulta, o médico cria a oportunidade de identificar elementos que o guiarão na conduta particularizada de cada pessoa atendida. Desse modo, torna-se mais propício o estabelecimento de um diálogo que compartilha informações, educa, desmitifica crenças equivocadas e avalia as prioridades de cada uma das partes.

– Ana, gostaria de te explicar um pouco sobre as indicações de um eletrocardiograma, pra que você entenda que ele não seria útil no seu caso. Além disso, poderíamos conversar sobre os rastreamentos que estão indicados pra você e o porquê de cada um. Tudo bem?

b. Explicar a avaliação e confirmar a concordância do paciente sobre ela:

No final de uma consulta de puericultura, o médico orientou:

– Dona Magda, o seu filho está ótimo, é uma criança saudável, não precisamos preocupar com nada, nem pedir aqueles exames que você sugeriu.

– *Mas você não vai pedir nem os exames de sangue, urina e fezes pra ele não?*

Como evitar a insatisfação do paciente e ao mesmo tempo não solicitar exames desnecessários? O que fazer quando o paciente não concorda com sua avaliação?

Veja que o médico propõe um plano de não realização dos exames sugeridos pela pessoa, que está em discordância com essa proposta. Nesse caso, o médico poderia permanecer firme em sua decisão ou ceder para o pedido de exames. No entanto, para que qualquer uma das duas decisões seja tomada, é preciso, primeiramente, que haja uma concordância mútua em relação à definição do problema.⁹ O médico considera a solicitação de exames como um problema porque são desnecessários, enquanto a mãe da criança os enxerga como indispensáveis. É preciso alinhar as expectativas e, para isso, ambos os lados têm que se fazer entendidos.

O guia de entrevista clínica “A consulta em 7 passos”¹⁰ descreve em seu quarto passo, intitulado como “Avaliação”, as etapas a seguir. Destaca-se que este guia foi tido como o mais adequado para a aprendizagem de habilidades de comunicação centrado na pessoa para atendimento na atenção primária no Brasil.¹¹

(1) Explicar para o paciente suas conclusões respaldadas pelos achados da entrevista, dos exames complementares e do exame físico; dar nome ao problema, de preferência o nome técnico e evitar expressões que atenuem o diagnóstico (“princípio de AVC”). Deve-se utilizar uma linguagem clara e compreensível, alinhada com a capacidade de entendimento da pessoa: “o que o senhor teve tem o nome de acidente isquêmico transitório, que é causado pela interrupção momentânea de oxigênio no cérebro”;

(2) Verificar os conhecimentos prévios do paciente: “Você já ouviu falar sobre isso?” e “O que pensa que isso seja?”. Esse tipo de questionamento é útil tanto para que o médico possa mapear as informações que a pessoa já detém, evitando explicar informações já conhecidas, quanto para entender as ideias e crenças dela sobre seu próprio problema ou situação, e, assim, desmistificar possíveis medos e preconceitos;

(3) Avaliar a necessidade de informação do paciente: “Você gostaria que eu te explicasse o que é isso?”. Afinal, cada pessoa possui necessidades diferentes sobre o nível de informação a que quer ter acesso e o tempo em que deseja acessá-la;

(4) Avaliar a concordância do paciente sobre os problemas: “Você acha possível que seja isso?” e “Concorda com isso que estou te falando?”

(1, 3 e 4) - Então Dona Magda, pelo que eu conversei com a senhora e examinando seu filho, está muito claro para mim que ele se encontra em bom estado de saúde, está adequado para os padrões de peso e crescimento, com um bom desenvolvimento neuropsicomotor... diante disso, esses exames que a senhora tinha sugerido que fossem feitos no início da consulta não se tornam necessários e não são indicados de serem feitos, podendo sua realização, inclusive, trazer prejuízos. Você gostaria que eu te explicasse melhor sobre isso? O que você está achando disso tudo que eu estou falando?

Esse passo da consulta é metaforicamente chamado por Silverman et al. (2013)¹² de a “gata borralheira” no ensino de habilidades de comunicação - ou seja, uma etapa frequentemente negligenciada, sendo comum os médicos já passarem para a explicação do plano logo depois que finalizam seu raciocínio clínico. Para os autores, se a primeira metade da consulta são as bases para a comunicação médica, a

avaliação e o planejamento são o topo. Isto é, todo o trabalho de exploração do motivo da consulta e de investigação diagnóstica não servirá caso o paciente não compreenda e concorde com o que o médico conclui.

2. NEM SEMPRE É FÁCIL ENCONTRAR UM TERRENO COMUM: LIDANDO COM NEGAÇÃO, DIVERGÊNCIA E CONCESSÃO

c. Explorar a experiência da não-concordância:

- Ah doutor, não sei... porque ele sempre fez esses exames, todo ano o outro médico dele pedia... Acho que seria bom fazer sim e gostaria que você pedisse.

