

Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?

Charles Dalcanale Tesser¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Florianópolis, SC, Brasil

RESUMO

A prevenção quaternária consiste na identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção contra novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos. Aqui, argumentamos sobre a importância da prevenção quaternária na prevenção primária específica e secundária. O grande desenvolvimento recente da medicina preventiva, da biomedicalização dos riscos e seu tratamento como se fossem doenças e a influência poderosa dos interesses comerciais das indústrias farmacêuticas sobre a produção de conhecimento médico-sanitário alteram classificações, criam doenças e pré-doenças, rebaixam pontos de corte e apagam a distinção entre prevenção e cura. Isso converte maiores proporções de pessoas assintomáticas em doentes e desvia a atenção clínica e os recursos dos mais doentes para os saudáveis, dos idosos para os jovens e dos pobres para os ricos. A prevenção quaternária facilita e induz o desenvolvimento e sistematização de saberes e diretrizes operacionais para a contenção da hipermedicalização e dos danos das ações preventivas no cuidado profissional, sobretudo na atenção primária à saúde.

DESCRITORES: Procedimentos Desnecessários. Prevenção de Doenças. Medicina Preventiva. Prevenção Quaternária.

Correspondência:

Charles Dalcanale Tesser
Rua Douglas Seabra Levier, 228
Casa 6 Cond. Bosque Dourado,
Trindade
88040-410 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: charlestesser@gmail.com

Recebido: 20 mai 2016

Aprovado: 12 jan 2017

Como citar: Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev Saude Publica. 2017;51:116.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A prevenção quaternária (P4) é um conceito (e prática) relativamente recente, que significa a ação de identificar pessoas em risco de medicalização excessiva e protegê-las de novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos e propondo medidas eticamente aceitáveis¹⁸. Outros significados para essa expressão foram propostos, sintetizados em Starfield et al.²⁹, e uma discussão prévia sobre sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser encontrada em Norman e Tesser²².

O objetivo deste artigo é apresentar a relevância da P4 especificamente para as atividades de prevenção primária específica e secundária¹⁹. Iniciamos com um comentário sinóptico situando a medicina preventiva e os tipos de prevenção, frente aos quais apareceu e vem se desenvolvendo a P4. A seguir, detalhamos sua relevância e significado. Na sequência, discutimos a virada preventiva na biomedicina e algumas de suas características problemáticas, as quais, é nossa hipótese central, demandam intensamente P4.

A Medicina Preventiva: Passado e Presente

As condutas preventivas sempre existiram e acompanharam a história das práticas de cuidado à saúde e ao adoecimento nas sociedades, incluindo a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina. Mas o que hoje chamamos de medicina preventiva iniciou-se na primeira metade do século XX, ganhando maior corpo na segunda metade. Ela consistia em um movimento de construção de uma atitude preventiva a ser inculcada nos profissionais médicos, então acusados de curativistas, centrados em diagnose e cura das doenças. A medicina preventiva caracterizava-se por três premissas: (1) focaliza o indivíduo e a família; (2) é realizada na prática diária dos médicos; (3) “representa uma grande transformação na prática médica [...] e está baseada no desenvolvimento, por parte do médico, de uma nova atitude” (Arouca², p.12).

O lastro teórico fundamental desse movimento foi o modelo da história natural da doença¹⁹, construído a partir de um ideário em que o adoecimento nasceria de três fatores principais em interação: o agente etiológico, o hospedeiro e o “meio ambiente”. Os dois primeiros foram herdados da concepção unicausal derivada das doenças infecciosas do fim do século XIX, ainda muito influente. Sob a etiqueta de “meio ambiente” ficaram concentrados, misturados e naturalizados todos os fatores e influências sociais, culturais, econômicos, ambientais etc. A classificação de Leavell e Clark¹⁹ das ações preventivas em primária, secundária e terciária foi amplamente disseminada no saber médico e sanitário, com uma grande penetração recente da prevenção na atividade clínica²⁹.

