

Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde

Quaternary Prevention for the humanization of Primary Health Care

Charles Dalcanale Tesser*

416

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):416-426
Artigo Original • Original Paper

Resumo

Discutimos a relação do conceito e da prática da prevenção quaternária com a humanização na atenção primária à saúde (APS) brasileira, focados no cuidado clínico individual. Algumas considerações são propostas sobre o momento atual do cuidado biomédico em geral e na APS brasileira, de modo a contextualizar o significado do conceito de prevenção quaternária. Indicamos a incompletude da implantação do SUS e da APS brasileira, bem como a qualidade não raro duvidosa das suas práticas assistenciais, historicamente degradadas e desumanizadas, que tornam a prevenção quaternária e a humanização do cuidado altamente relevantes. Apontamos o significado principal do conceito de prevenção quaternária, que é prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas de cuidado. Isso operacionaliza, por dentro das práticas profissionais, o preceito ético “primeiro não lesar”, desde há muito tempo declarado no discurso médico. Assinalamos algumas características da prevenção quaternária com ênfase no seu exercício prático. Apontamos a sua imbricação com a humanização do cuidado e sua relação com o manejo da medicalização social nas práticas profissionais, as quais têm historicamente alimentado acriticamente a medicalização de forma excessiva; e alguns desafios associados, bem como potencialidades e desdobramentos práticos emergentes, ainda apenas insinuados, como o uso de recursos de cuidado não biomédicos na prevenção quaternária, exemplificando a fertilidade do conceito e sua contribuição para a humanização do cuidado na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Medicina - prevenção. Sistema Único de Saúde.

Abstract

We discuss the relationship between the concept and the practice of quaternary prevention and humanization in Brazilian Primary Health Care (PHC), focused in individual clinical care. Some considerations are proposed on the present moment of biomedical care in general and in Brazilian PHC, for contextualizing the meaning of the concept of quaternary prevention. We indicate the incompleteness of the introduction of Brazilian UHS (Unified Health System) and PHC, as well as the quality, many times doubtful, of their care practices, historically degraded and dehumanized, which makes highly relevant quaternary prevention and humanization of care. We point to the main meaning of the concept of quaternary prevention, which is to prevent hypermedicalization of care and to avoid unnecessary interventions, reducing damages, by means of techniques and qualified and personalized care practices. This implements inside professional practices the ethical precept “first, do no harm”, ever repeated in medical discourse. We point to some characteristics of quaternary prevention with an emphasis on its practice, as well as to its imbrications to humanization of care and its relationship to dealing to social medicalization in professional practices, which historically has been favoring uncritically excessive medicalization; and some associated challenges, as well as potentialities and emergent practical ramifications, still only insinuated, such as the use of non-biomedical care resources in quaternary prevention, exemplifying the productivity of this concept and its contribution for the humanization of care in PHC.

Keywords: Primary Health Care. Medicine - prevention. Unified Health System.

* Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil. E-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

O autor declara não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta significados do conceito de prevenção quaternária, desenvolvido há alguns anos pelos médicos europeus da atenção primária à saúde, e algumas de suas relações com a humanização do cuidado na APS, especialmente o voltado aos indivíduos.

Algumas considerações sobre o momento atual do cuidado biomédico no mundo e no Brasil são inicialmente propostas como contextualização do tema principal, como forma de preparação para uma apresentação do conceito de prevenção quaternária. A seguir, refletimos sobre a interface entre a prevenção quaternária e o processo de medicalização social envolvido nas práticas profissionais, as quais têm alimentado acriticamente esse processo de forma excessiva. Dedicamos uma maior atenção às medidas preventivas e a alguns desafios práticos da prevenção quaternária, que envolvem tanto arte quanto ciência e técnica. Abordamos, ao final, brevemente, o uso de recursos não biomédicos de cuidado na prática da prevenção quaternária.