Para se entender o que há por trás desse posicionamento do paciente, deve-se explorar a “experiência da não-concordância” com a avaliação médica – analogamente à “exploração da experiência da doença/motivo da consulta”.

Se os médicos ignorarem as expectativas e ideias que as pessoas têm sobre o tratamento e/ou manejo, arriscam não entender essas pessoas, que, por sua vez, ficam irritadas ou magoadas pela falta de interesse ou preocupação que percebem no médico (...). Podem relutar em escutar as recomendações de tratamento dadas pelos médicos se não sentirem que as suas ideias e opiniões foram ouvidas e respeitadas.⁹

No exemplo, será que a mãe da criança não entendeu bem a justificativa da avaliação? Houve uma experiência próxima que nega o que foi explicado? Alguém em quem ela confia diz o contrário? Ela acredita que exames complementares significam melhora nos cuidados em saúde? As possibilidades para explicar essa discordância são inúmeras e é imprescindível que o médico se esforce para chegar ao cerne da questão, inclusive, fazendo perguntas que gerem autorreflexão:

– Pra que você acha que esses exames servem?

– Por que você acha que os exames vão mostrar isso?

– Você acha que seu filho pode estar tendo alguma doença específica que esses exames podem mostrá-la?

Após entender os motivos pelos quais a paciente deseja os exames e discorda da não-solicitação, é preciso que o médico adapte a explicação e a argumentação com base nas ideias que a pessoa lhe trouxe. Como descrito por Ramos (2008),¹⁰ os objetivos da avaliação são interrelacionar os dados e informações recolhidos e integrar “a racionalidade técnico-científica, fisiopatológica, diagnóstica e prognóstica à explicação que faça sentido para o paciente e leve em conta a sua cultura”.

d. Evitar o confronto ao legitimar e normalizar a divergência, e trazer alternativas:

– Infelizmente eu não vou pedir esses exames pro seu filho, não está adequado. Já expliquei o porquê disso e, como médico, não devo fazer algo que não é indicado.

O primeiro passo para o médico evitar esse tipo de situação de desentendimento com os pacientes é atentar-se ao seu próprio comportamento não-verbal diante de uma negativa. Cohen-Cole (1991)¹³ aponta que os comportamentos não-verbais podem levar a uma comunicação empática mais efetivamente do que demonstrações concretas e verbais. Recomenda-se manter o contato visual, adotar uma postura de

tórax levemente inclinado para frente e uma expressão facial de serenidade, falar em um tom de voz mais baixo e com velocidade mais lenta.¹⁴

Além disso, é importante que as construções frasais escolhidas não deem a impressão de se estar confrontando ou se colocando na defensiva ao tentar justificar o que diz, porque “é impossível persuadir se o clima da relação for antagônico”.¹⁴ Diante da divergência, é desejável que o médico demonstre que não está apenas contrariando as crenças do paciente sobre as formas de cuidar da sua própria saúde, mas que possui verdadeiro interesse em buscar as melhores condutas para lhe proporcionar bem-estar.⁹

- *Vejo que você ficou muito insatisfeita com o que eu falei. Acho que isso que eu disse não convenceu a senhora... Meu interesse é oferecer o melhor para a saúde do seu filho.*
- *Estou querendo muito ouvir sua opinião. Gostaria de conversar melhor sobre isso para que a gente consiga achar um caminho que seja bom para todos.*

Uma das chaves para confrontar opiniões em clima de diálogo, segundo Carrió (2012),¹⁴ é (1) legitimar e (2) normalizar a divergência. Para ele, o ponto crucial para o envolvimento do paciente em uma consulta é que o médico entenda que a pessoa tem direito e deve participar de forma ativa e, para tanto, “é preciso legitimar suas opiniões, principalmente as divergentes”.

(1) - *Que bom que a senhora está me falando isso e tem todo o direito de não concordar comigo.*

(2) - *É muito comum pensarmos isso, associar que quanto mais exames fizermos, mais saudáveis ficaremos.*

Em situações de negativa, torna-se recomendável propor alternativas seguras e éticas que possam suprir as necessidades imediatas à demanda do paciente. Para isso, é fundamental investigar os significados pessoais e as metas de saúde, que expressam sua experiência de saúde.⁹

- *Percebo que você é bem determinada e preocupada em oferecer o melhor cuidado para seu filho. Gostaria de entender melhor: o que significa ter saúde em sua vida?*
- *Entendo que seu pedido de exames demonstra uma vontade de que seu filho continue saudável assim, né? Nós concordamos sobre a importância de saber como está a saúde dele atualmente para ajustarmos algo que possa prejudicá-lo na vida depois. Para a idade dele é indicado que a gente providencie algumas vacinas, e também avalie a possibilidade da prática regular de atividade física. Vamos conversar mais sobre essas propostas?*

No fim, um pedido desconfortável ao médico pode se transformar em uma oportunidade para suprir necessidades mútuas de manejo da preocupação inicial da consulta sobre ‘perder a saúde por não ter se prevenido’.

