

Prevenção Quaternária e limites em medicina

Marc Jamouille^a e Luís Filipe Gomes^b

28 Setembro 2013

^a Médico de família, Espace Temps maison de santé, Charleroi, Bélgica; investigador em Cuidados Primários, IRSS UCL, Bruxelas

^b Médico de família; Professor Auxiliar Convidado do Mestrado Integrado de Medicina da Universidade do Algarve

O conceito de Prevenção Quaternária, interrogação sobre o agir bem fundado, nasceu na articulação da relação médico-paciente. Concerne a toda a actividade médica, sendo um utensílio de predilecção para a medicina de família. É uma interrogação ética sobre demasiada e demasiadamente pouca medicina e fornece pistas de resposta^a.

Ainda demasiada medicina

Desde os anos 50, o número de especialidades médicas, de tecnólogos e de doenças não cessou de aumentar. A Classificação Internacional das Doenças viu o seu número de itens passar de trezentos a 15.000 – e poucas especialidades se mostram satisfeitas com a sua categorização¹. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, mais conhecido pelo seu acrónimo DSM, actualmente na sua quinta revisão² conta mais de 350 «condições». Sabemos agora que as doenças aí descritas o foram sob a influência dos *lobbies* farmacêuticos³ Estamos todos doentes, somos todos loucos⁴.

Mas muito mais do que a quantidade de doenças, é a transformação de situações assintomáticas em risco e deste em doença⁵, a par da pressão directa sobre os médicos^{6,7,8} que modifica a gestão das actividades médicas. A hipertensão, a hiperglicémia, a hipercolesterolemia ou o excesso de peso são com efeito o mais 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 simbólicos enquanto tão protectores como uma hóstia consagrada, devoram a maior parte do orçamento destinado à farmácia pela administração de saúde. Sabemos que é preciso tratar 1000 pacientes hiperlipémicos durante 5 anos para evitar 18 eventos cardiovasculares graves⁹. Como em todo e qualquer médico há sempre um doutor Knock¹⁰ adormecido, a hipertensão e a hipercolesterolemia, afecções sem sintomas, ocuparam os primeiros lugares em quase todos os países do Mundo como motivo de consulta.

As técnicas de *Disease mongering*^b, ou fabricação de novos doentes, apelam também à manipulação psicológica¹¹ aplicando às doenças a mesma técnica usada com as marcas comerciais¹². Esta técnica é denominada «*Branding condition*»^c.

É certo que tudo depende do estadiamento. Somos todos doentes no estádio I se o estádio I for aquele que define a ausência de sintomas para uma afecção predizível. Os médicos decidem que tal ou tal paciente é diabético, hipertenso ou hiperlipémico em função de limiares estatísticos, logo calculados sobre populações – mas inadequadamente aplicados a uma só

^a Texto da conferência inaugural do 18º Congresso Nacional de MGF - 12º Encontro Nacional de Internos de MGF e Jovens MF. 27 e 29 de Setembro de 2013. Covilha – Portugal. Publicado em francês em [Pratiques](#), 2013

^b *Disease mongering*: do inglês *disease* (doença), e *monger* (comerciante, mascate). Em português, «Promoção da doença», como proposta de tradução.

^c *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 numa doença.

pessoa. E os valores são fixados o mais baixo possível^{13,14} numa atmosfera de corrupção institucional³.

O número de cesarianas é, o mais das vezes, proporcional ao número de obstetras disponíveis e o número de stents coronários colocados directamente proporcional ao número de cardiologistas¹⁵. Podem-se assim identificar secções completas da actividade médica que se encontram em sobreprodução porque as normas, regras e limiares são determinados por comités de peritos cujas ligações com os produtores de medicamentos ou de bens tecnológicos são constantes, conquanto dissimulados¹⁶. As próprias categorias das doenças estão em plena expansão. A osteoporose, a menopausa ou a disfunção sexual são exemplo actual de mercados fabricados^{17,18}.

Não faltam *bigpharmas* responsáveis por esta autêntica avalanche. Partindo de boas intenções iniciais e aplicando com determinação o escorregadio adágio «Mais vale prevenir que remediar», os programas medicalizados de despistagem floresceram em todos os países do Mundo desde o pós-guerra. Mas eis que a aplicação estrita dos princípios da Medicina Baseada na Evidência (MBE) pôs tudo isto em causa. O exemplo tipo, a mamografia para despiste de tumores, que evidencia mais cancros do que aqueles que seria de esperar que encontrasse¹⁹, foi estudada em detalhe e coloca a dúvida no cerne do médico, que já não sabe o que deve aconselhar a estas pacientes²⁰. O mesmo acontece com a vacina da gripe, da chamada vacina contra o cancro do colo do útero a HPV ou da despistagem do cancro da próstata.