CUIDADO MÉDICO NO MUNDO, NO BRASIL E NA APS BRASILEIRA

É conhecido o entusiasmo com os “avanços” da ciência biomédica a partir do século XX, principalmente com o grande desenvolvimento tecnológico após as duas Grandes Guerras Mundiais e a ascensão das especialidades médicas e da indústria farmacêutica. Ao final do século, novos avanços tecnológicos reforçaram esse entusiasmo: a genômica, os avanços na informática / computação, internet e a miniaturização de equipamentos médicos renovaram o otimismo em relação ao poder da intervenção científica para cura, controle e prevenção dos adoecimentos. Todavia, é também relativamente estabelecido certo desencanto com essa medicina, quanto à sua potência para tratar com eficácia (prevenir, curar, cuidar) os adoecimentos das coletividades¹. A retomada da discussão sobre a importância da determinação social da saúde e a expansão do tema da promoção da saúde² são exemplos nesse sentido.

A complexidade da situação aumentou com o envelhecimento populacional e com a conjun-

ção das velhas doenças (infecciosas, endêmicas, etc.) com as crônicas e as emergentes, que se sobrepõem em muitos países, como o Brasil. A isso somam-se grandes iniquidades sociais e econômicas, talvez as maiores geradoras de morbimortalidade. Outro problema é a desproporção entre custo exponencialmente crescente do cuidado biomédico e a pequena melhoria adicional na morbimortalidade e da qualidade de vida.

Num plano microssociológico, das relações entre profissionais e usuários, houve uma progressiva crise de confiança na técnica e na ética do cuidado³. Progressivamente, aparelhos se interpõem entre terapeuta e doente, dificultando a relação de cura e desviando a confiança, que passa a ser projetada na tecnologia dura. Além disso, certa tradição subcultural dos médicos induz dificuldades relacionais, envolvendo subvalorização da comunicação, postura autoritária, indiferente, controladora e arrogante por parte desses profissionais⁴. Outro fenômeno associado, provavelmente não por coincidência, é a crescente e sustentada procura pelas práticas e medicinas complementares nos países industrializados⁵, mesmo esses mantendo o uso e a procura generalizada da biomedicina. Como notou Barski⁶, nesses países, a mudança no perfil da mortalidade não obteve o mesmo efeito no que se refere ao sofrimento: embora objetivamente a saúde tenha melhorado, subjetivamente as pessoas sentem-se mais “doentes”. Segundo o autor, quatro razões explicariam essa discrepância: 1) A redução da mortalidade por doenças infecciosas agudas resultou, comparativamente, no aumento da prevalência de desordens crônico-degenerativas; 2) As sociedades fizeram despertar a consciência com respeito à saúde conduzindo a um maior auto-escrutinamento, o que amplificou a consciência corporal para sintomas e sentimentos de enfermidade; 3) A disseminada comercialização da saúde e um crescente foco sobre questões de saúde na mídia criaram um clima de apreensão, insegurança e alarme sobre doenças e fatores de risco; e 4) A progressiva medicalização da vida diária trouxe expectativas irreais de cura e prevenção que faz com que enfermidades intratáveis, riscos e mal-estares pareçam ainda piores.

Nesse contexto complexo, o cuidado biomédico individual deixa de ser considerado

uma solução de grande alcance coletivo, mas permanece um direito inalienável de cidadania – um tipo de cuidado ao qual todos podem recorrer, apesar de seus problemas e limites, e não se pensa em deslegitimá-lo, apesar da conflituosa situação de sua crescente mercantilização⁷. Por essa razão, muitas reformas em sistemas nacionais de saúde europeus convergiram para o reforço do papel da Atenção Primária à Saúde (APS), reafirmando sua função filtro, de porta de entrada dos sistemas e de coordenação de cuidado⁸. Deve ser mencionado que em vários desses países, diversamente do Brasil, existia uma tradição respeitada de medicina generalista que resistiu social e academicamente, e inclusive se desenvolveu. Isso gerou a Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma especialidade médica *sui generis* especializada em cuidado integral de uma coorte de pessoas, independentemente da natureza dos seus problemas de saúde, típica da APS, definida em termos de uma relação de cuidado e não de tipos de doenças, sistemas orgânicos ou faixas etárias⁹.

No Brasil, apesar de seus 24 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda está incompletamente implantado. A tradição de cuidado herdada dos serviços públicos pré-SUS desencadeou quase o oposto do cuidado humanizado e da excelência técnica dos seus profissionais, sendo altamente tolerante a práticas talvez inaceitáveis, técnica, ética, institucional e politicamente. Sua gestão é pouco profissionalizada e muda a cada eleição. No contexto brasileiro, misturam-se novas e velhas doenças, miséria e riqueza, modernidade e globalização com mínima cidadania, heterogeneidade regional, econômica, social e cultural, mínimo respeito ao cidadão, alta iniquidade e concentração de renda, típicos de um país construído e governado para os estrangeiros e as suas pequenas elites e não para seu próprio povo¹⁰.