f. Admitir e reparar os erros, considerar ceder ou insistir:

Centrar no paciente é tentar entender como ele pensa, considerar suas particularidades e prioridades. Diante de uma divergência persistente, como quando o paciente insiste em não concordar com uma orientação médica após um diálogo adequado, é hora de pausar e pensar. A metáfora de uma balança ajuda nesse caso: de um lado, deve-se pesar a ciência e suas convicções, os riscos que a intervenção poderia causar ao paciente, seus custos e outros prejuízos; e, do outro, os benefícios que a intervenção poderia trazer - inclusive relacionados à diminuição de ansiedade e preocupação, à preservação da aliança

terapêutica e da confiança da pessoa. É necessário encarar as limitações do médico e entender que "o objetivo não é 'transmitir nossa verdade', mas procurar de forma conjunta, adulta e responsável, o melhor plano de ação. Todos devemos ganhar, tanto o paciente quanto o profissional".¹⁴

Sendo assim, cada situação terá sua resposta individual sobre qual caminho seguir: ceder ou insistir na negativa. Caso se opte por ceder à demanda do paciente, é preciso esclarecer que essa foi uma decisão consciente - apesar de ainda se opor, enquanto médico - e quais foram suas motivações.

– Dona Magda, esses exames que a senhora está me pedindo não são indicados no caso do seu filho e podem, inclusive, trazer danos para ele, disso não tenho dúvidas. No entanto, eu estou percebendo que isso é um grande motivo de preocupação sua e que a realização deles será muito benéfica para diminuir sua ansiedade. Colocando na balança, vou lhe dar o pedido dos exames para que você possa ficar mais tranquila.

Nos casos em que a solicitação do paciente é evidentemente proscrita e ceder trará mais malefícios, pode ser necessário investir no "não" e não ceder. Vale ressaltar que o tom do encontro importa mais que os conteúdos verbais trocados em si, sendo possível confrontar mantendo uma relação de cooperação entre médico e paciente. Para dar início à recusa, pode ser útil criar um espaço no qual a contraposição dos argumentos seja bem-vinda.¹⁴

– Eu escutei a senhora com muita atenção. Agora, permita que eu mostre meu ponto de vista. Logo em seguida, se quiser, poderemos discutir sobre.

Por conseguinte, pode-se lançar mão de técnicas como (1) "parêntese", ou (2) "disco arranhado".¹⁴ A primeira intenta adiar a demanda; a segunda é uma técnica final, na qual o paciente costuma perceber que o médico não vai ceder, e consiste em, inicialmente, argumentar a recusa e, se o paciente continuar insistindo, repetir tudo, sem acrescentar novos argumentos ou modificar o tom de voz.

(1) *– Estou percebendo que tanto eu quanto você estamos insatisfeitos com essa decisão... Gostaria de te passar alguns textos e vídeos para que você possa entender os motivos pelos quais isso que você está me pedindo pode trazer mais mal do que bem e depois voltamos a conversar. Eu também me comprometo a buscar entender melhor o seu lado e estudar melhor o seu caso. O que você acha?*

(2) *– Veja, esse procedimento que você está pedindo é muito invasivo, tem sérios riscos, ainda mais na sua condição atual de saúde. Como não existe nenhuma indicação para que seja realizado, ou seja, sua realização não trará nenhum benefício, como médico, não posso concordar com isso.*

– Mas eu estou disposto a arcar com esses riscos.

– Veja, esse procedimento que você está pedindo é muito invasivo, tem sérios riscos, ainda mais na sua condição atual de saúde. Como não existe nenhuma indicação para que seja realizado, ou seja, sua realização não trará nenhum benefício, como médico, não posso concordar com isso. (Repetição do que foi dito anteriormente).

Há que se reconhecer que aplicar a prevenção quaternária é uma tarefa particularmente difícil porque, muitas vezes, envolve convencer a pessoa de que uma orientação que nós mesmos, médicos, propusemos, não é uma boa opção - o que significa admitir que estamos potencialmente causando dano. Pedimos aos pacientes que se esforcem, que mudem suas ideias sobre o que pensam sobre sua saúde,

por vezes, até os tratamos como adictos ou abrimos brecha para serem interpretados como ignorantes e manipulados. Contudo, isso soa no mínimo contraditório, uma vez que a indicação ou orientação em questão normalmente é sugerida ou, ao menos, respaldada por um profissional de saúde.

Nesse sentido, pode ser útil admitir para o paciente de forma clara que erramos, mesmo que a orientação tenha sido feita por outro profissional, ou mesmo que tenha sido de maneira responsável e coerente com a literatura da época. Quando o médico admite suas próprias falhas (ou de outros), ele revela um pouco da sua humanidade e, assim, aproxima-se da pessoa com quem se comunica. Essa conexão, por sua vez, tem um grande potencial para intensificar os efeitos terapêuticos da relação médico-paciente.

