

Prevenção Quaternária e limites em medicina^{*,**}

Quaternary Prevention and limits in medicine

Prevención Cuaternaria y límites en medicina

Marc Jamouille. Espace Temps maison de santé, Charleroi, family doctor, investigador em Cuidados Primários. Departement Universitaire de Médecine Générale of the Université de Liège (DUMG ULg). Bélgica. marc.jamouille@doct.ulg.ac.be (Autor correspondente)

Luís Filipe Gomes. Universidade do Algarve (UAIG). Faro, Portugal. gomes.filipe@netcabo.pt

Resumo

O conceito de Prevenção Quaternária, um questionamento sobre a base da ação médica, nasceu na articulação da relação médico-paciente. Refere-se a toda a atividade médica, sendo uma importante ferramenta para a medicina de família. É uma interrogação ética sobre os excessos da demasiada e demasiadamente pouca medicina e fornece algumas respostas.

Abstract

The concept of Quaternary Prevention, a questioning upon the basis of medical action, was born from the articulation of the doctor-patient relationship. It refers to all medical activities being an important tool for family medicine. It is an ethical question about the excesses of too much and too little medicine which provides some answers.

Resumen

El concepto de Prevención Cuaternaria, un cuestionamiento sobre la base de la acción médica, nació en la articulación de la relación médico-paciente. Se refiere a toda la actividad médica, siendo una herramienta importante para la medicina familiar. Es una cuestión ética sobre los excesos de demasiado y demasiadamente poca medicina y ofrece algunas respuestas.

Palavras-chave:

Conflito de Interesses
Medicalização
Prevenção Quaternária
Medicina de Família e Comunidade

Keywords:

Conflict of Interest
Medicalization
Quaternary Prevention
Family Practice

Palabras clave:

Conflicto de Intereses
Medicalización
Prevención Cuaternaria
Medicina Familiar y Comunitaria

Ainda demasiada medicina

Desde os anos 1950, o número de especialidades médicas, de tecnologias e de doenças tem aumentado consideravelmente. A Classificação Internacional das Doenças (CID) viu o seu número de itens passar de trezentos para 15.000 e, no entanto, poucas especialidades se mostram satisfeitas com a sua categorização.¹ O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, mais conhecido pelo seu acrônimo DSM, atualmente na sua quinta revisão² conta com mais de 350 “condições”. Sabemos agora que boa parte das doenças no DSM foi incluída devido à influência dos *lobbies* farmacêuticos.³ Estamos todos doentes, somos todos loucos.⁴

Mas muito mais do que a quantidade de doenças, é a transformação de situações assintomáticas em risco e deste em doença,⁵ além da pressão direta sobre os médicos,⁶⁻⁸ que modifica a gestão das atividades médicas. A hipertensão, a hiperglicemia, a hipercolesterolemia ou o excesso de peso são,

Como citar: Jamouille M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(31):186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)1867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)1867)

*Marc Jamouille. Discurso de abertura do Congresso Português de Médicos de Família em Corvilha, Portugal, 28 de setembro de 2013.

**Nota do Editor: Este artigo foi publicado originalmente em francês na Revista Pratiques n° 63 *En faire trop?*, página 98, novembro 2013, <http://pratiques.fr/Prevention-quaternaire,13560.html>. A RBMFC obteve junto aos autores e à Dra. Marie Kayser (editora do periódico) a autorização para publicação da tradução adaptada do artigo para a língua portuguesa.

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 26/11/2013.
Aprovado em: 31/12/2013.

com efeito, na maioria das vezes assintomáticos, ou seja, os pacientes não se queixam e até que um ‘bom samaritano’ os informe, não se consideram certamente como doentes. Os hipolipemiantes, medicamentos tão simbólicos quanto protetores, como uma ‘hóstia consagrada’, devoram a maior parte do orçamento destinado à farmácia pela gestão em saúde. Sabemos que é preciso tratar 1.000 pacientes hiperlipêmicos durante 5 anos para evitar 18 eventos cardiovasculares graves.⁹ Como em todo e qualquer médico há sempre um doutor Knock¹⁰ adormecido, a hipertensão e a hipercolesterolemia, afecções sem sintomas, ocuparam os primeiros lugares como motivo de consulta em quase todos os países do mundo.

