

Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis

Quaternary prevention and medicalisation: inseparable concepts (resumo: p. 15)

Prevención cuaternaria y medicalización: conceptos inseparables (resumen: p. 15)

Charles Dalcanale Tesser^(a)

<charles.tesser@ufsc.br> 

Armando Henrique Norman^(b)

<ahnorman@hotmail.com> 

^(a) Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário, Rua Engenheiro Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900.

^(b) Departamento de Clínica Médica, CCS, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

Prevenção Quaternária (P4) é a ação de identificar pacientes em risco de sobremedicalização, para protegê-los de novas invasões médicas e sugerir-lhes intervenções eticamente aceitáveis. Recentemente, três artigos europeus propuseram uma nova definição: “proteger indivíduos de intervenções mais danosas que benéficas”. O objetivo é discutir criticamente essa proposta. Sete críticas à definição original foram identificadas e analisadas. Cinco são improcedentes: (1) Eticamente vaga; (2) Escopo restrito; (3) Cria etapa desnecessária; (4) Focalização na medicalização; (5) Desmedicalização sem base científica. As remanescentes não justificam uma nova definição: (6) Mudança na representação visual; (7) Foco na Medicina Baseada em Evidências (MBE). A nova proposta reduz o escopo da P4 e o protagonismo do profissional. A definição original é robusta e desafia a evitar a iatrogenia social/cultural decorrente da sobremedicalização, parcialmente inapreensível via MBE.

Palavras-chave: Prevenção quaternária. Medicina de família e comunidade. Medicalização. Medicina baseada em evidência. Atenção primária à saúde.

Introdução

O potencial iatrogênico das intervenções clínicas, sanitárias e preventivas tem crescido com o desenvolvimento tecnológico da biomedicina, atraindo cada vez mais atenção¹. Esse fenômeno preocupante levou médicos de família europeus a propor um novo conceito e uma nova prática com o objetivo de prevenir danos iatrogênicos, denominados Prevenção Quaternária (P4)². A Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca) define P4 como uma ação

[...] realizada para identificar o paciente em risco de sobremedicalização, protegê-lo de nova invasão médica e sugerir-lhe intervenções eticamente aceitáveis². (p. 110)

Constitui o conceito de P4 a ideia de sobremedicalização que é

[...] um excesso de exposição ou procura de cuidados de saúde que não confere benefício em termos de saúde e bem-estar [...]. Esse termo está diretamente relacionado ao sobrerastreamento, sobrediagnóstico, sobretratamento, sobreprevenção e muitos outros neologismos sob crescente atenção na literatura médica³. (p. 4)

Tais questões têm ganhado relevância progressiva nos últimos anos, principalmente o sobrediagnóstico, considerado um problema tanto de saúde pública⁴ quanto da Atenção Primária à Saúde (APS)^{5,6}.

Embora a redução da iatrogenia não esteja explicitamente na definição da Wonca, há um consenso de que é inerente à definição de P4. Isso adiciona uma preocupação ética ao cuidado preventivo e clínico na relação médico-paciente. A P4 é “voltada mais para o médico do que para o paciente [...] é um termo novo para um conceito antigo: primeiro, não causar dano”⁷ (p. 1).

Nos últimos anos, autores europeus propuseram uma nova definição de P4 que exclui o conceito de medicalização⁸⁻¹⁰, o que pode ter implicações no escopo da P4 na prática diária dos profissionais de saúde.

Este artigo revisita a nova definição proposta de P4. Em primeiro lugar, apresentamos as ideias que sustentam a relação da medicalização com a sobremedicalização. Em segundo lugar, organizamos as críticas realizadas pelos autores europeus à atual definição de P4, bem como as alterações propostas a ela. Em terceiro lugar, abordamos cada uma das críticas dirigidas ao conceito de P4 da Wonca, que por sua vez destacam que a “nova” definição proposta de P4 é mais fraca do que a original. Por fim, argumentamos que a clareza sobre o significado e a importância dos elementos, conceitos e fenômenos envolvidos na definição de P4 é necessária e relevante para sua prática na APS.

Medicalização e sobremedicalização

A medicalização social, ou simplesmente medicalização, é reconhecida academicamente desde a década de 1970. Consiste em expandir a jurisdição do conhecimento e das tecnologias biomédicas para questões tradicionalmente interpretadas e geridas fora dos serviços de saúde¹¹. A medicalização carrega um grande potencial de efeitos adversos e iatrogenias. Assim, está intrinsecamente relacionada ao conceito de P4.

A ideia de medicalização, embora não seja mencionada na definição de P4, está claramente implícita nela e é inerente à sobremedicalização, ao sobrediagnóstico, ao sobretratamento etc. Todos esses termos se referem a “questões clínicas” do fenômeno da medicalização, e a desafios diários enfrentados pelos médicos de família¹³ (p.4). A sobremedicalização é um caso particular da medicalização e tem alta prevalência nos cuidados clínicos. Pode ser entendida como uma medicalização excessiva, mais prejudicial do que benéfica. O sobrediagnóstico é o exemplo mais famoso de sobremedicalização na literatura.