– Peço desculpas por você ter chegado até aqui sem uma orientação adequada, em nome do serviço de saúde. Às vezes acontece das orientações médicas mudarem de repente e, também, de algumas situações passarem despercebidas numa consulta. Gostaria que soubesse que estou à inteira disposição para reparar esse erro.

3. QUANDO A MUDANÇA É DESEJO DO MÉDICO – FAZENDO DESPRESCRIÇÃO

g. Explorar a experiência do uso da medicação, trazendo à tona a ambivalência:

– Sr. Lúcio, a recomendação atual é de que as pessoas não tomem esse remédio que o senhor toma pra dormir de forma contínua, sabe...?!

– Ah, doutora, sem esse remédio eu não durmo de jeito maneira! Não dá pra parar.

A desprescrição, na contramão da medicalização hegemônica, tem como objetivo auxiliar a pessoa a interromper tratamentos considerados iatrogênicos. Inserir essa prática em uma cultura de consumo, que também inclui medicamentos e suas promessas milagrosas, tem se tornado um grande desafio médico, principalmente, porque, em muitos casos, o paciente não reconhece o uso do remédio como um problema e não deseja a interrupção do seu uso.

Dessa forma, como comunicar a indicação de uma desprescrição? O que fazer quando o paciente se mostra resistente?

Além de um amplo conhecimento dos medicamentos, suas propriedades e riscos, e os problemas que poderiam ser acarretados pela sua suspensão, é primordial conhecer o indivíduo e seu contexto.¹⁵ De forma análoga ao conceito de experiência do adoecimento já descrito, o médico deve se dedicar a entender o significado que a pessoa dá para o uso do medicamento. Nesse sentido, entrevistadores podem questionar aos seus pacientes como se sentem, o que pensam e o que veem de benéfico em relação a esse uso (sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas).

– Entendi, Sr. Lúcio. Estou vendo que é um assunto muito delicado pro senhor. Por hoje, eu gostaria de entender uma coisa. O que você pensa sobre o uso desse remédio?

– A verdade, doutora, é que tem tantos anos que eu tomo esse remédio, que não sei como eu sou sem ele. Se fico um dia sem tomar, aí é passar a noite em claro na certa.

– Além do remédio te ajudar a dormir, tem mais alguma coisa que ele é bom pra você?

– Acho que fiquei mais calmo também, mas não sei se é só impressão.

É desejável que a pessoa também seja questionada em relação às desvantagens da utilização do remédio. Ao estimular a simbolização desses possíveis pontos negativos, o médico oportuniza ao paciente o reconhecimento da ambivalência do uso, que, por vezes, é entendido apenas como favorável.¹⁴

– *E você acha que ele te atrapalha em alguma coisa?*

– *Acho que isso de depender dele é ruim, né?! E tem dia que é difícil demais levantar de manhã, parece que tomei muita cachaça no dia anterior.*

– *Fico feliz que o senhor tenha compartilhado esse pensamento comigo, Sr. Lúcio, mesmo ele sendo dolorido pro senhor! Com essa sua fala vemos que o remédio traz coisas boas, mas também coisas ruins, certo? Queria dizer que muitas pessoas me relatam esse tipo de pensamento também.*

h. Identificar o estágio motivacional:

A resistência do paciente pode refletir que ele não está suficientemente motivado para deixar de usar a medicação. Quando se está diante de um plano que demanda qualquer tipo de mudança de comportamento ou hábito, é interessante recorrer ao modelo proposto por Prochaska et al. (1992),¹⁶ que discorre sobre as fases de motivação pelas quais o indivíduo transita, não necessariamente de forma linear, no processo de mudança comportamental. São elas: (1) pré-contemplação, em que não se cogita mudar; (2) contemplação, em que o indivíduo entende a importância dessa mudança, mas ainda vê obstáculos para colocá-la em prática; (3) preparação, em que ele está decidido sobre a mudança, estuda como fazê-la e pretende iniciá-la em um futuro próximo; 4) ação, fase em que o plano de mudança comportamental é, de fato, colocado em prática; e, (5) manutenção, em que o maior desafio é manter-se na mudança e evitar lapsos, que podem fazer parte do processo.¹⁶

Ao estimar o envolvimento da pessoa no processo, por meio da identificação desses estágios motivacionais, pode-se prosseguir a entrevista de forma mais personalizada, realista e fundamentada. Algumas perguntas podem auxiliar a fazer esse diagnóstico motivacional, rastrear tentativas prévias e prever obstáculos à mudança:¹⁴

– *Sr. Lúcio, alguma vez o senhor já pensou em parar de tomar esse remédio?*

– *E por que o senhor tentou parar?*

– *Quais as dificuldades você encontrou nessa tentativa que o impediram de concretizá-la e quais você acha que ainda pode encontrar?*

Desse modo, o objetivo da entrevista deve ser avançar a motivação do paciente para o próximo estágio, e não insistir em uma mudança (estágio de ação) para um paciente que mal reconhece a importância dela (estágio pré-contemplativo) ou ainda não está totalmente convencido de que pode mudar (contemplativo). Em contrapartida, nesses casos, seria mais adequado investir em informá-los, a fim de que reconheçam os malefícios da atual situação e acreditem que é possível superar as barreiras à mudança e, assim, colocá-la em prática.