Para além disso, os médicos escondem frequentemente a sua incapacidade de comunicar com os pacientes por detrás de diagnósticos diáfanos, cujo enunciado não configura mais do que uma confissão de impotência e limites indefinidos. É possível questionar a base de dados *Medline*^d com palavras-chave tão desprovidas de sentido como «doença sem doença^{21,22}, somatização, síndrome somático funcional²³» ou fibromialgia (a traduzir por dor dos músculos e tendões), termos que denunciam a incapacidade dos médicos para compreender a vivência pessoal dos seus pacientes tanto quanto o uso de uma categorização assente em limiares, taxas ou critérios fixados arbitrariamente e que constituem norma obrigatória para a criação de um mercado.

No âmago mesmo das nossas consultas, na incerteza que nos constrange no momento de tomar uma decisão, é sempre mais fácil dizer que se vai fazer uma 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 na duração, que é a que conhecemos na medicina de família, e que desaparece na sobreutilização das urgências hospitalares e no acesso livre a todas as especialidades.

^c Acesso à base de dados Medline : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

A resposta dos médicos de família: a Prevenção quaternária^e

		Ponto de vista do médico	
		ausência de doença	doença
Ponto de vista do paciente	Sente-se bem	I Acção desenvolvida para evitar ou eliminar a causa de um problema de saúde de um indivíduo ou de uma população antes do seu aparecimento (exemplo: imunização)	II Acção levada a cabo para prevenir o desenvolvimento de um problema de saúde desde uma fase inicial num indivíduo ou numa população, encurtando a sua evolução e duração (exemplo: rastreio HTA)
	Sente-se doente	IV Acção levada a cabo para identificar indivíduos ou populações em risco de tratamento excessivo, a fim de os proteger de no-vas intervenções médicas inapropriadas e de lhes sugerir alternativas ética e medicamente aceitáveis	III Acção desenvolvida para reduzir o efeito e/ou prevalência de problemas crónicos de saúde em indivíduos ou populações visando a minimização das alterações funcionais originadas por esses problemas (exemplo: prevenção das complicações da Diabetes)

Figura 1. As definições publicadas (WONCA 1995) de prevenção I, II et III são naturalmente completadas pela prevenção IV (Jamouille & Roland 2003) e oferecem uma visão nova dos campos de actividade do médico de família.

A medicina pode ser perigosa para a saúde, e isto desde a relação médico-paciente individual até às campanhas de massas destinadas a milhões de indivíduos. Entre a prescrição de uma benzodiazepina 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 quaternária^{24,25,26} é um eco do adágio multiseular: 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 tanto como uma

atenção humana e empática que não tente medicalizar os problemas da vida.

A prevenção Quaternária encontra as suas fontes em Ivan Illich na *Nêmesis Médica*²⁷, em *Medical Flipper* de Jean Carpentier²⁸, em Michael Balint²⁹, em Jan McWinney³⁰ e em numerosos outros exploradores do mister de médico de família. Adoptado pelo Comité Internacional de Classificação da WONCA (WICC)^f, o conceito difundiu-se em grande escala e encontram-se agora grupos P4 em Espanha, Portugal, Brasil, Argentina, Uruguai, Peru e Bolívia. A prevenção quaternária assenta no domínio da informação médica científica e da sua aplicação nas decisões do quotidiano. Ela atribui, assim, um papel central ao médico de família, considerado como o gestor da informação respeitante ao seu paciente.

Poderíamos acrescentar à definição de prevenção quaternária, que dá a primazia à sobremedicalização, o seu corolário obrigatório – a submedicalização ou a ausência de tomada em apreço pela medicina de problemas de saúde patentes – e isto por razões morais, sociais, económicas, políticas ou ideológicas. Tal como os pacientes dependentes de drogas duras, vilipendiados e socialmente excluídos dos anos 80, puderam ser entregues aos cuidados dos médicos generalistas portugueses, belgas e franceses nos anos 90³¹, os excluídos sociais da actualidade – quer sejam imigrantes ilegais, sem-abrigo ou outros excluídos da prestação de cuidados – devem beneficiar de uma assunção de responsabilidades da parte de alguém que os escute atentamente.

^e Encontra-se em www.ph3c.org uma rubrica «Quaternary prevention» que retoma as principais publicações e eventos relativos a este conceito.

^f WICC ou Wonca International Classification Committee. Grupo de trabalho da WONCA, organização mundial da medicina de família: <http://www.globalfamilydoctor.com/>

Praticar a prevenção quaternária

Praticar a prevenção quaternária é reconhecer, escutar e ajudar 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.