A ‘história natural das doenças’ é um conceito relativo que não deveria generalizar-se na atualidade para além de algumas enfermidades infecciosas, pois foi desenvolvido no século XIX em torno das mesmas. Sua realidade é duvidosa inclusive em muitos processos infecciosos (gripe, leishmaniose, tuberculose, dengue ou lepra) e também no lupus eritematoso, esquizofrenia, diabetes, hérnia de disco lombar, demência, depressão e câncer de mama¹¹. “São cada vez mais numerosos os exemplos de doenças, anormalidades e disfunções diagnosticáveis por métodos sofisticados progressivamente mais sensíveis, com pouca ou nenhuma correlação com sintomas clínicos ou desfechos mórbidos” (Tesser³³, p.6), ou seja, doenças cuja história natural não é conhecida, ou talvez simplesmente não exista, não sendo satisfatoriamente explicada pelos modelos biomédicos. Autores têm chamado a esse fenômeno de “reservatório de doenças ou pseudo-doenças”³⁴, o que está centralmente envolvido no fenômeno complexo do sobrediagnóstico, recentemente muito discutido¹⁶, gerado em larga escala pelos rastreamentos. A ideia de história natural das doenças parece cada vez mais precária em muitas situações, mas mesmo assim permanece amplamente utilizada.

Se não se avaliava o movimento da medicina preventiva como exitoso no século XX, hoje a incorporação de ações preventivas na prática médica avançou grandemente, sobretudo a partir do desenvolvimento de tratamentos preventivos farmacológicos, cujo exemplo mais famoso talvez sejam as estatinas, para a redução dos níveis de colesterol¹.

Sobre a Prevenção Quaternária

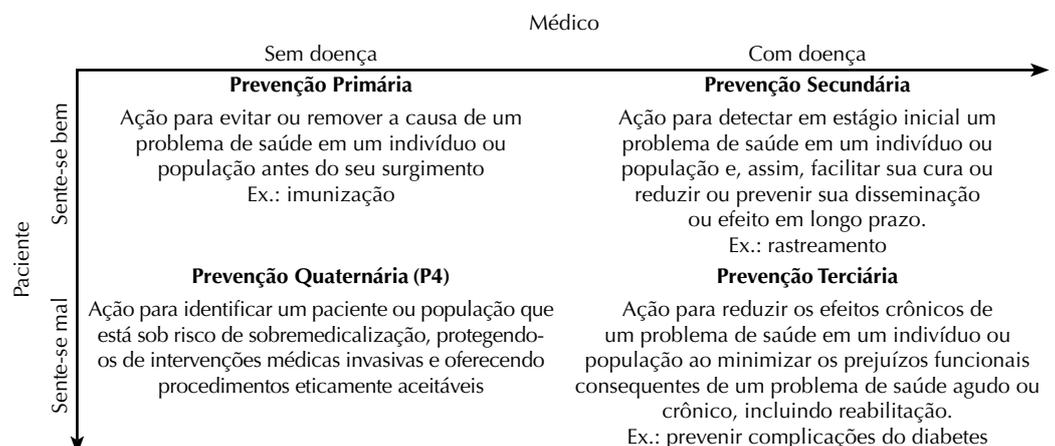
A P4 incide sobre toda a atividade clínica e sanitária, inclusive sobre os outros tipos de prevenção. Ela diz respeito à necessária autocontenção dessa atividade, hoje sabidamente também um risco significativo para a saúde²².

Leavell e Clark¹⁹ organizaram a prevenção de forma cronológica, linear e técnica, visando prevenir eventos mórbidos futuros com ações no presente, baseada no saber médico-científico. A expansão do conceito e da prática da P4 permite e facilita alterar essa lógica, fundamentada apenas no tempo e no saber biomédico, para outra organização alicerçada no relacionamento entre profissional e usuário. A Figura ilustra os três tipos clássicos de prevenção e a P4 vistas através de dois eixos: a experiência do usuário e a perspectiva do profissional.

A P4 induz avaliação e reação críticas pelos médicos, sanitaristas, demais profissionais e gestores dos sistemas de saúde sobre si mesmos e sua atividade, de forma operacional, incluindo o questionamento de seus limites técnicos e éticos e o reconhecimento das influências que incidem sobre as decisões e condutas preventivas. Aponta para a construção de boas práticas, frente a tendências culturais, técnicas e institucionais por vezes danosas à saúde individual e coletiva. Diferentemente das prevenções primária, secundária e terciária, o objeto da P4 é a ação dos profissionais e sistemas de saúde; especialmente os profissionais da atenção primária à saúde (APS), que são o seu berço originário²².