A medicalização refere-se a um fenômeno histórico, intrincado, complexo e em expansão, inicialmente conceituado na Europa, mas hoje reconhecido mundialmente com diversos agentes sociais envolvidos. Em tese, a medicalização pode ser prejudicial ou benéfica, construída e desconstruída, como na despatologização da homossexualidade. Conrad¹¹ descreve três dimensões da medicalização: conceitual, institucional e interacional. Nessa última, os médicos tendem a ser os protagonistas. Por exemplo, sem perceber que o principal problema de um paciente é a falta de comida (fome não relatada), um médico trata uma pessoa que se queixa de dor de estômago com inibidor da bomba de prótons³.

Os diagnósticos e tratamentos produzidos pela abordagem biomédica tendem a ser reducionistas. Geralmente, desconectam as queixas e os sintomas dos pacientes dos contextos social, existencial, moral, espiritual, econômico, cultural, familiar e psicológico, interpretando-os com base no saber biológico do corpo ou doença (ou seja, patologias, síndromes e disfunções).

Além da iatrogênese clínica, Ivan Illich¹² alertou a comunidade científica de que a medicalização compreende efeitos iatrogênicos em níveis cultural e social; ou seja, reduz a competência dos indivíduos para lidar de forma autônoma com a maioria das dores, sofrimentos e crises da vida. Essas passam a gerar e aumentar a demanda por cuidados profissionais, que tendem a estimular comportamentos passivos dos pacientes diante de tais sofrimentos. O processo de medicalização contribui, portanto, para um desequilíbrio entre o cuidado autônomo e o heterônomo. Infelizmente, o pêndulo tende a oscilar enviesadamente em direção ao segundo, transferindo a gestão de muitos problemas e situações da vida para as intervenções profissionais. Isso reflete, em parte, a crescente demanda dos pacientes por atendimento médico na APS. Se essas demandas forem medicalizadas, elas criarão um círculo vicioso contraproducente em todo o sistema. Assim, é justificável e apropriado que os profissionais estejam atentos ao seu papel de desmedicalização, tanto quanto possível, em cada encontro com os usuários.

Além disso, outras profissões da saúde e outros saberes/práticas em saúde-doença coexistem com a biomedicina. O conceito de medicalização foi ampliado para incluir diferentes ramos do conhecimento sobre saúde, como medicina complementar e alternativa¹³, independentemente do seu *status* político e científico¹⁴.

Críticas à definição original de P4

A definição de P4 da Wonca abrange três domínios principais: (a) risco de sobremedicalização; (b) proteção dos pacientes; e (c) alternativas eticamente aceitáveis. Essa definição é geralmente ilustrada pela perspicaz tabela 2 x 2 de Marc Jamouille⁷, que reorganiza visualmente os níveis clássicos de prevenção de Leavell e Clarke. Esses níveis foram originalmente baseados na evolução da doença ao longo do tempo. No entanto, Jamouille⁷ propõe uma nova perspectiva relacional para a prevenção. Ele se concentra na relação médico-paciente cruzando duas perspectivas: (1) o conhecimento dos médicos (colunas) e (2) o bem-estar na perspectiva dos pacientes (linhas) (Figura 1). Adicionamos uma terceira coluna na extremidade direita dessa figura. Isso facilita a compreensão das diferenças entre a linha inferior e a superior da tabela 2 x 2. Existem diferenças nas estratégias de P4 ao lidar com pacientes que não se sentem bem e/ou têm uma doença conhecida (linha inferior) em relação àquelas situações em que os indivíduos são assintomáticos (linha superior). A linha inferior é o domínio da medicina clínica, que requer abordagens individualizadas e elaboradas para o sofrimento dos pacientes. A superior é mais domínio da saúde pública, o que envolve iniciativas de prevenção populacional, como campanhas de vacinação e programas de rastreamento organizados. Isso está de acordo com o conceito de P4 de Jamouille^{15,16}.

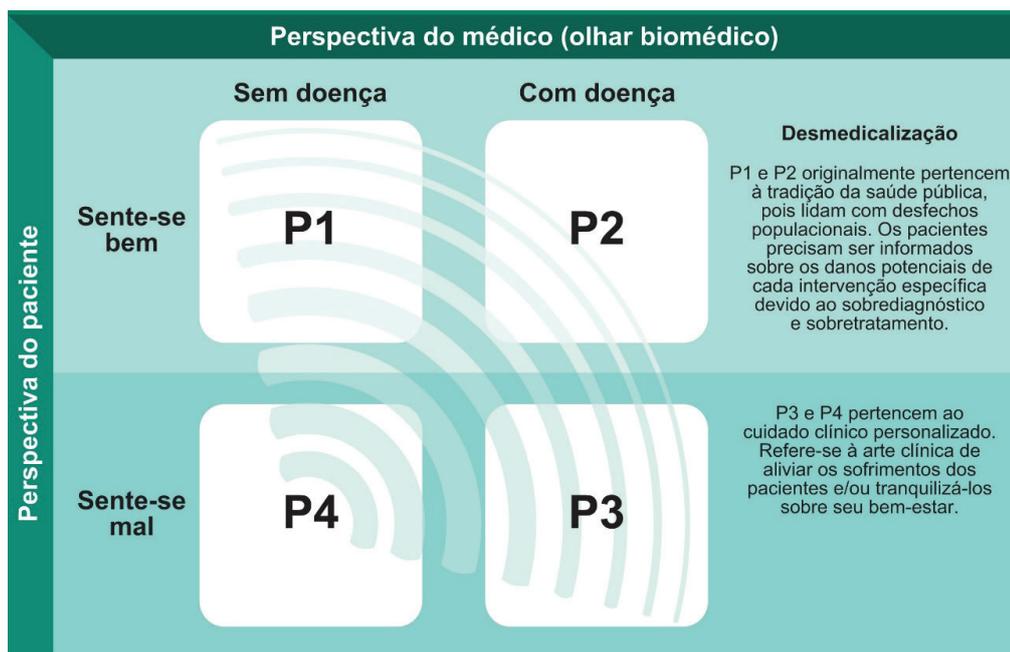


Figura 1. Representação gráfica da prevenção quaternária semelhante à de Marc Jamouille.