As técnicas de *Disease mongering* (*Disease mongering*: do inglês *disease* [doença] e *monger* [comerciante, mascate], em português “Promoção da doença” como proposta de tradução) ou fabricação de novos doentes, apelam também à manipulação psicológica¹¹ aplicando às doenças a mesma técnica usada com as marcas comerciais.¹² Esta técnica é denominada “*Branding condition*”: do Inglês *brand* [marca] e *condition* [condição – afecção, doença]. Aplicar às afecções médicas as mesmas técnicas utilizadas, por exemplo, com roupas ou sapatos de marca. Foi assim que a osteoporose, no começo uma simples alteração fisiológica por vezes mais marcada, se transformou em uma doença.

É certo que tudo depende do estadiamento. Somos todos doentes no estágio I se o estágio I for aquele que define a ausência de sintomas para uma afecção predizível. Os médicos decidem que um paciente é diabético, hipertenso ou hiperlipêmico em função de limiares estatísticos calculados sobre populações, mas inadequadamente aplicados à uma só pessoa. Tais valores/metabolismos são fixados no mais baixo limiar possível^{13,14} em uma atmosfera de corrupção institucional.¹⁵

O número de cesarianas é, na maioria das vezes, proporcional ao número de obstetras disponíveis e o número de *stents* coronários colocados é diretamente proporcional ao número de cardiologistas.¹⁶ Podem-se assim identificar seções completas da atividade médica que se encontram em sobreprodução porque as normas, regras e limiares são determinados por comitês de peritos cujas ligações com os produtores de medicamentos ou de bens tecnológicos são constantes, porém dissimuladas.¹⁷ As próprias categorias das doenças estão em plena expansão. A osteoporose, a menopausa ou a disfunção sexual são exemplos atuais de mercados fabricados.^{18,19}

Não faltam *bigpharmas* responsáveis por esta avalanche. Partindo de boas intenções iniciais e aplicando com determinação o escorregadio adágio “Mais vale prevenir que remediar”, os programas de rastreamento floresceram em todos os países do mundo desde o pós-guerra. Mas eis que a aplicação estrita dos princípios da Medicina Baseada em Evidência (MBE) pôs tudo isto à prova. O exemplo típico, a mamografia para rastreio de tumores, que evidencia mais cânceres do que aqueles que se esperaria encontrar²⁰ foi estudada em detalhes e coloca a dúvida no cerne do médico, que já não sabe o que deve aconselhar a estas pacientes.²¹ O mesmo acontece com a vacina da gripe, com a chamada vacina contra o câncer do colo do útero, a anti-HPV ou com o rastreamento do câncer de próstata.

Além disso, os médicos escondem frequentemente a sua incapacidade de se comunicarem com os pacientes por detrás de diagnósticos diáfanos, cujo enunciado não configura mais do que uma confissão de impotência e limites indefinidos. É possível pesquisar na base de dados *Medline* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) palavras-chave tão desprovidas de sentido como “doença sem doença,^{22,23} somatização, síndrome somático funcional²⁴” ou fibromialgia [a se traduzir como dor nos músculos e tendões], termos que denunciam a incapacidade dos médicos para compreenderem a vivência pessoal dos seus pacientes, tanto quanto o uso de uma categorização baseada em limiares, taxas ou critérios fixados arbitrariamente, e que constituem norma obrigatória para a criação de um mercado.

No âmago das nossas consultas, na incerteza que nos constrange no momento de tomar uma decisão, é sempre mais fácil dizer que se vai fazer uma tomografia computadorizada (TAC) para aprofundar a informação do que dizer que não se vai fazer nada, apenas esperar. Usar o tempo como instrumento a nosso favor implica uma relação de confiança com o nosso paciente, relação essa estabelecida ao longo do tempo e do cuidado longitudinal, que conhecemos na medicina de família e que desaparece na sobreutilização das urgências hospitalares e no acesso livre a todas as especialidades.