Apesar da P4 parecer repetitiva do velho princípio da medicina “*primum non nocere*”, é relativamente inédita, dado que esse princípio sempre remeteu a uma ética apenas oral e genericamente proclamada²⁸, mas relegada à intimidade de cada profissional. Ela trata do desdobramento prático, profissional e técnico de críticas e saberes sobre o processo de medicalização da sociedade, do cuidado e da prevenção elaborados há décadas por autores como Foucault⁹, Illich¹⁷, Zola³⁵, Skrabanek^{26,27} e Clarke⁷. Apesar de não haver novidade conceitual nela, seu foco nas práticas é relevante e inovador. Com esse foco, é possível passar ao largo de seus limites e contradições, como o fato de adotar nomenclatura similar ao do modelo de Leavell e Clarke¹⁹, o que poderia significar teoricamente um reforço do mesmo. A P4 poderia ser definida como ações e desdobramentos práticos ou técnicos da resistência ética, atitudinal, epistemológica e política aos excessos de iatrogenia, preventivismo e medicalização nas práticas profissionais e institucionais. Por ser mais sintética e nativa da APS, a expressão P4 facilita a comunicação com os profissionais e gestores, comunga do apelo emocional da prevenção em geral e introduz a crítica na discussão técnica preventiva, pelo que merece ser mantida.

A P4 na prevenção induz uma discussão organizada, um reconhecimento coletivo dos profissionais e do sistema de saúde de situações problemáticas, em que são comuns atitudes intervencionistas e sobremedicalizadoras, potencialmente mais danosas, que demandam



Fonte: adaptado de Jamouille¹⁸.

Figura. Tipos de ações preventivas.

saberes orientadores de contenção e correção. Isso abre espaço para construção de diretrizes que precisam ser sistematizadas para maior proteção dos usuários dos danos e riscos produzidos pela ação clínico-sanitária preventiva.

A Virada Preventiva

Entre outros fatores, os limites terapêuticos e os efeitos adversos da biomedicina nas doenças crônicas, associados aos seus custos crescentes e a mudanças sociais e culturais constituintes de um paradoxo da saúde, prepararam o terreno para a emergência do giro preventivo na biomedicina.

Barski⁴ chamou de “paradoxo da saúde” a situação em que, embora a saúde tenha melhorado nos países de alta renda, subjetivamente as pessoas sentem-se mais doentes. Atribuiu isso alguns fatores: redução da mortalidade por doenças infecciosas, que gerou aumento da prevalência de doenças crônicas; maior autoescrutínio em relação à saúde pelas pessoas, ampliando a atenção dada a sintomas e sentimentos de mal-estar; comercialização da saúde e sua presença crescente na mídia, criando uma atmosfera de apreensão e insegurança sobre doenças e fatores de risco; e progressiva medicalização da vida diária, que trouxe expectativas irreais de cura e prevenção, fazendo com que enfermidades intratáveis, riscos e mal-estares pareçam ainda piores⁴. A medicalização acirrou-se e transformou-se em uma biomedicalização intensa da vida, dos cuidados em saúde e dos riscos (da prevenção)⁷, convertendo potencialmente todas as pessoas em pacientes²⁷.

A biomedicalização e o manejo da prevenção e do tratamento dos riscos individuais isolados como se fossem doenças crônicas operam no interior de uma indústria cultural em que há uma busca obsessiva pela saúde presente e futura, tornada moda, valor e obrigação moral. Ela pressiona os cidadãos a submeterem-se aos saberes biomédicos, atrelados ao consumo de produtos, serviços e tecnologias, além de responsabilizá-los por mudanças comportamentais comumente difíceis ou mesmo inviáveis^{6,24}.