P1= prevenção primária; P2= prevenção secundária; P3= prevenção terciária; P4= prevenção quaternária.

Fonte: Elaboração dos autores, com base em Jamouille⁷, Norman e Tesser¹⁶.

A nova definição proposta de P4 refere-se a “ações tomadas para proteger os indivíduos (pessoas/pacientes) de intervenções médicas que são susceptíveis de causar mais danos do que benefícios”⁸⁻¹⁰ (p. 3, 108, 614). De acordo com Martins *et al.*¹⁰, o objetivo da P4 é reduzir os sobrediagnósticos, sobretratamentos e danos iatrogênicos. Isso resultou em uma nova representação gráfica na qual a P4 foi deslocada do quarto quadrante para o centro da tabela 2 x 2 de Jamouille (Figura 2).

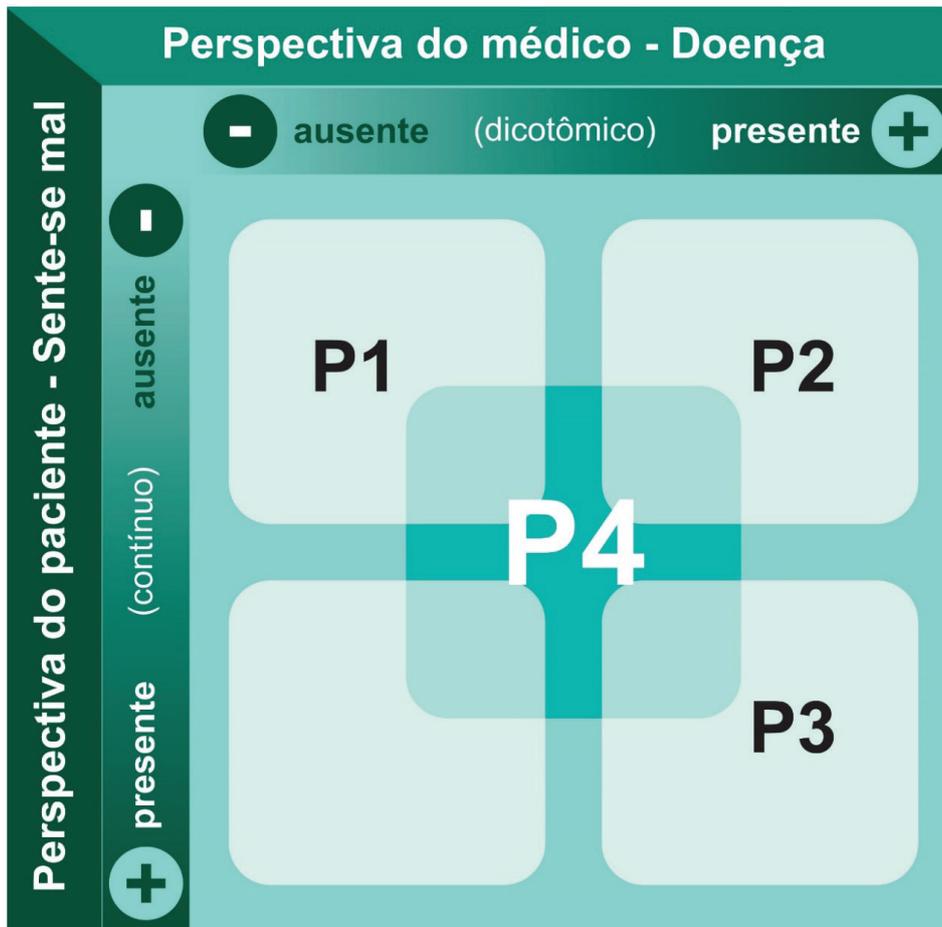


Figura 2. Proposta de nova representação gráfica da prevenção quaternária.

P1= prevenção primária; P2= prevenção secundária; P3= prevenção terciária; P4= prevenção quaternária.
Fonte: Elaboração dos autores, baseada em Brodersen *et al.*⁸, Martins *et al.*^{9,10}

Ambas as definições focam a prática clínica e a segurança/proteção dos pacientes. No entanto, existem diferenças importantes. A nova definição proposta, por exemplo, embaça a ênfase original de Jamouille na relação médico-paciente, passando a destacar a relação benefícios/danos por meio da medicina baseada em evidências (MBE). Adicionalmente, a nova proposta elimina da definição a referência à sobremedicalização, que permanece apenas como o principal “objetivo” da P4^{9,10}. Isso foi elaborado em três artigos em que os autores criticam a definição de P4 da Wonca (Quadro 1).

Quadro 1. Críticas à definição original de prevenção quaternária.