A resposta dos médicos de família: a Prevenção Quaternária (P4)

A medicina pode ser perigosa para a saúde, desde a relação médico-paciente individual até às campanhas de massa destinadas a milhões de indivíduos. Entre a prescrição de um benzodiazepínico a um paciente em luto e a compra de milhões de doses de vacinas inúteis, apenas varia a escala na dimensão de erro. Não há diferença do ponto de vista qualitativo.

O conceito de Prevenção Quaternária²⁵⁻²⁷ (encontra-se em www.ph3c.org uma rubrica “*Quaternary Prevention*” que retoma as principais publicações e eventos relativos a este conceito) é um eco do adágio multissecular: *primum non nocere*, ‘primeiro não prejudicar’. É uma resposta de médicos conscientes dos seus limites e desejosos de aplicar à sua prática os

princípios da medicina baseada em provas, como uma atenção humana e uma escuta empática que não tente medicalizar os problemas da vida.

A Prevenção Quaternária encontra as suas fontes em Ivan Illich na “Nêmesis Médica”,²⁸ em *Medical Flipper* de Jean Carpentier,²⁹ em Michael Balint,³⁰ em Ian McWhinney³¹ e em numerosos outros exploradores do papel do médico de família. Adotado pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (WICC - *Wonca International Classification Committee* - grupo de trabalho da organização mundial da medicina de família: <http://www.globalfamilydoctor.com/>), o conceito difundiu-se em grande escala e, atualmente, existem grupos ou simpatizantes de P4 na Espanha, França, Alemanha, Itália, Portugal, Brasil, Argentina, Uruguai, Peru, Canadá, Irã, Vietnã, China e Bolívia. A Prevenção Quaternária fundamenta-se no domínio da informação médico-científica e da sua aplicação nas decisões do cotidiano. Ela atribui, assim, um papel central ao médico de família que maneja e faz o acompanhamento de seus pacientes (ver Figura 1).

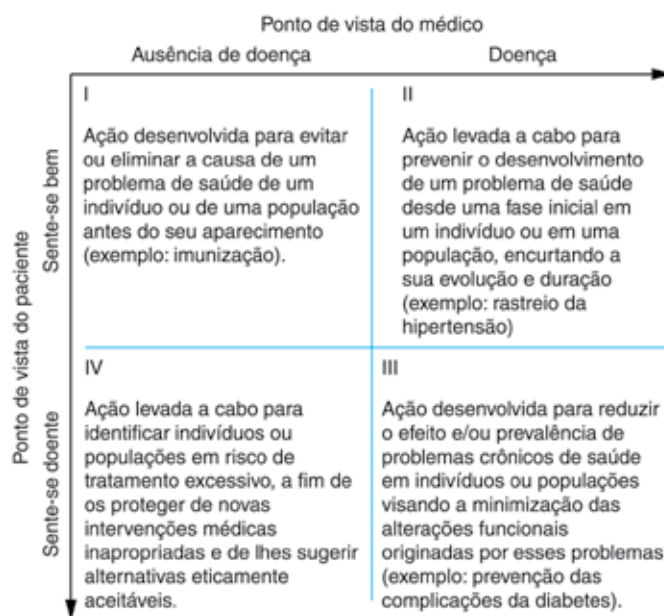


Figura 1. As definições publicadas³³ de prevenção I, II e III são naturalmente completadas pela prevenção IV³⁴ e oferecem uma nova visão dos campos de atividade do médico de família.

Poderíamos acrescentar à definição de prevenção quaternária, que dá primazia à sobremedicalização, o seu corolário obrigatório – a submedicalização ou a falha de não levar em consideração problemas de saúde existentes – e isto por razões morais, sociais, econômicas, políticas ou ideológicas. Assim como os pacientes dos anos 1980, dependentes de drogas pesadas, vilipendiados e socialmente excluídos puderam ser entregues aos cuidados dos médicos generalistas portugueses, belgas e franceses nos anos 1990;³² os excluídos sociais da atualidade – quer sejam imigrantes ilegais, sem-teto ou outros excluídos da prestação de cuidados – devem se beneficiar de uma rede de apoio e de uma escuta atenta.