Quando se estabelece um diálogo informativo, é importante atentar-se para não usar jargões médicos ou frases longas demais, o que costuma tornar a comunicação pouco efetiva.¹⁴ No caso de uma prescrição, é imprescindível que os pontos centrais do processo sejam abordados, tais como: se é necessário e como pode ser feita a redução da dose até a interrupção do uso; as soluções alternativas

que possam substituir a medicação; se existem e quais podem ser os sintomas de abstinência, seu caráter transitório e como manejá-los.¹⁷

– *Seu Lúcio, o uso contínuo desse remédio que o senhor toma está associado a vários efeitos colaterais como a dependência físico-química, que o senhor mesmo disse que tem. Além disso, pode dar problemas de equilíbrio e provocar quedas e fraturas, e isso me preocupa muito, porque é uma causa muito comum de morte em idosos. Pode dar também comprometimento da memória...*

– *Pra tirar esse remédio a gente teria que combinar um esquema de ir reduzindo aos pouquinhos pro senhor não sentir muito. E também podemos pensar em adotar outras medidas pra te ajudar no sono, inclusive podemos até pensar em outro remédio por um tempo...*

Ainda com relação à emissão de informação, pode-se lançar mão de outros recursos para facilitar a abordagem. No estudo EMPOWER, foi utilizada uma cartilha intitulada “*You may be at risk: you are currently taking Ativan®*” (“Você pode estar em risco: você está tomando Lorazepam de forma contínua”), em que são propostas questões de verdadeiro ou falso para se testar os conhecimentos da pessoa acerca do uso do medicamento. Além disso, há um cronograma de desprescrição, que pode ser um recurso visual útil para explicar como se dará esse processo (Figura 1).¹⁸ Na mesma linha, em protocolo publicado na *Canadian Family Physician*, há um panfleto para o paciente, que discute algumas das questões inerentes à desprescrição, o porquê e como parar de usar um benzodiazepínico, outras maneiras de manejar a insônia e o que fazer se ela persistir.¹⁷

No processo de desprescrição, como em toda mudança comportamental, a pessoa é sujeito da ação e é imperativo que ela tenha um papel protagonista na construção desse plano;¹⁷ o médico, em seu papel de suporte, deve deixar claro que a acompanhará sempre que for necessário. Discussões como essa podem ajudar a desativar possíveis medos de perda de autonomia ou falta de apoio.¹⁵

4. DIANTE DAS INCERTEZAS, O CAMINHO É A DECISÃO COMPARTILHADA

– *Doutora, você me disse que tenho um risco cardiovascular moderado, eu não preciso tomar aquele remédio de colesterol não?*

Qual resposta dar para esse paciente? Não existe um consenso sobre o uso da estatina como prevenção primária de eventos cardiovasculares para todos os pacientes, por isso, frequentemente, o médico se encontra em uma situação de incerteza sobre a sua prescrição. Como agir quando as evidências não apontam para um único caminho? Cabe ao médico decidir ou é possível negociar?

Na prática médica, é comum se deparar com situações de incerteza, em que não há uma resposta única e objetiva. Desse modo, torna-se ainda mais necessário individualizar a conduta, a fim de aumentar a satisfação do paciente e a adesão terapêutica, e, principalmente, reduzir iatrogenias. Diante dessas incertezas - mas não só - é importante lembrar que cabem ao indivíduo as decisões sobre sua própria saúde e, desde que ele tenha as ferramentas necessárias para decidir de forma consciente, ninguém melhor que ele próprio para concluir quais as suas prioridades e quais os rumos terapêuticos seguir (ou abandonar). Para tal, pode-se recorrer às ferramentas de decisão compartilhada.