A APS brasileira atende apenas cerca de 60-65% da população do país, com qualidade variável e, no geral, relativamente precária. Apesar da expansão exitosa da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta cobre somente cerca de 50% da população. A atenção secundária (especializada) nos serviços públicos é amplamente subdesenvolvida e precária, numa situação que parece ser intencionalmente indutora da expansão da medicina

suplementar (privada), que é subsidiada direta e indiretamente pelo Estado^{11,12}. A medicina de família e comunidade virtualmente inexistente ou é inexpressiva enquanto *expertise* médica culturalmente valorizada de forma geral no Brasil, na sociedade e na academia.

Embora a atenção clínica individual esteja formalmente declarada desde 1988 como direito do cidadão e dever do Estado, a efetivação prática desse direito parece estar distante. Além da necessária expansão da APS via ESF para pelo menos 80-90% da população, há que estruturar e expandir a atenção secundária e hospitalar com personalização do apoio especializado. O matriciamento pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é o único esquema viabilizado nesse sentido até agora. Muito promissor, porém incipiente, já que se exclui do NASF grande parte do cuidado médico especializado que poderia se organizar, com as devidas adaptações, nesse esquema personalizado. Ou seja, há ainda um universo de questões básicas que não foram tocadas para a construção e qualificação do cuidado clínico na APS.

Ressaltamos o desafio de construir uma tradição e *expertise* nacional em medicina generalista ou MFC na APS que proporcione uma formação adequada aos médicos, na graduação e na pós-graduação. A maior parte do mundo industrializado reconheceu que para o trabalho médico na APS há que se especializar, exigir residência em MFC e, portanto, ofertar tal residência na proporção suficiente. Há que se viabilizar e exigir formação adequada e distribuir os médicos da APS pelo País, fixando-os de modo a permitir a realização dos atributos da APS¹³: universalidade, equidade, longitudinalidade e personalização do cuidado, integralidade, acesso fácil (poucos dias para obtenção do cuidado), coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária com adequação e competência cultural – esses últimos são importantes devido aos regionalismos culturais e grandes disparidades e especificidades regionais, para o que os Agentes Comunitários de Saúde podem muito contribuir. É nesse contexto complexo que deve ser entendido o significado e a contribuição potencial do conceito e prática da prevenção quaternária.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E ALGUMAS DE SUAS CARACTERÍSTICAS

A prevenção quaternária significa a concretização prática, no início do século XXI, de antigos compromissos éticos da biomedicina. Essa sempre os proclamou em teoria e no discurso, conforme o famoso Juramento Hipocrático, mas talvez não os tenha exercido a contento na prática, centrada no desenvolvimento tecnológico duro e na especialização focada nas doenças, nas últimas décadas. Trata-se do exercício simultâneo da não maleficência (*primun non nocere*) e da beneficência, agora um tanto mais humildes e cuidadosas: cuidado apropriado, ético, acessível, humano e amigável, adequado. Dois aspectos do conceito de prevenção quaternária podem ser ressaltados para sua melhor compreensão: sua relação com a conceituação e significação da saúde-doença e a necessidade de proteção dos usuários e redução de danos iatrogênicos.

A prevenção quaternária nasce da percepção e prática da MFC e de uma ampliação e flexibilização dos conceitos de saúde-doença, típicas da APS, que se deslocam da nosologia biomédica (sem ignorá-la ou subvalorizá-la) direcionando-se para uma atitude de diálogo e construção consensual com os usuários sobre o que é saúde e doença. A clássica distinção entre prevenção primária, secundária e terciária, amplamente adotada e que articula aspectos preventivos, educativos e de saúde pública ao cuidado clínico, está centrada na definição médica de doença e numa visão cronológica de sua evolução, desconsiderando a vivência, a experiência e o saber dos doentes¹⁴. Além disso, atualmente, o desenvolvimento tecnológico e científico explora o universo da prevenção e os nebulosos limites entre saúde e doença, criando doenças, pré-doenças e classificações de risco e em que todos (riscos, pré-doenças e doenças) tendem a ser manejados da mesma forma, com tecnologias comercializáveis caras e potencialmente danosas. Isso tornou mais complexa a prática profissional, o que é acentuado quando se considera a invasão da construção do saber e das tecnologias médicas por forças comerciais^{7,15}, geradoras de práticas inidôneas (algumas delas criticadas sob

