

A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina

MIGUEL MELO*

RESUMO

Todos os cuidados médicos, incluindo os preventivos, têm o potencial de provocar prejuízo ao doente. A intervenção médica excessiva é uma ameaça para o doente que contacta com o Sistema de Saúde.

A prevenção Quaternária, ao identificar os doentes submetidos a estas intervenções médicas excessivas, previne o sofrimento e a iatrogenia.

Neste artigo são discutidos os factores associados a cuidados médicos excessivos bem como as condições favorecedoras à aplicação de Prevenção Quaternária.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Epidemiologia Clínica.

A apesar do aumento enorme do corpo de conhecimentos médicos, muitas das nossas decisões são tomadas num grande nível de incerteza. A incerteza na prática clínica é algo que o Médico terá que saber gerir na prestação de cuidados médicos curativos ou preventivos.¹

Em cuidados curativos, a tomada de decisões médicas, na presença de alguma incerteza, é um risco que se pode justificar pelo alívio ou tratamento da situação do doente que nos procura.

Já na aplicação de cuidados preventivos a presença da incerteza não tem justificação, uma vez que é o Médico que os propõe activamente. Nesta situação é um imperativo ético ter a certeza de que os benefícios são maiores do que os riscos.² Apesar disto, observam-se neste campo excessos de intervenção, muitas ve-

zes para lá do clinicamente e cientificamente razoável e justificado.^{3,4}

Existe, por vezes, excesso de pedidos de análises de rotina a adultos assintomáticos,⁵ apesar de serem conhecidas as recomendações preventivas a ser incluídas no exame periódico de saúde, com ganhos em saúde demonstrados (Recomendações de força A) (Ver Anexo I, no final).

Nem todas as intervenções dos cuidados médicos beneficiam todas as pessoas da mesma forma, e muitas delas, porque excessivas ou desnecessárias, podem originar prejuízo e morbidade. Não nos podemos esquecer que a Medicina tem também o potencial de provocar prejuízo ao doente.¹

Os cuidados médicos, preventivos e curativos, têm sido excessivos e agressivos, comportando-se também como um Factor de Risco (FR) de doença. A intervenção médica excessiva representa uma ameaça para o doente uma vez que o balan-

ço dos benefícios e dos prejuízos pode ficar desequilibrado, violando assim o primado do *primum non nocere*.²⁻⁴

São vários os exemplos na prática clínica em que a intervenção médica excessiva e/ou desnecessária poderá ocorrer com mais facilidade:

- Tratamento farmacológico de Factor de Risco (muitas vezes sem nenhum ganho de saúde para o doente);
- Excesso de programas de rastreio (muitos deles não validados);
- Excessos de diagnósticos (ao rotular sintomas medicamente inexplicados criam-se pseudo-diagnósticos como por exemplo colite, neurose, síndrome de fadiga crónica, fibromialgia, proctalgia fugax, entre outros);
- Medicalização: processo de definir um número crescente de problemas de vida diária como sendo problemas médicos a medicar.

Os «avanços» do conhecimento, a identificação de mais FR e a redução dos limiares para iniciar uma intervenção, originam um aumento de exames diagnósticos e de terapêuticas, podendo trazer custos para o doente e para o sistema de saúde.³⁻⁷

A prevenção quaternária é a intervenção que tenta prevenir a ocorrência ou os efeitos destas situações excessivas.^{9,10}

O QUE É A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?

Prevenção Quaternária está definida no Dicionário da Wonca¹¹ como «a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis». Este conceito deriva de uma proposta de Jamoulle,¹⁰ Médico de Família belga.

Pressupõe uma análise de deci-

*Médico de Família
RRE Fânzeres, SRS do Porto

sões clínicas (decisão em incerteza) pautada e orientada por princípios da proporcionalidade (ganhos devem superar os riscos) e de precaução (versão prática do *primum non nocere*).

Providencia cuidados médicos que sejam cientificamente e medicamente aceitáveis, necessários e justificados com a menor intervenção possível: o máximo de qualidade com o mínimo de quantidade/intervenção possível.^{6,7,9}

A prevenção quaternária é o mais recente nível de prevenção descrito; talvez por isso se encontre na literatura outras definições (não usadas neste artigo) propostas. Alguns autores consideram a Prevenção Quaternária como «a reabilitação ou a restauração da função naqueles doentes afectados com complicações graves da doença, de forma a evitar incapacidade grave».¹²

Apesar de serem conceitos aparentemente com perspectivas diferentes (prevenção de iatrogenia *versus* prevenção de incapacidade grave) ambas visam uma melhor qualidade de vida.⁹

A QUE SE DEVE A INTERVENÇÃO MÉDICA EXCESSIVA?