Praticar a Prevenção Quaternária

Praticar a Prevenção Quaternária é reconhecer, escutar e auxiliar um paciente na incerteza, mas também reconhecer o seu sofrimento, e ir ao encontro deste com todos os meios disponíveis, enquanto se pratica permanentemente uma análise crítica sobre a própria forma de agir.

A P4 é mais compreensível quando se examina a sua gênese. A fonte da atividade médica clínica é a relação médico-paciente. O encontro entre um médico praticante da arte de curar e um paciente é marcado com o duplo selo do conhecimento e da certeza do seu contrário. Geralmente o paciente outorga ao médico uma certeza que ele não tem. Poucos médicos anunciam que trabalham na incerteza. Certeza e inquietação são inversamente proporcionais, tanto para o médico como para o paciente, e ambos procuram frequentemente esconder do outro (ou, por vezes, sobrepor) a incerteza e a angústia que os dominam.

Mas o paciente não possui a mesma formação que o médico para discriminar a informação e para gerir a base estatística sobre a qual se tomam algumas decisões. Quando se introduz esta relação do paciente com o médico em uma tabela dois por dois (na realidade o conceito nasceu durante um curso de estatística sobre o χ^2) vemos aparecer quatro possibilidades de acordo ou desacordo entre os protagonistas (Figura 2).

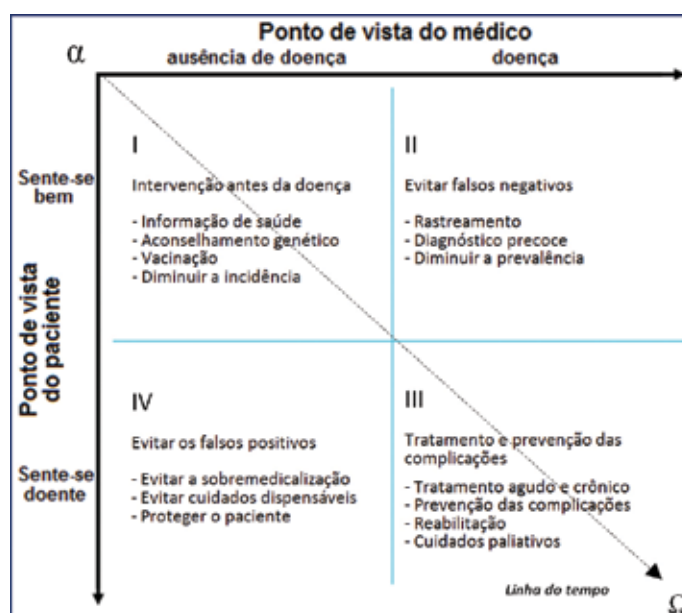


Figura 2. Atividades clínicas em função do tempo e da relação médico-paciente. Note-se que médico e paciente se encontram no ponto Ω , no sofrimento e na morte.

Se admitirmos, nem que seja apenas pelo tempo desta exposição, a possibilidade da dicotomia entre sentir-se bem ou mal e identificar ou não uma doença, estaremos diante de quatro possibilidades análogas aos verdadeiros e falsos positivos e verdadeiros e falsos negativos da tabela dois por dois. As definições das três primeiras formas de prevenção, tal como publicadas no glossário de medicina geral da WONCA³³ em 1995, assumem naturalmente o seu lugar na tabela (Figura 1).

O domínio dos acontecimentos no campo I dos verdadeiros negativos corresponde exatamente à definição de prevenção primária. O campo III é o dos cuidados e dos procedimentos a que conduzem, visto que paciente e médico chegaram a um comum acordo. Existe mesmo doença ou alguma coisa identificada como tal. *Mutatis mutandis*, são os verdadeiros positivos do χ^2 . Diabéticos, cancerosos, hiperlipêmicos ou osteoporóticos acumulam-se todos na casa dos “doentes”, apesar de se encontrarem por vezes com excelente saúde. Fala-se então de prevenção terciária e tenta-se levar a cabo a prevenção das complicações.

O campo II ou dos falsos negativos é mais insidioso. Aplicando-se o provérbio segundo o qual ‘qualquer pessoa que aparenta boa saúde é um doente que se ignora’,¹⁰ a medicina faz questão de descobrir as doenças escondidas. O diagnóstico precoce e o rastreamento podem ser excessivamente ansiogênicos e portadores de efeitos deletérios.