Brodersen <i>et al.</i> ⁸
a) "A primeira parte da definição 'pacientes em risco de sobremedicalização' cria uma etapa desnecessária para os médicos – decidir quem está em risco de sobremedicalização" (p. 3).
b) "A última parte da definição da Wonca '..., e sugerir intervenções eticamente aceitáveis' é muito estreita. Na verdade, só se aplica ao quadrado inferior esquerdo – pessoas que se sentem doentes, mas onde nenhuma doença biomédica pode ser 'objetivada'" (p. 3).
Martins <i>et al.</i> ⁹
c) "A definição atual de prevenção quaternária tem algumas limitações porque exclui pacientes e intervenções médicas em que uma perspectiva de prevenção quaternária seria necessária e útil para proteger os pacientes de danos" (p. 106). "No modelo de Jamouille, o campo de ação da prevenção quaternária seria somente a situação em que o paciente se sente mal sem ter doença. Este fato é uma limitação [...] e pode contradizer a definição [da Wonca]" (p. 107).
Martins <i>et al.</i> ¹⁰
d) "[a nova definição] apresenta a ideia de que a prevenção de danos iatrogênicos deve estar presente em todos os aspectos da atividade clínica (prevenção primária, secundária, terciária e quaternária) de forma mais explícita. É por isso que na representação visual da definição, a 'prevenção quaternária' foi movida do quadrante 4 para o centro da figura" (p. 614).
e) "a [nova definição] coloca mais ênfase nos médicos, sempre considerando a melhor evidência disponível sobre os benefícios e danos de uma intervenção [...] porque retrata a relação entre a prevenção quaternária e o movimento da prática baseada em evidências. "[...] o foco é prevenir intervenções médicas que provavelmente causarão mais danos do que benefícios. [Isso] incorpora a necessidade de prática clínica baseada em evidências e implica que cada intervenção médica deve ser analisada de acordo com este paradigma" (p. 614).
f) "desmedicalização muitas vezes não é um conceito baseado na Ciência" (p. 614).
g) "Ao colocar o foco na desmedicalização, aumentamos o risco de remover algumas intervenções médicas que poderiam ser mais benéficas do que prejudiciais para os pacientes" (p. 614).

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Brodersen *et al.*⁸, Martins *et al.*^{9,10}

Discussão

Antes de abordar as críticas à definição de P4 da Wonca, contextualizamos brevemente os artigos utilizados para elaborar o Quadro 1. Em 2014, Brodersen *et al.*⁸, ao discutirem o problema do sobrediagnóstico no rastreamento do câncer, fornecem um parágrafo relativamente curto criticando o conceito de P4 da Wonca e sugerindo a necessidade de uma nova definição: críticas (a) e (b) do Quadro 1. Em 2018, Martins *et al.*⁹, em parceria com Brodersen, dedicam um artigo inteiro à proposta de uma nova definição de P4 no *European Journal of General Practice*. Em 2019, os mesmos autores¹⁰ publicam outro artigo em resposta a uma frase de Norman e Tesser¹⁶ no *British Journal of General Practice* que afirmava que a definição de P4 da Wonca "é mais abrangente do que a recente iniciativa de redefini-la em termos de relação danos/benefícios" (p. 29).

Etapa imaginária

Na imaginação de Brodersen *et al.*⁸, a definição de P4 da Wonca cria uma etapa na qual os médicos têm de avaliar quem está em risco de sobremedicalização (crítica [a] do Quadro 1). Esse estágio parece mais quimérico do que operacional, uma vez que todos os pacientes possuem esse risco. Há uma forte tendência na prática médica, especialmente na prevenção, de sobremedicalizar. No entanto, em nenhuma discussão sobre P4 existe uma proposta para criar tal “etapa”. A definição original implica que os profissionais devem avaliar o grau de medicalização de cada encontro clínico para evitá-lo e/ou reduzi-lo, se for o caso. Essa não é uma “etapa”, mas uma avaliação inserida difusamente na elaboração da interpretação diagnóstica como parte integrante do plano terapêutico compartilhado com o paciente.

Alternativas eticamente aceitáveis

Em uma infinidade de quadros clínicos indiferenciados (ou possíveis de diagnosticar) entrelaçados com atividades preventivas, parece que reduzir a definição de P4 a fazer uma “relação danos/benefícios” são uma abordagem mais restritiva do que abranger eticamente diferentes intervenções terapêuticas potenciais. Segundo Starfield *et al.*¹⁷, 40% dos atendimentos clínicos nos EUA são decorrentes de *check-ups*. Na medicina centrada no paciente, os médicos de família precisam de mais do que “relação danos/benefícios” de uma intervenção para refletir sobre as preocupações dos pacientes sobre o rastreamento de doenças. Os pacientes não se preocupam apenas com probabilidades, estatísticas e números. Eles têm experiências pessoais que os levam a ansiedades e medos em relação a certas doenças, ou mesmo a preocupações com a sua saúde futura. Alguns deles são realistas, e outros, não. Além disso, os indivíduos sem doença que se sentem mal (quadrante quatro da Figura 1) são um evento comum na APS. Esse contexto, que inspirou o conceito de P4, destaca uma das facetas da Medicina de Família e Comunidade. Os médicos de família precisam ajustar constantemente suas lentes para serem menos iatrogênicos e menos medicalizantes ao interpretar as queixas e os sintomas dos pacientes. É possível criticar a definição original de P4 por sua excessiva generalidade, visto que essa exigência ética existe em toda decisão clínica. No entanto, isso não diminui a definição de P4 da Wonca. Ao contrário, em face de uma cultura geral e de um ambiente socioinstitucional que favorecem as intervenções biomédicas, parece particularmente apropriado enfatizar a dimensão ética na definição de P4.