a designação de *disease mongering*^a): geração de doenças por meio da legitimação e divulgação científica e midiática (e entre profissionais) de classificações excessivamente inclusivas, atreladas a tecnologias duras preventivas e curativas comercializadas, que ampliam os umbrais diagnósticos e terapêuticos, avançando sobre o incerto limite entre saúde e doença, disseminando medo e ansiedade^{15,16,17}. Em outras palavras, as indústrias e comerciantes atuantes no setor saúde-doença descobriram que, além de fazer propaganda dos seus produtos, é altamente efetivo fazer propaganda das doenças, dos riscos, dos sintomas ou das condições (de preferência “transformando-as” em doenças) para as quais oferecem produtos diagnósticos e terapêuticos. E não se inibem em financiar e influenciar pesquisas científicas que geram informações e classificações que são divulgadas na mídia e oficializadas nos manuais acadêmicos. Isso gera legiões de consumidores, por um lado; e profissionais prescritores, por outro, que atestarão a necessidade e propriedade das intervenções, garantindo os lucros desmedidos dessas indústrias. Na medicina, a saúde mental, a sexualidade, a beleza (cirurgia plástica) e os fatores de risco têm sido as áreas mais intensamente afetadas, medicalizadas e mercantilizadas^{7,18,19}. Dessa forma, populações são compelidas a buscar cuidado biomédico com mais frequência e intensidade, expondo-se aos significativos riscos e danos das tecnologias utilizadas. A proteção dos usuários e a evitação desses danos e riscos é o segundo aspecto mencionado da prevenção quaternária, o qual serve de parâmetro ao conceito: proteger as pessoas dos danos reais e potenciais da própria ação clínica e sanitária²⁰.

Tais danos começam a ser percebidos de forma disseminada pelas populações, embora tenham talvez sido subestimados na cultura de profissionais e usuários. Illich²¹ criticou precocemente três tipos de danos: a) iatrogenia clínica: dano direto à pessoa derivado da intervenção médica, que recentemente revelou-se maior do que o imaginado, constituindo a terceira causa de morte nos EUA²²; b) iatrogenia cultural: destruição do potencial cultural, da segurança e dos recursos autóctones dos leigos para administração e cuidado de

a. Para mais detalhes sobre o tema, ver: http://www.ploscollections.org/downloads/plos_medicine_diseasemongering.pdf

boa parte dos sofrimentos, adoecimentos, dores e conflitos comuns nas vidas das pessoas; c) iatrogenia social: transformações desarmônicas nas relações e papéis sociais dos doentes, tornando-os indivíduos apassivados e angustiados²³.

Há ainda que destacar o dano derivado do excesso de prevenção: ansiedade e efeitos psicossociais dos testes e dos falsos positivos, intervenções desnecessárias e potenciais complicações derivadas dos falsos-positivos, falsa segurança dos falsos-negativos, iatrogenia dos procedimentos preventivos em si²⁴, conversão de sadios em doentes em escala populacional. A propaganda midiática de tecnologias duras curativas e preventivas individuais e o seu uso abusivo por parcelas da corporação médica acabam gerando grande ansiedade e insegurança na população, por um lado, e uma crença ilusória na prevenção e cura por meio de tais tecnologias duras, por outro lado.

Humanizar o cuidado na APS, nesse contexto complexo, significa também a difícil tarefa de entender essa situação e relacionar-se com cuidado e sabedoria com as motivações, medos e crenças. Nesse sentido, de forma original, o conceito de prevenção quaternária foi proposto por Marc Jamouille¹⁴, médico de família e comunidade belga, com base no relacionamento profissional-usuário, levando em conta as duas perspectivas envolvidas (do profissional e da pessoa), gerando um cruzamento entre a ciência biomédica e a consciência / vivência do doente. Jamouille¹⁴ construiu um conjunto de quatro campos nebulosos (sem limites bem definidos) em que se podem localizar os três grupos clássicos da prevenção (primária, secundária e terciária), aos quais se acrescenta, então, a prevenção quaternária, especificamente definida e voltada para a identificação de indivíduos em risco de tratamento excessivo, para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.