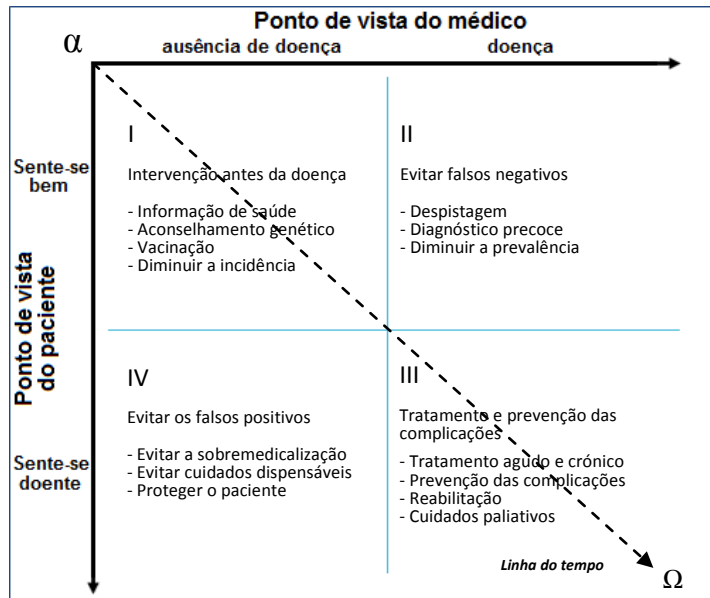


Figura 1. Atividades clínicas em função do tempo e da relação médico-paciente. Note-se que médico e paciente se encontram no ponto Ω , no sofrimento e na morte.

A P4 é mais compreensível quando se examina a sua génese. A fonte da actividade médica clínica é a relação médico-doente. O encontro entre um médico praticante da arte de curar e um doente é marcado com o duplo selo do conhecimento e da certeza e 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 no médico como no paciente e ambos procuram frequentemente esconder do outro (ou, por vezes, sobre-expôr) 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 numa tabela de duas entradas (na realidade o conceito nasceu durante um curso de estatística sobre o Chi²) vemos aparecer quatro possibilidades de acordo ou desacordo entre os protagonistas.

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, encontrar-nos-emos face a quatro possibilidades análogas aos verdadeiros e falsos positivos e verdadeiros e falsos negativos da tabela de duas entradas. As definições das três primeiras formas de prevenção tal como publicadas no glossário de medicina geral da WONCA³² em 1995 assumem naturalmente o seu lugar na tabela (fig. 1).

O domínio dos acontecimentos no campo I dos verdadeiros negativos corresponde muito exactamente à definição de prevenção primária. O campo III é o dos cuidados e dos procedimentos a que conduzem visto que paciente e médico se puseram de acordo. Existe mesmo doença ou alguma coisa identificada como tal. *Mutatis mutandis*, são os verdadeiros positivos do Chi². Diabéticos, cancerosos, hiperlipémicos ou osteoporóticos acumulam-se todos na casa dos «doentes» apesar de se encontrarem por vezes de 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 o adágio segundo o qual qualquer pessoa que aparenta boa saúde é um doente que se ignora, a medicina faz ponto de honra em descobrir as doenças escondidas. Diagnóstico precoce e despistagem podem ser excessivamente ansiogénicos e portadores de efeitos deletérios.

Eis-nos chegados à casa IV. Para completar o quadro, demos a esta casa o nome de prevenção quaternária, com uma definição do mesmo estilo³³. As quatro definições, avalizadas pelo WICC, foram publicadas no dicionário de medicina geral da WONCA³⁴.

Como fazer então, que atitudes adoptar 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 segurança social?

Em resumo, como pode o médico controlar a sua ansiogénese – 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-doente, nascido no campo do paciente não reconhecido, pode aplicar-se aos outros campos da actividade médica.

O conceito de prevenção quaternária, P4 para os íntimos, interrogação sobre o bem-fundado do agir, pode importar às acções no campo I: pertinência da educação para a saúde, pertinência das vacinas? No campo II: critérios de doença, verdadeiros ou inventados? Objectivos e resultados de despistagem validados e permanentes? No campo III: comunicação ao paciente, vigilância *post-marketing*, verdadeiros cuidados paliativos, terapêuticas comprovadas? Assim fazendo encontram-se e podem organizar-se e classificar todas as recentes interrogações sobre o exercício da medicina quer se trate de sobremedicalização, sobrerastreio ou sobretratamento, dos quais se faz eco o muito recente sítio da Internet lançado em França pelo grupo Princeps^g e a SFTG.

Os meios necessários à aplicação da P4 são essencialmente e dois tipos. Por um lado, o conhecimento e o controlo mental e afectivo do médico face a si mesmo, de forma a 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 numa clínica que se apoia em provas sempre que tal é possível.