Identificar e perceber os factores que se associam a intervenção médica excessiva (Quadro I) torna-se importante para a sua correcção.

A Indústria Farmacêutica (IF) tem dirigido campanhas para o público em geral transmitindo ideias exageradas dos perigos dos FR e valorizando alguns problemas comuns com intuítos comerciais. A «**promoção da doença**» (*disease mongering*) junto da população é feita recorrendo a um *marketing* do medo, confundindo FR com doenças e sintomas comuns com doenças (sobre estima-

QUADRO I

FACTORES ASSOCIADOS A INTERVENÇÃO MÉDICA EXCESSIVA^{6-9,13}

Doentes

- Falsas expectativas dos doentes (*Média, Internet*)
- «Promoção da doença» na população; *Marketing* do medo
- Ideia de que prevenir é sempre melhor que tratar
- Falta de conhecimentos de saúde dos cidadãos
- Pressão consumista dos doentes
- Queixas vagas: hipocondria, somatização, neurose...

Médica

- Desactualização Médica de conhecimentos
- Influência da Indústria Farmacêutica
- Excessos de Diagnósticos; medicalização
- Incerteza médica; Medicina Defensiva

ção de FR e mensagens de medicalização).¹³

Estas mensagens acabam também por criar nas populações uma ideia da saúde como mais um meio de consumo (*um medicamento para cada sofrimento*), não informando sobre alternativas não farmacológicas e criando insegurança sobre o seu estado de saúde.^{13,14}

Assim, sintomas físicos ou emocionais que antes eram considerados normais (alterações do sono, tristeza, *stress*, calvície, disforia pré-menstrual, redução da actividade sexual, menopausa, timidez/fobia social...) são considerados como doença originando grande tendência para a medicalização.^{4,13,14}

A medicalização dos problemas do dia-a-dia leva a excesso de intervenção, interessando sobretudo à Indústria Farmacêutica; é por isso natural que a IF também tente influenciar os médicos para esta situação (recorrendo a líderes de opinião e a formação patrocinada pela IF). A

influência da IF sobre a prática médica e sobre os comportamentos dos utentes é algo com que teremos de estar preparados para lidar.¹⁵

Vivemos numa época em que os FR se transformam eles próprios em doenças; é por isso muito comum que a abordagem dos **FR** seja associada muitas vezes a uma intervenção excessiva bem como à sua medicalização.^{4,6,8,9,13}

Atribui-se frequentemente aos FR causalidade da doença, ignorando que os FR não são nem *causa suficiente* nem *causa necessária* para o aparecimento de doença.

De forma a prevenir intervenções excessivas sobre FR, devemos conhecer as medidas epidemiológicas que medem o benefício para o indivíduo como o Risco Absoluto (e não a Redução de Risco Relativo que habitualmente nos apresentam) e o Número Necessário a Tratar (que nos diz quantos pacientes necessitamos de tratar para obtermos o benefício num doente).^{1,15}

Deveremos tentar passar este conceito para o doente e desmistificar os medos dos doentes sobre os FR. Importa concentrar a nossa atenção no controle dos FR naqueles que mais precisam, evitando os fenómenos bem conhecidos que resultam da lei dos cuidados inversos (medicar quem menos precisa e mau controlo dos FR naqueles que mais precisam, que são quem menos nos procuram).

Excessos de Diagnósticos: Por paradoxal que possa parecer, vivemos mais e melhor e no entanto estamos cada vez mais «doentes» (pelo menos com mais diagnósticos) e a tomar mais medicação.^{4,6} Mas o que contribui para este aumento de diagnósticos?

Por um lado, como já vimos, a redução dos limiares dos critérios de diagnóstico, bem como a identificação de FR e de lesões assintomáti-

cas benignas, contribuem para identificar mais doentes ou «em risco» de doença.