Às pessoas que se sentem bem e que são assim avaliadas pela abordagem médica (quadrante 1 da Figura 1) cabem ações de promoção da saúde e de prevenção primária. Aos que se sentem bem, mas cuja abordagem profissional detecta problemas ou riscos ainda não perceptíveis pelo doente, estão indicadas ações de prevenção secundária, como detecção precoce e rastreamentos criteriosos. Aos doentes e lesionados (qua-

drante 3) cabem ações de prevenção terciária (reabilitação). Aos que não se sentem bem, mas cuja abordagem médica não detecta doenças, ou que não estão doentes, mas parecem estar (a própria prevenção secundária pode colocar a pessoa nessa situação), e a todos as outras pessoas, doentes ou não, cabem ações de prevenção quaternária (quadrante 4), que visa proteger as pessoas dos danos potencialmente significativos de novas intervenções desnecessárias.

Figura 1. Quatro campos para o relacionamento pessoa-médico



Fonte: adaptado de Jamouille e Gusso (p. 207)¹⁴.

Para isso são necessárias várias habilidades e conhecimentos pouco comuns nos profissionais: habilidades de comunicação e cuidado centrado na pessoa²⁵, técnicas e saberes profissionais qualificados e atualizados, espírito crítico e altos índices de ética profissional, de modo que se possa oferecer um cuidado com o máximo de qualidade técnica e humana com o mínimo de intervenção e de dano possível.

A necessidade de restrição de danos é ainda maior no que tange às ações preventivas, uma vez que, nesses casos, a responsabilidade das intervenções e seus resultados recaem sobre os profissionais e o Sistema de Saúde. Nessa situação, os benefícios devem necessariamente superar, amplamente e com segurança, os danos, o que só pode ser assegurado por evidências científicas de boa qualidade consensuadas por instituições amplas e idôneas, sem

A tolerância aos danos no cuidado aos doentes é comumente grande (e tanto maior quanto maior a gravidade do problema), sendo compensada pela expectativa da cessação, da atenuação do sofrimento, da cura ou do controle da doença

com a intervenção. Isso não deve ocorrer na situação de prevenção, mais complexa, em que a tolerância aos danos não deve existir, já que as pessoas estão a princípio e provavelmente saudáveis, e, por compromisso ético, primeiro não devemos lhes prejudicar. Por outro lado, os danos nas ações preventivas muitas vezes são pouco percebidos (trataremos disso adiante). Como a incerteza está presente tanto na clínica do doente como na prevenção, e ainda mais nessa última, é crucial diferenciá-las. A incerteza deve ser tratada de modo diferente na situação clínica do adoecimento e nas situações em que o paciente nada sente, e é o profissional (ou o usuário) que quer atuar preventivamente. No segundo caso, típico da prevenção e dos rastreamentos, há que ser imensamente mais conservador e precavido para com as intervenções, tanto diagnósticas quanto terapêuticas. Nessa situação, é um imperativo ético ter a certeza de que os benefícios de qualquer intervenção são maiores do que os riscos²⁶. Todavia, a cultura popular, e mesmo a médica, tem manejado essas distintas situações como se fossem semelhantes, com o mesmo tipo de postura intervencionista, típica da biomedicina.

ALGUNS ASPECTOS TÉCNICOS DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária tem interfaces importantes tanto com a qualificação técnica quanto com a humanização do cuidado. Isso pode parecer paradoxal à primeira vista, para um raciocínio que associa ingenuamente ou grosseiramente a tecnificação da medicina com a sua desumanização. Trata-se de esclarecer qual tecnificação está em jogo. Com o grande desenvolvimento tecnológico associado com as especialidades focais da biomedicina, talvez possamos considerar que uma tecnologiação

ou tecnificação dura (materializada em aparelhos, fármacos e procedimentos) tenha ocorrido simultaneamente com uma destecnificação leve-dura e leve do cuidado^b.