Escopo da definição

A interseção da perspectiva dos pacientes sem doença com o olhar do médico (quarto quadrante – Figura 1) foi apenas o *insight* inicial que deu origem à definição de P4. No entanto, Martins *et al.*¹⁰ tomam essa interseção para construir sua crítica à definição de P4 da Wonca:

[...] ao contrário da definição original, aquela que apoiamos apresenta a ideia de que a prevenção de danos médicos deve estar presente em todos os aspectos da atividade clínica (P1, P2, P3 e P4) mais explicitamente¹⁰. (p. 614)

Parece que colocar ênfase no equilíbrio entre danos e benefícios de uma intervenção “tornaria o impacto [da P4] mais forte”⁸ (p. 3). Martins e colaboradores estão equivocados, uma vez que a definição de P4 não se limita à sua representação gráfica. A origem dessa definição pode ajudar a esclarecer isso. Os primeiros escritos de Marc Jamouille em 1986¹⁸ e 1994¹⁹ não fornecem uma definição formal de P4. Ele apresentou a definição de P4 atual ao Comitê de Classificação da Wonca de Hong Kong em 1995. Desde seu início, a definição de P4 foi ampla em seu escopo para acomodar todos os níveis de prevenção e atividades clínicas. É uma definição abrangente. Os autores confundem um aspecto específico da prática da P4 com a profundidade na definição de P4. O primeiro envolve a relação danos/benefícios das intervenções biomédicas. A segunda refere-se ao amplo escopo da definição de P4 da Wonca, que abrange aspectos culturais, sociais, relacionais e éticos da medicalização. Isso implica uma mudança ética profunda na postura dos profissionais quanto à relação médico-paciente. Assim, em vez de alargar o âmbito da P4, a nova definição proposta restringe-o, tornando o seu impacto menos robusto ao eliminar a referência à sobremedicalização. A preocupação com a medicalização excessiva é característica inerente à definição de P4 e a um de seus fundamentos científicos (discutiremos adiante), como é reconhecido em quase toda a literatura científica sobre P4.

O quarto quadrante da Figura 1, que deu origem à P4, também ilustra o pensamento generalista de Jamouille. Conforme explicado no tópico anterior, as atividades dos clínicos generalistas envolvem uma miríade de apresentações indiferenciadas dentro das quais as atividades preventivas foram combinadas com o cuidado clínico. Assim, o conceito de P4 sempre foi abrangente e isso foi até reconhecido por Martins *et al.*⁹ (p. 109).

Representação gráfica da P4

Na representação gráfica original de Jamouille⁷ há uma seta circular que parte da P4 e cruza os outros quadrantes (P1, P2 e P3), indicando que a P4 engloba todas as atividades preventivas e curativas. Martins *et al.*¹⁰ (p.614) criticam tal seta:

[...] ela pode causar alguma confusão, pois pode ser interpretada como indicando a sequência de níveis de prevenção começando com a prevenção quaternária, passando para a prevenção primária, secundária e, finalmente, prevenção terciária. (p. 614)

Ao contrário, a seta circular é uma tentativa de mostrar que a P4 não está “confinada ao quadrante dos pacientes que se sentem doentes e não têm doença”¹⁰ (p. 614), como interpretado por Martins *et al.*⁸⁻¹⁰.

Concordamos que outras formas de ilustração poderiam ter representado melhor o caráter disseminado da P4 em outras atividades preventivas e clínicas. Por exemplo, na Figura 1 a seta circular na representação gráfica original de Jamouille foi substituída pelo “efeito cascata”. Esse é um esforço para ilustrar que a P4 inclui outras atividades preventivas e curativas de uma forma não sequencial. Independentemente da qualidade da nova representação visual proposta por Brodersen *et al.*⁸ e Martins *et al.*^{9,10}, os limites da figura original não são um argumento ou uma razão para uma nova definição de P4.

Além disso, a Figura 2 também apresenta problemas. Por exemplo, ela deixa um vazio no quarto quadrante que foi o *insight* inspirador da P4, usado para indicar uma preocupação especial com aqueles indivíduos que não se sentem bem, mas não têm doenças. Funcionou como uma espécie de “bandeira vermelha” ou “sinal de alerta” de medicalização e iatrogenia desnecessárias nessas situações clínicas. Reconhecemos que todo encontro clínico apresenta algum risco de medicalização e efeitos iatrogênicos. No entanto, o quarto quadrante destaca aqueles indivíduos que são particularmente susceptíveis à sobremedicalização e à iatrogenia, o que inclui especialmente os indivíduos que apresentam problemas de Saúde Mental.