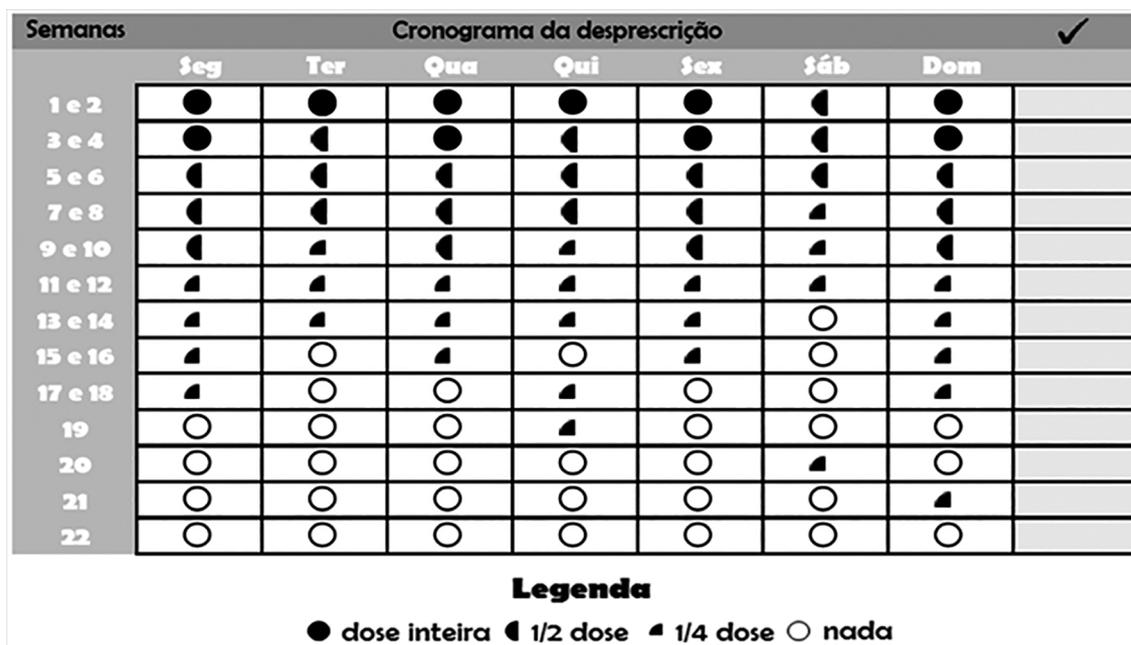


Figura 1. Cronograma da desprescrição de benzodiazepínicos. Adaptado de: *Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. Apêndice online, You May Be at Risk: You Are Currently Taking Ativan® (Lorazepam).*¹⁸

A tomada de decisão compartilhada é um processo de parceria entre médicos e pacientes, de forma que ambos compartilhem informações, propostas, preferências e objetivos acerca de um assunto e façam, ao fim, um acordo sobre o curso das ações a serem tomadas.¹⁹ Pode-se entendê-la como a interseção entre a medicina centrada na pessoa e a medicina baseada em evidências.²⁰ Pensando em prevenção quaternária, ao se particularizar o plano para o que realmente importa para cada paciente, tem-se como resultado uma racionalização da realização de exames, do uso de medicações e da indicação de procedimentos, minimizando desfechos indesejados e iatrogênicos e potencializando a satisfação do paciente com o cuidado.²⁰

i. Pergunta-fala-pergunta:

Essa técnica consiste em (1) fazer uma primeira pergunta convidando o paciente para o diálogo; seguida de (2) informar, de forma direta e com linguagem adequada, sobre a questão que se pretende discutir; depois, (3) fazer uma nova pergunta aberta para entender como essa informação é interpretada por ele. De tal modo, há incentivo à participação ativa do paciente, além da busca pelo entendimento do que a informação passada representa para ele e como o impacta.²⁰

(1) - *Eu gostaria que considerássemos as possibilidades para a sua saúde quando usamos esse tratamento, tudo bem para você?*

(2) - *Os estudos mostram que quando utilizamos a estatina em 217 pessoas com o risco cardiovascular com a mesma classificação que o seu, evitamos que 1 tenha infarto.*

(3) - *O que você pensa sobre isso?*

Uma das vantagens de se adotar esse tipo de diálogo é a abertura de espaço para perceber os medos, as preferências, as experiências prévias e as possibilidades reais de atitude por parte do paciente; ao

contrário da habitual pergunta feita pelos profissionais da saúde “entendeu?”, que limita as possibilidades de resposta apenas para “sim” ou “não”.²⁰

j. Fazer listagem de prioridades:

A listagem de prioridades parte da ideia de que, em uma decisão em saúde, há vários fatores envolvidos que têm importâncias e impactos diferentes na vida de cada indivíduo. Por exemplo, para uma pessoa que perdeu um parente próximo de infarto agudo do miocárdio (IAM), pode ser muito importante usar a estatina, mesmo com pouco impacto em redução de IAM e com os possíveis efeitos colaterais de mialgia ou rabdomiólise. Para outra pessoa uma dor na perna pode comprometê-la muito no trabalho e evitar isso seja mais importante diante da baixa probabilidade de evitar um evento cardiovascular. Por isso, vale a pena que médico e paciente construam juntos a lista de prioridades para cada caso, que pode elencar questões como: sensação de autocuidado, certeza de cura, diminuição de dor, risco de desfechos considerados graves, qualidade de vida, entre outros.