Nesse contexto, os aspectos operativos, conceituais e metodológicos da medicina preventiva foram viabilizados e impulsionados pelo grande desenvolvimento da produção de saber centrado na noção de risco, notadamente a chamada epidemiologia clínica ou medicina baseada em evidências. Esta última desviou fortemente a prevenção para as intervenções sobre os indivíduos e seus riscos. Houve um intenso “predomínio do individual sobre o coletivo, do técnico sobre o político, do natural sobre o social, do médico-assistencial sobre o médico-sanitário, do privado sobre o público” (Ayres³, p.236).

A identificação (e tratamento) de fatores de risco como parte da prevenção inaugurou uma nova era na saúde pública, centrada na intervenção individual. As definições de doença vêm se modificando ao longo do tempo, tornando-se mais inclusivas, com rebaixamento dos limiares diagnósticos. Além disso, fatores de risco estão sendo manejados na prática clínica como se fossem doenças (em geral, doenças crônicas). Nesse processo, a diferença entre prevenção e cura está se tornando cada vez mais apagada²⁹ e a prevenção amplia progressivamente seu espaço no agir clínico-biomédico. Isso ocorre, dentre outros modos, por meio da incorporação acrítica do “alto-risco” às doenças, com consequências graves que acirram a medicalização, o intervencionismo e os danos da ação clínico-sanitária – o que transforma (convencionalmente, mas praticamente) grande número de sadios em doentes e gera intervenções em assintomáticos, todos biomedicalizados e expostos a maior potencial de danos³².

A prática médica no século XXI vem mudando sua postura, incorporando amplamente atitudes e ações preventivas. Estão sendo disseminadas intervenções preventivas individuais, a partir de decisões clínicas profissionais e institucionais, especialmente na APS. As pautas preventivas invadem os saberes e as práticas médicas, bem como as diretrizes clínicas e as normativas e as regulamentações institucionais¹⁰.

Na produção dos saberes biomédicos, as manobras de rebaixamento de pontos de corte para diagnósticos de risco aumentado vêm intensificando e legitimando esse processo. A expansão

do número de fatores de risco expande a área de atuação da intervenção preventiva, com expansão no número de situações sob tratamento potencial. Concretamente, isso significa a biomedicalização e a intervenção cada vez mais precoce em estados “pré-doença” e em fatores de risco, com metas cada vez mais rígidas e de difícil alcance, que necessitam uso de medicações. Isso ocorre, por exemplo, com a hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade e osteopenia. A consequente comercialização de fármacos para pessoas assintomáticas contribui substancialmente para a expansão desses mercados e aumenta a polifarmácia, sobretudo em idosos, gerando mais iatrogenias. Além disso, aumenta os custos para a sociedade e para os serviços de saúde. Por fim, esse processo tendencial, cada vez mais comum e cotidiano, pode reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes crônicos²⁹.

Com o apagamento progressivo da distinção prevenção-cura, a geração de pseudo-doenças e “pré-doenças” e a medicalização dos riscos, criam-se demandas clínicas preventivas e terapêuticas para os sistemas nacionais de saúde e a prática médica, sobretudo na APS, em grande parte antes não consideradas problemas médicos e na sua maioria desconectadas do adoecimento sentido. Além disso, ações preventivas vêm sendo indicadas sem fundamento adequado, acumulando-se nas práticas profissionais e, conseqüentemente, aumentando a chance de danos iatrogênicos^{12,14}.

Como consequência psicológica e cultural, além de técnica, há progressivamente menos tolerância de usuários (sadios e doentes) e profissionais para com as oscilações e variações do processo saúde-doença individual. Essa menor tolerância produz demanda e pressão por intervenções cada vez mais precoces. Assim, a margem de normalidade diminui e o espectro do patológico e do maior risco, este manejado como doença, aumentam. Por conseguinte, são realizados mais diagnósticos e ações preventivas, via exames complementares e fármacos; e o intervalo de segurança, a margem entre os benefícios e os riscos, diminui. “Cada vez se atende aos pacientes com maior intensidade de recursos diagnósticos e terapêuticos” (Gérvás¹⁰, p.129), o que aumenta a probabilidade de dano iatrogênico. Starfield et al.²⁹ chegam a afirmar que a prática da medicina e, particularmente, a prática da prevenção na medicina, está se distanciando cada vez mais de suas raízes históricas e sociais, do cuidado centrado em verdadeiros doentes.