Parece haver simultaneamente dois processos: a) um excesso de tecnificação dura, rasteira e ingênua, que projeta nos exames e remédios a prevenção, o diagnóstico e a cura de tudo – no que consiste o cerne das representações sociais mais medicalizadas de nosso tempo²⁷ –, sintetizado no que Schraiber²⁸ qualificou como ascensão da medicina tecnológica; b) uma involução ou falta de técnica relacionada à ponderação criteriosa, técnica e artística, embasada em estudo, íntimo contato com o usuário e dedicada atenção a ele, em que a ciência, arte e a intuição se expressam sintetizadas numa técnica, hoje rara, que usa muito conhecimento especializado e prático, tecnologia leve e leve-dura. A prevenção quaternária e a humanização do cuidado demandam intensiva e extensiva aplicação desse tipo de técnica.

Notadamente no campo preventivo, essa dupla e a simultânea convivência de excesso (de tecnologia dura) e falta de técnica (leve e leve-dura) pode ter consequências danosas, por muito tempo, talvez, subestimadas, embora previsíveis. Trata-se da massificação da prevenção secundária por meio de rastreamentos oportunistas^c ou exames ditos “preventivos” (de *check up*), cujo baixo poder preditivo positivo e altas taxas de falsos-positivos, associados com a medicalização de situações limítrofes, a detecção e sobrediagnóstico de alterações que não teriam consequências clínicas, a criação de pré-doenças e o rebaixamento de umbrais diagnósticos, geram uma profusão de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, com sobrediagnósticos, sobretratamentos e danos, apenas recentemente mais bem analisados. Cria-se o chamado “paradoxo da popularidade”: nos rastreamentos, quanto mais pes-

b. Tecnologia dura é a materializada em equipamentos, procedimentos e uso de recursos diagnósticos e terapêuticos materiais, como exames complementares, de imagem, fármacos quimicamente purificados e cirurgias (na biomedicina contemporânea, estão de regra relacionados à produção industrial baseada em saberes e técnicas científicas). Tecnologia leve-dura é virtual, ligada ao saber estruturado portado pelos profissionais, e a leve é a exercitada e recriada nas relações de cuidado, um saber-fazer da interação com usuário (ver Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002).

c. “Rastreamentos” são a aplicação de testes em pessoas assintomáticas para identificar precocemente as que podem se beneficiar mais do que se prejudicar com novas intervenções diagnósticas e terapêuticas, voltadas a doenças ou riscos. Eles visam reduzir a morbimortalidade pelo agravamento rastreado. Os rastreamentos podem ser feitos de muitas formas, desde “programas organizados de rastreamento” (oferecidos a populações ou grupos determinados, geralmente por sistemas nacionais de saúde), até “rastreamentos oportunistas”, que ocorrem na oportunidade do encontro pessoa-profissionais de saúde (frequentemente médicos). Para mais detalhes ver: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad29.pdf

soas são lesadas por sobrediagnósticos e sobretratamentos, mais consideram que foram salvas pelas intervenções que as lesaram²⁹. Welch³⁰ tem denominado esses achados de pseudodoenças.

Fenômeno similar ocorre em outro caso comum de necessidade de prevenção quaternária: o comum excesso de solicitação de exames complementares no cuidado clínico²⁷. Por exemplo, uma ultrassonografia de abdome total pedida sem critério clínico, por sintomas inespecíficos, com a finalidade de 'somente tranquilizar', muitas vezes, revela alguma imagem suspeita, o que gera uma cascata de exames e intervenções³¹. Sem desconsiderar benefícios específicos advindos dos avanços das tecnologias recentes de diagnose, é certo que sem elas muitos cânceres, tumores, desvios ou flutuações bioquímicas não existiriam para médicos e pacientes, nem teriam consequências nas suas vidas. Alguns pesquisadores estão usando o termo "reservatório" para transmitir a noção de que há mais cânceres ou disfunções do que os que afloram na superfície clínica e são percebidos pelo leigo ou pelo profissional. Essas alterações "subclínicas", na sua grande maioria, nunca teriam significado clínico, seriam compensadas, controladas, "curadas" ou toleradas pelos mecanismos autóctones de homeostasia, autocura e autorregulação das pessoas, mas elas podem ser detectadas pelos exames cada vez mais sensíveis, que registram alterações progressivamente menores, e não podem ser diferenciadas de "verdadeiras doenças" precocemente diagnosticadas (que teriam relevância clínica). Por isso, quanto mais se procura, mais se encontra. Tamanha é a magnitude estimada pelos pesquisadores desse tipo de problema que está programada para 2012 a primeira conferência internacional a respeito do "sobrediagnóstico"¹⁷, termo que designa especificamente essa situação de diagnose precoce que converte em "doença" o que nunca seria clinicamente relevante, gerando, por consequência "sobretratamentos" desnecessários em grande quantidade misturados (indistintamente) com relativamente poucos tratamentos precoces efetivos de problemas que iriam se manifestar clinicamente³². Também publicações voltadas aos leigos discutindo o problema começam a aparecer nos países industrializados³². Além disso, deve-se notar que a prevenção tem