O domínio do falso positivo e a forma de o evitar assenta essencialmente na actividade da medicina de família, que conta ou deveria contar com o tempo e a empatia do seu lado nas suas relações com os pacientes e familiares. Não é desde logo de 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 activas. O exame atento dos programas de conferências e a formação dos já referidos grupos P4 poderão dar algumas ideias aos médicos do velho continente.

^g <http://surmedicalisation.fr/>

Referências

- ¹ A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2011 Jun;10(2):86–92.
- ² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5 American Psychiatric Association. 2013
- ³ Cosgrove L, Wheeler EE. Drug Firms, the Codification of Diagnostic Categories, and Bias in Clinical Guidelines. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2013;14(3):1–27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286724
- ⁴ St-Onge J-C. Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie. *Ecosociété*; 2013.
- ⁵ Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324(7342):886–91.
- ⁶ Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. *PLoS medicine* [Internet]. Public Library of Science; 2007 Apr ;4(4):e150. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0040150>
- ⁷ Mintzes B, Lexchin J, Sutherland JM, Beaulieu M-D, 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. *Journal of general internal medicine*. 2013 Apr 5.
- ⁸ Sah S, Fugh-Berman A. Physicians Under the Influence: Social Psychology and Industry Marketing Strategies. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. [Internet]. 2013;14(3):1–27. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2286433
- ⁹ Taylor et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD004816. DOI: 10.1002/14651858.CD004816.pub5
- ¹⁰ Martin-Du-Pan R. Syndrome du docteur Knock. *Rev Med Suisse*. 2008;4:
- 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 [Internet]. *Medical marketing and media*. 2003. Disponível em: <http://www.ybranding.com/Content/pdf/TheArtOfBrandingaCondition.pdf>
- ¹³ Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Medicine*. 2006 Apr. 3(4):e146.
- ¹⁴ Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer: USA B*, ed. 2008.
- ¹⁵ Dumit J. *Drugs for life*. Duke University Press; 2012.
- ¹⁶ Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed*. 1st ed. Beacon Press; 2011.
- ¹⁷ Morell Sixto, ME, Martínez González, C, Quintana Gómez, JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;491–512.
- ¹⁸ Moynihan R. A new deal on disease definition. *BMJ*. 2011 May ;342(may03 1):d2548–d2548.
- ¹⁹ Zahl P-H, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *The lancet oncology* [Internet]. 2011 Oct 11 [cited 2011 Oct 17];12(12):1118–24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996169>
- ²⁰ Gøtzsche PC, Gotzsche PG. *Mammography Screening: Truth, Lies and Controversy* [Internet]. Radcliffe Publishing; 2012 [cited 2012 Feb 3]. p. 400. Available from: <http://www.radcliffe-oxford.com/books/bookdetail.aspx?ISBN=1846195853>
- ²¹ Meador CK. The art and science of non disease. *The New England journal of medicine* 1965 Jan 14;272:92–5.
- ²² Smith R. In search of “non-disease”. *BMJ* 2002;324(7342):883–5.
- ²³ Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. 1999;130(11):910–21
- ²⁴ Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. *Les informa-g-iciens*. Presses Un. Namur, Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986. p. 193–209. <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000405.pdf>
- ²⁵ Jamouille M, Roland M. Prévention quaternaire De Wonca world Hong Kong 1995 à Wonca world Prague 2013. *Wonca world Prague* [Internet]. 2013. p. Poster. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000440.pdf>
- ²⁶ Jamouille M. A propos d'un dessin. *Ethica Clinica*. 2013;70:28–31. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000416.pdf>
- ²⁷ Illich I. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. [Internet]. SEUIL. Seuil; 1975.
- ²⁸ Carpentier J. *Medical Flipper*. Cahiers libres, 402. Paris: la Découverte; 1989.
- ²⁹ Balint M. *The doctor, his patient, and the illness*. Churchill Livingstone; 1964. (Disponível em português, Atheneu, 1984)
- ³⁰ McWhinney IR, Freeman T. *A Textbook of Family Medicine* [Internet]. 2nd ed. Oxford University Press, USA; 1997. (Disponível em português).
- ³¹ Jamouille M. Déclaration d'intention ; Le médecin généraliste et de famille et l'usager de drogue [Internet]. 1997. Disponível em: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/ethitox-fr.html>
- ³² Wonca International Classification Committee. An international glossary for general/family practice. *WONCA Classification Committee. Family Practice*, 12(3), 341–369. 1995 http://www.ulb.ac.be/esp/wicc/letter_a.htm
- ³³ Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. *WICC annual workshop Hong Kong: Wonca congress proceedings*. 1995
- ³⁴ Bentzen N. *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Maanedsskr. Copenhagen.2003 <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>