Além disso, a nova representação gráfica proposta da P4 (Figura 2) obscurece as diferenças nas linhas superior e inferior da estrutura da ilustração original da P4 (Figura 1). As situações da linha superior (P1 e P2) estão mais relacionadas com a tradição da saúde pública e geralmente dizem respeito a danos iatrogênicos em grande escala, embora também sejam importantes no atendimento individual. Por exemplo, programas de rastreamento organizados carregam o potencial de sobrediagnóstico e sobretratamento para um grande número de indivíduos saudáveis. A linha inferior é o contexto do adoecimento sentido, que requer a arte do cuidado clínico centrado no paciente¹⁶. Existem importantes requisitos bioéticos e diferenças entre as iniciativas preventivas e os cuidados clínicos. As atitudes dos médicos devem mudar ao lidar com pessoas que estão bem (P1 e P2) em relação àquelas que se sentem mal ou têm uma doença conhecida (P4 e P3). Os primeiros requerem evidências de grande benefício líquido e danos mínimos da intervenção preventiva, via paradigma da MBE. Nesse contexto, a bioética da não maleficência é de suma importância. Os últimos precisam do uso individualizado e elaborado das evidências biomédicas disponíveis, do raciocínio clínico e da arte de cuidar para aliviar o sofrimento. Nesse caso, a bioética da beneficência deve prevalecer²⁰. Portanto, o rigor com o qual o paradigma da MBE é aplicado pode variar muito, dependendo dos quadrantes da tabela 2 x 2 de Jamouille e do contexto clínico. A definição original da P4 torna mais fácil reconhecer essas diferenças e desenvolver estratégias de gestão da clínica, bem como agendas de pesquisa específicas para elas. De acordo com a definição original de P4, tais *nuances* em situações clínicas requerem conhecimentos e técnicas específicas para minimizar danos e desmedicalizar o máximo possível. Esses potenciais da representação gráfica original de P4 são pontos fortes que não devem ser negligenciados.

O papel da medicina baseada em evidências

Martins *et al.*^{9,10} acreditam que a nova definição proposta é superior porque retrata a relação entre a P4 e o movimento da MBE. No entanto, o paradigma da MBE não acrescenta nada à P4, pois todas as intervenções de saúde devem ser baseadas nas melhores evidências disponíveis. Reduzir a P4 à relação danos/benefícios via MBE parece muito simplista. Parece um apelo a que se use a MBE com mais frequência, o que pode ser justificável, visto que nem todos os serviços de saúde se baseiam no modelo das melhores práticas da MBE. Concordamos que a MBE é uma ferramenta poderosa para a tomada de decisão clínica. Entretanto, isso não leva a uma mudança na definição da P4. Em contraste, a definição de P4 da Wonca

ultrapassa o modelo da MBE ao adicionar a complexidade dos danos iatrogênicos sociais e culturais derivados de um contexto social cada vez mais medicalizado e amplamente inatingível pelo paradigma da MBE. O uso crescente e problemático dos psicofármacos nas sociedades contemporâneas exemplifica esse fato²¹.

Além disso, a MBE não é um fenômeno neutro. É também uma abordagem socialmente construída de autoridade sobre o conhecimento médico²². A MBE transferiu uma parte substancial do poder dos médicos para especialistas em evidências, como revisores, especialistas focais e epidemiologistas ligados a instituições, forças-tarefa, comitês de especialistas e periódicos científicos. Esses grupos são susceptíveis a influências políticas e econômicas. Infelizmente, existem interesses escusos na pesquisa biomédica e sua agenda está carregada de valores²³. Isso gerou crises no movimento da MBE²⁴.

Além disso, os cenários artificiais de doença única criados por ensaios clínicos randomizados geralmente excluem os pacientes complexos e multimórbidos, bem como os idosos. Em casos complexos, doenças crônicas e sintomas sem explicação médica, a polifarmácia tende a ser a norma. Eles precisam de uma avaliação cuidadosa e individualizada, na qual a MBE é necessária, mas insuficiente. O fato de haver situações em que o benefício da intervenção supera os danos potenciais (iatrogenias clínica, social e cultural) não diminui a relevância de manter a sobremedicalização como um dos pontos de referência da definição de P4. A MBE é apenas mais uma ferramenta. Até Ivan Illich¹² aplicou criticamente as evidências científicas disponíveis em sua época para discutir os benefícios e malefícios das intervenções médicas. O autor usou essa abordagem na primeira parte de seu livro clássico sobre medicalização, focada na iatrogênese clínica, para apoiar suas ideias. Assim, os proponentes da nova definição de P4 se enganam ao afirmar que a P4 é mais do que desmedicalização. Como já dissemos, a mudança proposta para o conceito de P4 reduz seu escopo ao eliminar a sobremedicalização da definição da Wonca.

Cientificidade da medicalização

A afirmação de que a medicalização (ou desmedicalização) não tem base científica (Quadro 1) é empírica e academicamente refutável. Vários aspectos da medicalização têm sido discutidos por décadas e investigados por autores como Foucault²⁵, Zola²⁶, Szaz²⁷, Illich¹², Skrabanek²⁸, Rose²⁹, Conrad¹¹ e Clarke *et al.*³⁰. Portanto, a medicalização é um assunto importante e cientificamente bem estabelecido. Illich¹² foi um pioneiro nas razões pelas quais a medicalização deve ser evitada tanto quanto possível. Ele analisou três tipos de iatrogenia: clínica, cultural e social. A medicalização e seus três tipos de iatrogenia atuam como um dispositivo biotecnológico disciplinar. Isso pode levar a um empobrecimento cultural e psicológico no comportamento das pessoas e no gerenciamento de seus sofrimentos, dores e crises no ciclo de vida. Assim, a medicalização cria um efeito “bola de neve” de expectativas ilusórias tanto em profissionais quanto em pacientes sobre as intervenções médicas, sobrecarregando os serviços de APS com solicitações de *check-ups* e visitas clínicas, por vezes desnecessárias.