Chega-se então à casa IV. Para completar o quadro, demos a esta casa o nome de Prevenção Quaternária, com uma definição do mesmo estilo.³⁴ As quatro definições, avalizadas pelo WICC, foram publicadas no dicionário de medicina geral da WONCA.³⁵

Como fazer então? Que atitudes adotar para que a angústia dos pacientes não se conjugue com a dos médicos para ocupar esta última casa? Como dominar esta dupla incerteza de pacientes e médicos, que origina a corrida aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e escava a tumba da seguridade social?

Em resumo, como pode o médico controlar a sua própria ansiogênese – verdadeira ou motivada pelo lucro para si próprio ou outros – e a hiperprodução de bens médicos que a acompanha. Este permanente questionamento sobre a ética da relação médico-paciente, nascido no campo do paciente não reconhecido, pode ser aplicado aos outros campos da atividade médica.

O conceito de Prevenção Quaternária, P4 para os íntimos, um questionamento sobre a base da ação médica, pode importar às ações no campo I: pertinência da educação para a saúde, pertinência das vacinas? No campo II: critérios de doença, verdadeiros ou inventados? Objetivos e resultados de rastreamentos validados e permanentes? No campo III: comunicação ao paciente, vigilância *post-marketing*, verdadeiros cuidados paliativos, terapêuticas comprovadas? Assim fazendo, encontram-se e podem ser organizadas e classificadas todas as recentes interrogações sobre o exercício da medicina, quer se trate de sobremedicalização, sobrerastreo ou sobretratamento.

Os meios necessários à aplicação da P4 são essencialmente de dois tipos. Por um lado, o conhecimento e o controle mental e afetivo do médico face a si mesmo, de forma que possa dominar a sua própria incompletude, a sua relação com o paciente, a sua comunicação e a sua empatia. Por outro lado, o conhecimento e a ciência real, desmascarada de manipulações, baseada em uma clínica que se apoia em provas, sempre que possível.

O domínio do falso positivo e a forma de o evitar fundamentam-se essencialmente na atividade da medicina de família, que conta - ou deveria contar - com o tempo (longitudinalidade) e a empatia do seu lado, nas suas relações com os pacientes e familiares. Não é de se admirar que o conceito de P4 tenha deixado as suas marcas na América Latina, onde associações de médicos de família jovens e dinâmicos são muito ativas. O exame atento dos programas de conferências e a formação dos já referidos grupos de P4 (Tabela 1) poderão dar algumas ideias aos médicos do velho continente.

Tabela 1. Rede crescente de Prevenção Quaternária.

| | |
|---|-----------|
| mailing list ; SIAP2011@yahoogroups.com | Espanha |
| mailing list ;gtprevencaoquaternaria@googlegroups.com | Brasil |
| https://www.facebook.com/Prevenção-Quaternária | Brasil |
| http://hamiltonwagner.com/ Curitiba Conference | Brasil |
| Twitter @prevquaternaria | Brasil |
| mailing list ; prevencion-cuaternaria@gruposyahoo.com.ar | Argentina |
| http://prevencion4.com.ar/ | Argentina |
| mailing list : surmedicalisation@yahoogroupes.fr | França |
| http://surmedicalisation.fr/ | França |
| http://voixmedicales.fr | França |
| https://www.facebook.com/PrevencionCuaternaria | Uruguai |
| http://estancambiandolostiempos.blogspot.com | Uruguai |
| http://earthcitizenshealth.blogspot.com | Irã |
| http://www.ph3c.org rubric Quaternary prevention | WICC |
| https://www.facebook.com/P4 | world |