– *Carlos, na nossa conversa sobre os pontos positivos e os negativos do uso da estatina, você pensou sobre a sensação de segurança que ela pode te trazer porque seu tio teve infarto, a possibilidade de prejuízo no trabalho se ela te der dor na perna e o medo que você tem em ter diabetes. Vamos tentar colocar essas três situações em ordem de prioridade pra que a gente possa entender qual delas é a mais importante pra você?*

k. Tabela de prós e contras, recursos visuais e numéricos:

Para apoiar as escolhas do paciente, pode-se recorrer também à comparação entre as decisões possíveis, mostrando os prováveis benefícios e os possíveis danos envolvidos no “fazer” e no “não fazer”. Essas comparações podem ser feitas apenas de forma verbal ou com o auxílio de listas ou tabelas. O objetivo é facilitar a compreensão do paciente dos prós e contras do ponto de vista da medicina, e podendo também serem elencados aspectos de importância e prioridade para cada pessoa, extrapolando as informações científicas (Tabela 1).

Atualmente, encontram-se vários recursos que auxiliam a prática da decisão compartilhada, como textos, vídeos, imagens, infográficos e tabelas comparativas, facilitando a comunicação entre médico e paciente. No geral, são compostos por uma descrição da doença, possibilidades de desfecho e de tratamento, benefícios e prejuízos de cada intervenção, qual o principal ponto de incerteza e quais as evidências disponíveis. Entre eles, destacam-se as *fact boxes* (“caixas de fatos”)²¹, ferramenta muito didática, na qual os indivíduos são representados, geralmente, em formato de pequenos círculos e as quantidades dos

Tabela 1. Benefícios e malefícios do uso da estatina para Carlos. Adaptado de: thennt.com, Statin in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease.²²

Benefícios do uso de estatinas	Malefícios do uso de estatinas
Não tem redução estatisticamente significativa a mortalidade	Gera dor por dano muscular em 1 a cada 21 pessoas
Evita 1 a cada 217 infartos (que não gerariam morte)	1 a cada 204 pessoas desenvolve diabetes
Evita 1 a cada 313 derrames (que não gerariam morte)	
Benefícios do uso de estatinas para Carlos	Malefícios do uso de estatinas para Carlos
Sensação de segurança	Ter que tomar um comprimido todos os dias

que se beneficiariam ou se prejudicariam com a intervenção são diferenciadas por cores (Figura 2). Todos esses recursos têm se tornado muito valiosos na prática clínica e cada vez mais amplamente utilizados.¹⁹

Alguns exemplos de sites onde tais materiais podem ser encontrados são: <https://www.thennt.com/> (que informa dados numéricos)²² e <https://www.hardingcenter.de/en/fact-boxes> (que disponibiliza caixas de fatos)²¹. Todos os dados devem ser baseados em evidências e precisam ser bem interpretados pelos médicos para que possam explicar corretamente para o paciente seus significados.

– Carlos, trouxe para você algumas imagens que vão nos ajudar a ponderar sobre as opções. Veja bem, cada uma dessas bolinhas representa uma pessoa, temos 100 de cada lado, do lado esquerdo estão as pessoas que não tomaram estatina, já do lado direito estão as pessoas que tomaram. As bolinhas pretas representam as pessoas que tiveram um infarto (...) com isso, podemos concluir que o uso de estatina diminui o número de infarto em 5 pessoas, comparando quem usou e quem não usou a medicação. Além disso (...).

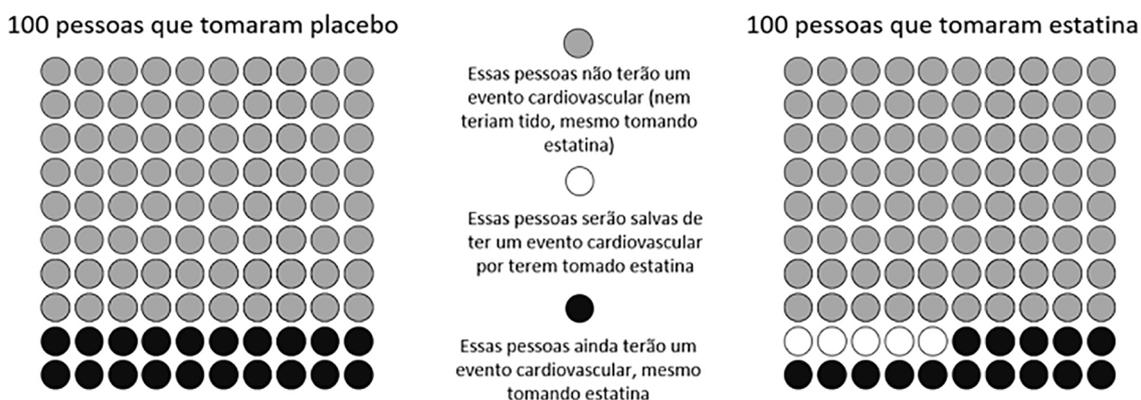


Figura 2. Uso de estatina para prevenção primária de doenças cardiovasculares. Adaptado de: Guia de referência rápida: prevenção cardiovascular.²³