Embora as pesquisas sobre medicalização possam ser encontradas com mais frequência em outras áreas do conhecimento científico, como na Sociologia, Antropologia, História, Filosofia e Ética, isso não significa falta de base científica. Os estudos sobre medicalização abrangem Saúde Mental, sexualidade, fatores de risco, subutilização de recursos médicos,

manipulação e interpretações espúrias de evidências científicas, criação de doenças, cronicidade e catastrofização de problemas comuns (por exemplo, dor lombar, etc.), bem como rotulação de sintomas clinicamente inexplicáveis. Inúmeros são os temas em que a sobremedicalização e as iatrogenias ocorrem na prática diária dos médicos da APS.

Foco na desmedicalização

Martins *et al.*¹⁰ atribuem a Norman e Tesser¹⁶ a ideia de que a desmedicalização seria a “principal característica da P4” (p. 614). Décadas atrás, Ivan Illich discutiu a medicalização na APS no *Royal College of General Practitioners*³¹. Norman e Tesser apenas usaram as ideias de Illich para introduzir o tema da P4 no *British Journal of General Practice*, já que Illich mantinha uma crença paradoxal de que os médicos de família poderiam contribuir para a desmedicalização. Esses autores não declararam ou sugeriram que a desmedicalização seria a principal característica da P4.

A P4 exige um cuidado centrado na pessoa e contextualizado para enriquecer os valores e a autonomia dos pacientes. Se por um lado a definição de P4 da Wonca não prioriza a desmedicalização, por outro lado, ao manter a sobremedicalização em sua definição, amplia o olhar do profissional de saúde. Isso não significa privar os pacientes de intervenções médicas úteis. As complexidades na avaliação da relação danos/benefícios das intervenções de saúde requerem um conhecimento sistematizado via MBE. No entanto, a MBE não é suficiente para a realização de P4, uma vez que desconsidera grande parte das iatrogenias sociais e culturais decorrentes da atual medicalização excessiva nas sociedades contemporâneas.

A definição de P4 da Wonca vista como um processo de desmedicalização pode soar como uma abordagem irreal, pois ser medicalizado é um aspecto essencial do que constitui o ser humano urbanizado contemporâneo no mundo ocidental. Desde o século 18, a biomedicina tem desempenhado um papel fundamental na política da própria vida. O ser humano tornou-se objeto de pesquisa científica²⁹. Do nascimento ao túmulo, a biomedicina tem contribuído para organizar o modo como vivemos: modelando, supervisionando, controlando, disciplinando e produzindo o “*homo medicandus*”¹². Assim, pode parecer lógico reduzir a definição de P4 a um pensamento binário de relação danos/benefícios líquidos para intervenções biomédicas. Isso estaria mais de acordo com a tradição positivista da Biomedicina, que é a base estruturadora da MBE³². No entanto, o foco no tipo de prática individualizada e contextualizada da APS torna a MBE relevante, mas insuficiente para orientar cuidados médicos personalizados cada vez mais necessários³². Assim, a P4 envolve evitar a medicalização excessiva e aponta fundamentalmente para a necessidade de reflexão profunda sobre a relação médico-paciente. Isso é essencial para uma melhoria nos padrões éticos e atitudinais dos médicos.

Conclusão

O interesse na P4 está crescendo lentamente. Em 2016, o “*Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalisation*”³³ foi criado dentro da Wonca. O nome do grupo mostra que a sobremedicalização consta no título; portanto, ela é considerada um aspecto essencial do conceito de P4. Imaginar a P4 purificada da complexa discussão da sobremedicalização e dos desafios éticos da relação médico-paciente como um

aprimoramento de sua definição parece um tiro pela culatra, um remédio pior do que a doença³⁴. Se a avaliação do grau de medicalização em cada encontro clínico requer uma abordagem adaptada ao contexto dos pacientes, isso não indica uma falta de base científica para a medicalização nem apoia sua eliminação da definição de P4 da Wonca. Ao contrário, indica a necessidade de pensamento crítico e profunda reflexão ética pelos profissionais de saúde sobre a relação médico-paciente, que está no centro da P4. Melhorias nas iniciativas de P4 requerem estudos que possam contribuir para a sua operacionalização na prática clínica. Isso pode facilitar o reconhecimento e uma melhor gestão de situações e contextos nos quais existe um grande potencial de danos iatrogênicos e sobremedicalização.

Contribuição dos autores

Charles Dalcanale Tesser concebeu e redigiu o primeiro rascunho e participou das sucessivas revisões. Armando Henrique Norman participou da revisão crítica, redação das sucessivas versões e liderou a elaboração das figuras. Ambos aprovaram a versão final do artigo.

Financiamento

Charles Dalcanale Tesser recebeu bolsa de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Proc.: 303999/2018-7).

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Samuel Casal pela criação artística das figuras que imaginamos e a Josane Norman pela revisão da versão final deste artigo.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado

Cesar Augusto Orazen Favoreto

Tradutores

Charles Dalcanale Tesser e Armando Henrique Norman

Submetido em

01/03/21.

Aprovado em

31/03/21.