Outro fator importante reforça essa dinâmica social e técnica biomedicalizada: o atrelamento das pesquisas biomédicas, tanto na produção de tecnologias e fármacos como no saber clínico, aos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos e insumos médicos. Isso gerou o que vem sendo chamado de *disease mongering*, tráfico ou mercantilização de doenças. Trata-se da manipulação da produção do saber científico médico-especializado e da percepção social, individual e profissional dos limites fluidos entre a saúde e a doença, deslocando esses limites para a ampliação do que pode ser sentido ou interpretado e tratado como doença²¹. Tal manipulação, relativamente fácil de operar devido ao caráter em parte convencional do estabelecimento dos pontos de corte no *continuum* de risco e severidade das situações, parâmetros fisiológicos e critérios definidores das doenças e riscos, ocorre no sentido de ampliar cada vez mais o patológico, incluindo o risco aumentado dentro dele³². Isso amplia o mercado das empresas farmacêuticas, reduz os limites do normal e do baixo risco e desemboca, por fim, na legitimação do diagnóstico de riscos aumentados e do seu tratamento com fármacos, como se fossem doenças, o que fecha o círculo vicioso que transforma o cidadão em doente crônico. Os exemplos são muitos e incluem: formas leves e moderadas de depressão e ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), fobia social, transtorno explosivo intermitente, síndrome do intestino irritável, síndrome das pernas inquietas, osteoporose, hipercolesterolemia, pré-diabetes, pré-hipertensão, ejaculação precoce, disfunção erétil, disfunção sexual feminina, menopausa masculina etc.⁸

Todo o processo cria preocupação injustificada e o uso desnecessário de serviços e tecnologias médicas, gera desperdício de recursos em situações triviais ou fatores de risco isolados em detrimento do cuidado aos sensivelmente e mais gravemente adoecidos¹⁴, além de expor os pacientes a riscos de iatrogenias. O uso excessivo de medicamentos e outras tecnologias médicas, por sua vez, faz da *disease mongering* um significativo problema de saúde pública, que demanda P4.

Por fim, o ideário preventivista de apologia da prevenção individual do século XX foi, paradoxalmente, renovado e intensificado no século XXI com os novos discursos da promoção da saúde, uma relação complexa demais para análise neste espaço, mas merecedora de breves comentários. A partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, foi desencadeado um movimento internacional de revalorização da promoção da saúde, que a emancipou da prevenção e almejou superar o seu centramento na doença, transformando-a em um discurso guarda-chuva de melhoria da saúde. Mas há disputas e correntes internas ao discurso da promoção, notadamente uma abordagem individualista-comportamentalista, poderosa e centrada na indução de estilos individuais de vida saudáveis, em tensão contraditória com a discussão crítica e a ação sobre a determinação social do processo saúde-doença³⁰. Parece haver uma associação entre vários fatores, dentre os quais: a convergência entre comportamentos saudáveis e preventivos; a força social-simbólica do cuidado clínico biomédico e seu individualismo comportamentalista; e a sinergia desse individualismo com a mídia e os interesses comerciais relacionados à prevenção, que contribuiu para que a prevenção se confundisse com a promoção na prática clínica e nas instituições sanitárias, no imaginário social e profissional, sendo reforçada a apologia ingênua de sua necessidade a todo custo⁸. Por exemplo, Buss e Carvalho⁵ afirmam que ações realizadas pelas equipes de saúde da família, tais como controle do crescimento e desenvolvimento infantil, atendimento ao calendário de imunizações, acompanhamento pré-natal, estímulo ao aleitamento materno e promoção de melhores condições de higiene domiciliar e pessoal, são ações de promoção da saúde. Práticas preventivas confundidas ou misturadas com promoção retroalimentam um discurso preventivista individualista, e podem estar inclusive prejudicando o acesso dos verdadeiros doentes aos serviços de saúde²⁹.