CONCLUSÃO

A prevenção quaternária tem estado cada vez mais nos holofotes da medicina atual e, mesmo conhecendo sua fundamentação teórica, comumente os médicos se queixam da dificuldade em colocá-la em prática. No presente ensaio, enfatizamos a importância das habilidades de comunicação clínica, à luz da medicina centrada na pessoa, para auxiliar os profissionais na aplicação da P4. Reconhecendo as dificuldades inerentes à prática de uma medicina responsável no contexto cultural de valorização dos excessos, espera-se que, com essa leitura, os profissionais se sintam mais preparados e motivados para nadar contra a corrente hegemônica do sobrediagnóstico, da sobremedicalização e das intervenções desnecessárias.

As autoras consideram que esse assunto - habilidades de comunicação em prevenção quaternária - ainda não é vastamente pesquisado, e há uma dificuldade em encontrar materiais com compilados dessas informações ou que trazem ferramentas de aplicação mais prática. Desse modo, debruçar sobre esse tema se torna importante para que a medicina avance no sentido de promover o melhor cuidado possível às pessoas, sobretudo, primeiro não lhes causando mal.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

Contribuições

Mírian Santana Barbosa

Contribuiu na ideia original, pesquisa, escrita e revisão de todo o trabalho.

Letícia Gonçalves Caldeira

Contribuiu na pesquisa, escrita e revisão de todo o trabalho, em especial do subtema “Diante das incertezas, o caminho é a decisão compartilhada”.

Francisca Brandão Martins e Mafra

Contribuiu na pesquisa, escrita e revisão de todo o trabalho, em especial do subtema “Nem sempre é fácil encontrar um terreno comum: lidando com negação, divergência e concessão”.

Luíza de Alcântara Dutra

Contribuiu na pesquisa, escrita e revisão de todo o trabalho, em especial do subtema “Quando a mudança é desejo do médico - fazendo desprescrição”

Diana Marques Gazola

Contribuiu na pesquisa, escrita e revisão de todo o trabalho, em especial do subtema “O que está por trás de um pedido de exames”.

REFERÊNCIAS

1. Payer L. Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. New York: John Wiley & Sons; 1992.
2. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health [Internet]. 2008 Jul; [citado 2020 Jun 5]; 62(7):580-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18559439/>
3. Modesto AAD. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2019; [citado 2020 Jun 5]; 14(41):1781. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1781>
4. Jamoulle M, Roland M. Research group, Fédération des Maisons Médicales. Quaternary prevention. Hong-Kong: WONCA Classification Committee; 1995.
5. Pérez-Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clín (Barc) [Internet]. 2002; [citado 2020 Jun 5]; 118(2):65-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302722835>
6. Gérvas J, Fernández MP, Gusso G, Silva DHS. Mercantilização da doença. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, org. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
7. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Esc Anna Nery [Internet]. 2008 Jun; [citado 2020 Jul 20]; 12(2):291-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200014&lng=en
8. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2019 Oct; [citado 2020 Jun 7]; 10:CD009009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23076952/>
9. Stewart M. Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
10. Ramos V. A consulta em 7 passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda.; 2008.
11. Campos CFC, Rios IC. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira?. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2018; [citado 2020 Jun 10]; 42(3):108-18. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022018000300108&lng=pt&nrm=iso

12. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3^ª ed. Miami: CRC Press; 2013.
13. Cohen-Cole SA. The medical interview: the three function approach. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 1991.
14. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.
15. Cobos EMP, Roldán JJJ, Gavilán E. Desprescrição de medicamentos na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 198-204.
16. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* [Internet]. 1992 Set; [citado 2020 Jun 7]; 47(9):1102-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1329589/>
17. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* [Internet]. 2018 Mai; [citado 2020 Jun 2]; 64(5):339-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951648/>
18. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 Jun; [citado 2020 Jun 2]; 174(6):890-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24733354/>
19. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality [Internet]. London, UK: The King's Fund. Foundation for Informed Medical Decision Making; 2011 Jul; [acesso em 2020 Jun 01]. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf
20. Umpierre R, Engel L. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado. In: Gusso G, Lopes JMC, orgs. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 142-5. Harding Center For Risk Literacy. Potsdam: Harding Center for Risk literacy
21. HARDING Center for Risk Literacy [internet]. [Acesso em: 18 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.hardingcenter.de/en/factboxes>
22. Abramson J; NNT Group. Statin in persons at low risk of cardiovascular disease [Internet]. New York: The NNT Group; 2017; [acesso em 2020 Jun 05]. Disponível em: <https://www.thennt.com/nnt/statins-persons-low-risk-cardiovascular-disease/>
23. Prefeitura do Rio de Janeiro (BR). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Guia de referência rápida: prevenção cardiovascular. Rio de Janeiro (RJ): SMS-RJ; 2013.