Referências

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353:i2139. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
2. Bentzen N. *Wonca dictionary of general / Family practice* [Internet]. Copenhagen: Manedsskrift for Praktisk Lægergerning; 2003 [cited 2020 Nov 12]. Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/000052.pdf>
3. Cardoso RV. Quaternary prevention: a gaze on medicalization in the practice of Family doctors. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-10. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1117](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1117).
4. Bulliard JL, Chiolero A. Screening and overdiagnosis: public health implications. *Public Health Rev*. 2015; 36(1):1-5.
5. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*. 2018; 362:k2820.
6. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Can Fam Physician*. 2018; 64(9):654-9.
7. Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-3. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064).
8. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS*. 2014; 122(8):683-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/apm.12278>.
9. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018; 24(1):106-11. Doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
10. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. 2019; 69(689):614-5. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706913>.
11. Conrad P. *The medicalization of society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
12. Illich I. *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health*. Harmondsworth: Penguin Books; 1976.
13. Tesser CD, Dallegrave D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(9):e00231519. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00231519>.
14. Correia T. Revisiting medicalisation: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Front Sociol*. 2017; 2:14. Doi: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2017.00014>.
15. Jamouille M. *Prevenção quaternária, evolução do conceito*. NotasL@cas/M@dNotes serie [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1rlcpVinrgGyS6rCMuNV8sNMhiGgdLvUK/view>
16. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *Br J Gen Pract*. 2019; 69(678):28-9. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700517>.
17. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(7):580-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>.



18. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale [Internet]. In: Berleur J, Labet-Marais CL, Poswick RF, Valenduc G, Van Bastelaer P, editors. *Les informagiciens*. Namur: Presses Universitaires de Namur; 1986 [cited 2020 Nov 26]. p. 193-209. Available from: <http://www.ph3c.org/ph3c/docs/27/000103/0000405.pdf>
19. Jamouille M, Roland M. Mental health inside the primary care; a different mental health? [Internet]. Washington: National Institute of Mental Health; 1994 [cited 2020 Nov 19]. Available from: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/175035/1/washington.pdf>
20. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(10):e00012316. Doi: <http://dx.doi.org/s10.1590/0102-311X00012316>.
21. Whitaker R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown; 2010.
22. Lambert H. Accounting for EBM: notions of evidence in medicine. *Soc Sci Med*. 2006; 62(11):2633-45. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.023>.
23. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics*. 2015; 16(1):69. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0063-3>.
24. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014; 348:g3725. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.
25. Foucault M. *Microfísica do poder*. 18a ed. Rio De Janeiro: Graal; 1979.
26. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* [Internet]. 1972 [cited 2020 Nov 13]; 20(4):487-504. Available from: <https://www.jstor.org/stable/43618673>
27. Szasz T. *O mito da doença mental*. São Paulo: Círculo do Livro S.A.; 1974.
28. Skrabanek P. *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. London: Social Affairs Unit; 1994.
29. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet*. 2007; 369(9562):700-2. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5).
30. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK. *Biomedicalisation: technoscience, health, and illness in the U.S*. Durham: Duke University Press; 2010.
31. Illich I. Medicalisation and primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1982; 2(241):463-70.
32. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. *Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: a causehealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter*. Cham: Springer; 2020. Doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>.
33. WONCA. Special interest group: quaternary prevention & overmedicalization [Internet]. Brussels: WONCA; 2016 [cited 2020 Nov 12]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/specialinterestgroups/quaternaryprevention.aspx>
34. Norman AH, Tesser CD. Amending WONCA's P4 definition: the cure has been worse than the disease. *Br J Gen Pract*. 2020; 70(692):109. Doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp20X708389>.



Quaternary Prevention (P4) is an action taken to identify patients at risk of overmedicalisation, to protect them from new medical invasions, and to suggest interventions ethically acceptable. Recently, three European articles have proposed a new definition: “to protect individuals from more harmful than beneficial interventions”. The objective is to discuss this proposal critically. We have identified and analysed seven criticisms to P4 original definition. Five are unfounded: (1) Ethically vague; (2) Restricted scope; (3) Creation of an unnecessary step; (4) Focus on medicalisation; (5) Demedicalisation non-scientific based. The remaining two do not justify a new definition: (6) Changing visual representation; (7) Centeredness on Evidence-Based Medicine (EBM). The new proposal reduces the scope of P4 and the professional role. The original definition is robust and incorporates the challenge of social/cultural iatrogeny resulting from overmedicalisation, partially unattainable via EBM.

Keywords: Quaternary prevention. Family practice. Medicalisation. Evidence-based medicine. Primary health care.

Prevenção Cuaternaria (P4) es la acción de identificar pacientes en riesgo de sobremedicalización, para protegerlos de nuevas invasiones médicas y sugerirles intervenciones éticamente aceptables. Recientemente, tres artículos europeos propusieron una nueva definición: “proteger a los individuos de intervenciones más dañosas que benéficas”. El objetivo es discutir críticamente esa propuesta. Se identificaron y analizaron siete críticas a la definición original. Cinco son improcedentes: (1) Éticamente vaga; (2) Alcance restringido; (3) Crea etapa innecesaria; (4) Enfoque en la medicalización; (5) Desmedicalización sin base científica. Las restantes no justifican una nueva definición: (6) Cambio en la representación visual; (7) Enfoque en la Medicina Basada en Evidencias (MBE). La nueva propuesta reduce el alcance de la P4 y el protagonismo del profesional. La definición original es robusta y desafía la iatrogenia social/cultural proveniente de la sobremedicalización, parcialmente inalcanzable vía la MBE.

Palabras clave: Prevención cuaternaria. Medicina de familia y comunidad. Medicalización. Medicina basada en evidencias. Atención primaria de la salud.