Referências

1. World Psychiatric Association. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2011;10(2):86-92. PMID:21633677 PMCID:PMC3104876.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: APA; 2013.
3. Cosgrove L, Wheeler EE. Drug firms, the codification of diagnostic categories, and bias in clinical guidelines. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2013;14(3):1-27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286724
4. St-Onge JC. *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal: Ecosociété; 2013.
5. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Br Med J*. 2002;324(7342):886-891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
6. Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. *PLoS Med*. 2007;4(4):e150. PMID:17455991 PMCID:PMC1876413. <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0040150>
7. Mintzes B, Lexchin J, Sutherland JM, Beaulieu MD, Wilkes MS, Durrieu G, et al. Pharmaceutical sales representatives and patient safety: a comparative prospective study of information quality in Canada, France and the United States. *J Gen Intern Med*. 2013;10:1368-1375. PMID:23558775. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2411-7>
8. Sah S, Fugh-Berman A. Physicians under the influence: social psychology and industry marketing strategies. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2013;14(3):1-27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286433

9. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore THM, Burke M, Smith GD, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004816.pub5>
10. Cathébras P. [Doctor Knock lives at Wall Street. The new targets of pharmaceutical industry]. *Rev Med Interne.* 2003;24(8):538-41. PMID:12888175. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12888175>
11. Goldacre B. *Bad pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients.* London: Faber & Faber; 2012
12. Parry V. The art of branding a condition. *Med Mark Media [Internet].* 2003;38(5):43-49. Disponível em: <http://www.ybranding.com/Content/pdf/TheArtofBrandingaCondition.pdf>.
13. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Medicine.* 2006;3(4):e146. PMID:16597174. PMCID:PMC1434491. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030146>
14. Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* USA: Bloomsbury; 2008.
15. Light DW, Lexchin J, Darrow JJ. Institutional Corruption of Pharmaceuticals and the Myth of Safe and Effective Drugs. *J Law, Med Ethics.* 2013;14(3):590-600.
16. Dumit J. *Drugs for life.* Durham: Duke University Press; 2012. PMCID:PMC3342335. <http://dx.doi.org/10.1215/9780822393481>
17. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed.* Boston: Beacon Press; 2011.
18. Morell Sixto, ME, Martínez González, C, Quintana Gómez, JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11(43):491-512. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000400011>
19. Moynihan R. A new deal on disease definition. *Br Med J.* 2011;342:d2548-d2548. PMID:21540259. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2548>
20. Zahl PH, Gotzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol [Internet].* 2011;12(12):1118-1124 [acesso em 2011 Oct 17]. PMID:21996169. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996169>
21. Gøtzsche PC, Gøtzsche PG. *Mammography screening: truth, lies and controversy.* Radcliffe Publishing [Internet]; 2012. p. 400. [acesso em 2012 Feb 3]. Disponível em: <http://www.radcliffe-oxford.com/books/bookdetail.aspx?ISBN=1846195853>
22. Meador CK. The art and science of non disease. *New Engl J Med.* 1965;14(272):92-95 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196501142720208>
23. Smith R. In search of "non-disease". *Br Med J.* 2002;324(7342):883-885. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.883>
24. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130(11):910-921. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
25. Jamoulle M. *Information et informatisation en médecine générale [Internet].* Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193-209. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000405.pdf>
26. Jamoulle M, Roland M. *Prévention quaternaire De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013.* Wonca world Prague [Internet]. 2013. Poster. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000440.pdf>.
27. Jamoulle M. A propos d'un dessin. *Ethica Clinica [Internet].* 2013;70:28-31. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000416.pdf>.
28. Illich I. *Némésis médicale: l'expropriation de la santé.* Paris: Seuil; 1975.
29. Carpentier J. *Medical flipper.* Paris: La Découverte; 1989. Cahiers libres, 402.
30. Balint M. *The doctor, his patient, and the illness.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1964.
31. McWhinney IR, Freeman T. *A Textbook of family medicine.* 2th ed. Oxford University Press; 1997.
32. Jamoulle M. *Déclaration d'intention; Le médecin généraliste et de famille et l'utilisateur de drogue [Internet].* 1997. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/ethitox-fr.html>
33. World Organization of National Colleges - WONCA International Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *Fam Pract [Internet].* 1995;12(3):341-369. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/12.3.341>
34. Jamoulle M, Roland M. *Quaternary prevention and the glossary of general practice/family medicine.* Hong Kong: WICC; 1995.
35. Bentzen N. *Wonca dictionary of general/family practice.* Copenhagen: Wonca International Classification Committee; 2003.