É eticamente questionável e iníquo privilegiar o cuidado de pessoas sadias de risco aumentado em detrimento das sensivelmente doentes^{15,23}. Tal processo causa dificuldades adicionais auto-retroalimentadoras para os sistemas nacionais de saúde públicos e seus profissionais, especialmente na APS. Ele gera a situação paradoxal de que os sensivelmente doentes padecem muitas vezes de dificuldades de acesso ao cuidado clínico, enquanto pessoas assintomáticas de maior risco ocupam cada vez maior espaço nos serviços de saúde. Essas últimas, acredita-se frequentemente, adoecerão no futuro se não priorizadas no presente. Em nome da causa nobre da prevenção de doenças futuras, os doentes no presente são relativamente sacrificados. Os sistemas de saúde e as práticas de cuidado estão girando para a prevenção individual baseada em fatores de risco, e assim transferindo recursos dos pobres para ricos, dos doentes para os saudáveis e dos idosos para os jovens¹⁵. Starfield et al.²⁹ questionam se é justificável que consultas de *check up* constituam quase metade das visitas aos serviços de saúde nos Estados Unidos, onde muitas pessoas carecem de cuidados médicos.

Heath¹⁶ destaca quatro implicações éticas graves do sobrediagnóstico que são extensíveis ao hiperpreventivismo atual e ao *disease mongering*: (1) a extensão dos danos a muitos indivíduos, pela etiquetagem de ser rotulado de risco ou com uma doença, que pode gerar medo e minar a saúde e bem-estar; (2) a direta relação entre sobrediagnóstico e subdiagnóstico, porque sempre que um diagnóstico é alargado, a atenção e os recursos são redirecionados inevitavelmente e afastam-se da maioria dos doentes mais severamente afetados; (3) o potencial de inviabilização dos sistemas de saúde com base na solidariedade social, por causa dos custos crescentes envolvidos; (4) a marginalização e o obscurecimento das causas socioeconômicas dos problemas de saúde promovidos pela atividade biotécnica hipertrofiada.

Adicionalmente, tem sido considerado que mais informações sobre riscos aumentam a sensação de controle sobre as vidas e a qualidade de vida dos indivíduos. Porém, essa informação pode lançar, e amiúde o faz, sombras de dúvida e insegurança sobre essas pessoas e com isso prejudicar a sua experiência de integridade pessoal, segurança e saúde. Quanto mais iniciativas preventivas enfatizam o risco e instruem sobre as muitas maneiras de morrer, mais incerto e temível o futuro pode parecer¹³. Ao transmitirem a noção de risco aos usuários, os profissionais de saúde podem estar “derramando uma gota de tinta na água cristalina de suas identidades, que poderá não mais ser clareada” (Sweeney³¹, p.222). Getz et al.¹⁴ chamaram a atenção para a nossa limitada compreensão do efeito de ser rotulado como de risco ou alto risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A P4 pode ser considerada um conceito nativo dos profissionais da APS, que sintetiza o seu reconhecimento do avanço da biomedicalização e da colonização industrial e comercial do cuidado clínico, da saúde pública e da produção do conhecimento biomédico. Sua prática implica ativa resistência, prudente ceticismo e geração de saberes e práticas voltados para a defesa e proteção dos cidadãos e doentes. Constitui-se em uma estratégia em desenvolvimento para discutir, qualificar e redirecionar as atividades médicas e sanitárias no sentido de evitar excesso de medicalização e de danos iatrogênicos¹⁸.

A virada preventiva, o *disease mongering*, a influência da indústria do conhecimento²⁰ sobre a produção e a disseminação do saber médico alimentam a proliferação de ações preventivas absorvidas na prática médica, e exigem hoje uma mudança geral de postura tanto dos profissionais quanto dos gestores dos sistemas de saúde. A mudança alinha-se no sentido da P4 e inclui maior espírito crítico, maior ceticismo quanto ao intervencionismo preventivo e maior resistência a medidas preventivas que podem desencadear cascatas de intervenção. É necessário um maior rigor ético e técnico na análise dos argumentos e fundamentos para a incorporação ou recomendação de medidas preventivas individuais³², de prevenção primária específica e secundária.