Por outro lado, as queixas clinicamente não explicáveis são muito frequentes na prática clínica.¹⁶ Algumas vezes estas situações geradoras de incerteza, quando presentes num doente ansioso, podem resultar numa prática de Medicina defensiva levando frequentemente a uso excessivo e desnecessário de Exames Complementares de Diagnóstico, originando nestes doentes o fenómeno da «cascata diagnóstica». Devemos tentar interromper este círculo vicioso e estar preparados para lidar com as queixas clinicamente não explicáveis de forma a prevenirmos iatrogenia e intervenção médica desnecessária.^{16,17}

Outras vezes são atribuídos, a estes doentes com queixas vagas, pseudo-diagnósticos/doenças que levam à medicalização, não ajudando assim os doentes a compreender a natureza dos seus sintomas. O desenvolvimento do conceito de doença para estes sintomas vagos é efectuado por líderes de opinião, muitas vezes associados a interesses económicos («Indústrias» relacionadas com doenças).^{13,14} Existe uma tendência para identificar cada vez mais problemas, que por vezes rotulamos (labeling)^{6,9} de doença, que leva a maior fragilidade e potencial iatrogenia. Um dos efeitos colaterais mais importante da «substância» médico é a sua resposta à oferta dos doentes; recebemos e organizamos sintomas que os doentes nos oferecem, e devolvemos sob a forma de doenças.¹⁸

DE QUE FORMA PODEREI FAZER MAIS PREVENÇÃO QUATERNÁRIA?

São condições favorecedoras de Prevenção Quaternária a:^{1,6,9,10,13,18}

- Perspectiva biopsicosocial, modelo holístico, centrado no doente;
- Aceitar que existem queixas clinicamente não explicáveis;
- Evitar pseudo-diagnósticos e rótulos (são o primeiro passo para a medicalização);
- Investir na relação Médico/Doente; envolvimento do doente e decisão partilhada;
- Decisão Baseada na Evidência: decisão que adapta a melhor Evidência às circunstâncias individuais daquela pessoa;
- Actualização de conhecimentos: formação contínua (isenta de interesses comerciais), selecção e leitura crítica da Informação;
- Adopção de Boas Práticas Médicas: uso de protocolos (diagnósticos e terapêuticos) desenvolvidos *inter pares*, adaptados localmente e baseados nas melhores evidências;
- Papel activo/poder dos cidadãos nas decisões da sua saúde (*empowerment*); capacidade das pessoas para promover a sua saúde, para saber cuidar o melhor possível de si próprias – reduzindo ao máximo possível a necessidade de recorrer a cuidados «curativos» ou «preventivos» desnecessários.

Ao prevenirmos os excessos no processo diagnóstico (evitando ou até interrompendo cascatas diagnósticas sem qualquer benefício para o doente), ao prevenirmos excessos terapêuticos (medicalização) usando mais a «substância terapêutica» médico e menos a farmacológica, ao evitarmos intervenções excessivas (ex.: procedimentos preventivos não validados), ao prevenirmos o sofrimento (iatrogenia, excesso de diagnóstico), ao ajudarmos as pessoas para um papel mais activo na gestão da sua saúde, indicando informação relevante, estamos a oferecer, aos nossos utentes, protecção

contra os perigos dos excessos médicos e a oferecer Serviços de Saúde de qualidade

Esta é a razão da Prevenção Quaternária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical Epidemiology - the essentials. 3th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
2. Sackett D. The arrogance of preventive medicine. CMAJ 2002 Aug 20;167(4):363-4.
3. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? BMJ 2002 Apr 13;324(7342):859-60.
4. Welch H, Schwartz L, Woloshin S. What's making us sick is an epidemic of diagnoses. New York Times 2007 Jan 2.
5. Grimes DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. Lancet 2002 Mar 9; 359 (9309): 881-4.
6. Gêrvas J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34.
7. Gervás J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. Rev Port Clin Geral 2006 Nov-Dez; 22 (6): 723-7.
8. Gervás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. el ejemplo de la hemocromatosis. Aten Primaria 2003 Jul 30; 32 (3): 158-62.
9. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Rev Port Saúde Publica 2005; 23 (1): 91-6.
10. Jamouille M, et al. Working Fields and Prevention Domains in General Practice/Family Medicine (Draft Version 0.6). disponível em: URL: <http://www.docpatient.net/mj/prev.html> [accedido em 6/11/ 2006].
11. Bentzen N, editor. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
12. Mensah GA, Dietz WH, Harris VB, Henson R, Labarthe DR, Vinicor F, et al. Prevention and control of coronary

heart disease and stroke: nomenclature for prevention approaches in public health: a statement for public health practice from the Centers for disease control and Prevention. *Am J Prev Med* 2005 Dec; 29 (5 Suppl 1):152-7.

13. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-90.

14. Ads and prescription pads [editorial]. *CMAJ* 2003 Sep 2;169(5):381.

15. Melo M, Braga R. As visitas dos delegados de informação médica: qual a utilidade da sua informação? *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 503-9.

16. Sousa JC. Ups! Será que é MUPS? *Rev Port Clin Geral* 2006 Mai-Jun; 22 (3): 277-9.

17. Nunes J. Carta ao Director. *Rev Port Clin Geral* 2006 Jul-Ago;22(4):514-6.

18. Balint M. O Médico, o seu doente e a sua doença. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. p. 35.

Data de receção: 23/02/2007

Aceite para publicação a 08/06/2007

ABSTRACT

QUATERNARY PREVENTION AGAINST EXCESSIVE MEDICAL INTERVENTION

Medicine can be potential harmful for patients, because of the danger of over diagnosis, therapeutic/preventive excess, causing unnecessary medical intervention. Quaternary prevention is a new concept in preventive medicine, whose objective is to avoid and control these perverse effects.

In this paper we describe strategies to identify the most common causes of unnecessary medical intervention and measures to ensure quaternary prevention, in order to provide the best quality care for the patients.

Keywords: *Quaternary Prevention; Clinical Epidemiology.*

ANEXO I

PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS FORTEMENTE RECOMENDADAS NOS ADULTOS ASSINTOMÁTICOS SEM FACTORES DE RISCO ACRESCIDO*

PROCEDIMENTO	POPULAÇÃO	PERIODICIDADE
Promoção da Saúde/Estilos de Vida Saudável		
Avaliação /Aconselhamento sobre: Tabagismo, Álcool, Acidentes, Actividade Física, Alimentação	Todos os Adultos	Por Rotina e/ou Modo Oportunístico
Exame Físico		
Medição da Tensão Arterial	Todos os Adultos	2-2 Anos e/ou Modo Oportunístico
Testes Laboratoriais		
Medição Colesterol sérico	Homens > 35 Anos Mulheres > 45 Anos Até aos 70/75 Anos	5-5 Anos
Pesquisa Sangue Oculto nas Fezes	50-75 Anos	1 a 2 Anos
Colpocitologia	Mulheres 18/ 25 Anos - 65 Anos	2 a 3 Anos
Mamografia	Mulheres > 50-70 Anos	2-2 Anos
Vacinas		
Vacina Anti-Tetânica	Todos os Adultos	10-10 Anos
Vacina Antigripal	Idosos > 65 Anos	Anual
Vacina Anti-Pneumocócica	Idosos > 65 Anos	Dose Única

Lista de recursos consultada para as recomendações das actividades preventivas

- American Academy of Family Physicians. Periodic Health Examinations. Revision 6.2. Leawood: AAFP; Agosto 2006. Disponível em: URL : <http://www.aafp.org/exam.xml> [accedido em 06/02/2006].
- Recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: the A recommendations. Disponível em: URL: <http://ctfphc.org> [accedido em 06/02/2006].
- US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services 2006. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: URL: <http://www.ahrq.gov/clinic> [accedido em 06/02/2006].
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. the JNC7 report. JAMA 2003 May 21; 289 (19): 2560-72.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de prevención en Atención Primaria – PAPPs. Madrid: Semfyc; 2005.
- Castelhão J. Actividades preventivas Guías Clínicas 2006. Disponível em: URL: <http://www.fisterra.com/guias2/actividades.asp> [accedido em 06/02/2006].
- Guidelines for preventive activities in general practice (The Red Book) 6th Edition 2005 The Royal Australian College of General Practitioners. Disponível em: URL: <http://www.racgp.org.au/guidelines/redbook> [accedido em 06/02/2006].
- Plano Oncológico Nacional 2001-2005.D.R. 1ª Série- B nº 199, 17/8/2001,5233-53.
- Melo M. Procedimentos preventivos nos adultos. Rev Port Clin Geral 1994; 11 (1): 33- 9.