A P4 na prevenção tem uma vantagem em relação à mesma no cuidado clínico: ela geralmente não demanda criação de alternativas. Basta não realizar ou não indicar ações duvidosas ou inapropriadas, resistindo às fortes pressões preventivistas da cultura atual. Esse não fazer, na atenção individual, requer habilidades comunicativas, muita empatia e trabalho adicional qualificador do cuidado.

Se eram uma causa nobre que merecia o apoio geral, hoje sabe-se que as ações preventivas individuais portam riscos conhecidos e desconhecidos e merecem discriminação, estudo minucioso, grande exigência de idoneidade ética (ausência de conflitos de interesse) e de qualidade das evidências relativas a seus resultados finais, para avaliação do balanço entre seus danos e benefícios³¹. Se no século XX podia haver um otimismo e um engajamento despreocupados no apoio à prevenção primária e secundária individual, no século XXI cabe o ceticismo criterioso típico da P4, que exige desenvolvimento e reunião de saberes críticos, maior exigência de transparência e de análise de resultados na avaliação do que merece ou não ser indicado e realizado, e muito maior resistência às pressões emocionais e aos interesses econômicos para adoção de intervenções preventivas individuais com potencial de risco e sobremedicalização³².

A P4 na prevenção induz a produção, sistematização e coletivização de saberes críticos, rigorosos critérios técnicos e cuidadosas exigências éticas a orientar as ações preventivas profissionais e institucionais. Ela pode contribuir para evitar a medicalização excessiva da prevenção e reduzir seus danos, vários não percebidos pelos usuários e profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Angel M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
2. Arouca S. O dilema preventivista. São Paulo: UNESP; 2003.
3. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
4. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med*. 1988;18(7):414-418. <https://doi.org/10.1056/NEJM198802183180705>
5. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(6):2305-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>
6. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

7. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK. Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
8. Doran E, Hogue C. Potency, hubris and susceptibility: the disease mongering critique of pharmaceutical marketing. *Qual Rep.* 2014 [citado 2 set 2017];19(39):1-18. Disponível em: <http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=tqr>
9. Foucault M. *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
10. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl1:127-34. <https://doi.org/10.1157/13086036>
11. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 2:66-71. <https://doi.org/10.1157/13101092>
12. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008;372(9654):1997-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61843-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61843-7)
13. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ.* 2003;327:498-500. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7413.498>
14. Heath I. Who needs health care-the well or the sick? *BMJ.* 2005;330(7497):954-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7497.954>
15. Heath I. In defence of a National sickness service. *BMJ.* 2007;334:19. <https://doi.org/10.1136/bmj.39066.541678.B7>
16. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests: an essay by Iona Heath. *BMJ.* 2013;347:f6361. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6361>
17. Illich I. *Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars; 1976.
18. Jamouille M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comum.* 2015;10(35):1-3. [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1064](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1064)
19. Leavell H, Clark, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1976.
20. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saude Publica.* 2010;44(1):190-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100021>
21. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PloS Med.* 2006;3(4):e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
22. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2009;25(9):2012-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
23. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc.* 2015;24(1):165-179. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
24. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
25. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(5):343-50.
26. Skrabanek P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *J Med Ethics.* 1990;16:187-90. <https://doi.org/10.1136/jme.16.4.187>
27. Skrabanek P. *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. London: Social Affairs Unit; 1994.
28. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere*: above all, do no harm!. *J Clin Pharmacol.* 2005;45(4):371-77. <https://doi.org/10.1177/0091270004273680>
29. 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. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
30. Sutherland RW, Fulton MJ. Health promotion. In: Sutherland RW, Fulton MJ, editors. *Health care in Canada*. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1992. p.161-81.
31. Sweeney K. Science, society, suffering and the self: a commentary on general practice for the twenty first century. *N Z Fam Physician J.* 2005;32(4):221-4.

32. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad Saude Publica*. 2016;32(10):e00012316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012316>
33. Tesser CD, D'Ávila TLC. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cad Saude Publica*. 2016;32(5):e00095914. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00095914>
34. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(9):605-13. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq099>
35. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*. 1972;20(4):487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa de pós-doutorado no exterior – Processo 207603/2014-6).

Conflito de Interesses: O autor declara não haver conflito de interesses.