se transformado ao longo da história ocidental, migrando de providências coletivas e sociais para ações individuais, borrando progressivamente a distinção entre prevenção e cura e, assim, competindo com a atenção e o tempo do profissional de saúde^{33,34}.

Essas discussões são quase inexistentes no Brasil, talvez por um pressuposto pouco fundamentado de que aqui padecemos de falta generalizada: falta de cuidado e falta de prevenção. Isso dificulta uma melhor avaliação das diversas realidades de cuidado no SUS e fora dele. A vivência na APS em vários serviços e cidades sugere que há falta sim, de cuidado e prevenção, mas também há frequentemente excessos, notadamente, para as muitas pessoas que estão em acompanhamento, dentre os quais se sobressaem os doentes crônicos e os que conseguem acesso.

A humanização do cuidado e a prevenção quaternária, nesse caso, convergem e impõem a abertura e qualificação dessa discussão, com pesquisas e experiências sobre a qualidade do cuidado e da prevenção e as formas de organização do trabalho na APS. Muitos serviços ainda privilegiam de forma acrítica a prevenção, reservando sistematicamente vagas para diabéticos, hipertensos, idosos e crianças saudáveis. Com isso, não raro fica dificultado o acesso ao cuidado para os adoecidos da coorte adscrita à equipe de saúde da família, supondo a ESF o único e promissor desenho organizacional brasileiro apto a concretizar os atributos e missões da APS.

MEDICALIZAÇÃO, PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E HUMANIZAÇÃO

Os significados principais da medicalização social podem ser resumidos em: a) a transformação de situações, experiências, comportamentos e características das pessoas em problemas médicos ou de outros profissionais de saúde; e b) a geração de dependência progressiva de saberes e práticas profissionalizadas em saúde-doença³⁵. O discurso sobre a medicalização social tem sido um discurso exterior ao cuidado profissional e à biomedicina. Criticando a iatrogenia cultural e a geração de dependência, como em Illich²¹; analisando o controle político das populações e dos corpos, como em Foucault^{36,37}; analisando o seu

processo geral na sociedade como em Conrad³⁸, as discussões sobre o processo da medicalização social permanecem um tanto exteriores às práticas de cuidado profissionais. O processo em si não é bom nem ruim – isso depende de cada circunstância e de cada caso³⁸. Mas seus excessos ocorrem tão abundantemente que há uma tendência a vê-lo, no geral, identificado com o seu excesso, quando, então, se torna danoso e indesejável. É verdade que ele tem “motores” poderosos, econômicos, políticos e comerciais, que influenciam, sobremaneira, o mundo contemporâneo, as práticas profissionais e a própria produção dos saberes científicos^{7,15}. A medicalização social, no entanto, tem também íntima relação com a prevenção quaternária, uma vez que aquela tende a fazer proliferar intervenções médicas e sanitárias além do necessário, as quais podem gerar danos significativos. Dado que o saber e as tecnologias médicas têm forte tendência medicalizante e seu papel social e cultural é relativamente poderoso, a ação profissional no processo de medicalização não é desprezível²⁷. A prevenção quaternária aborda exatamente o mesmo fenômeno, mas não pelo viés analítico, crítico ou teórico, e sim a partir de dentro da atividade cuidadora biomédica, portanto, como objeto da ação profissional, como orientação e critérios a serem instituídos para a ação, ou reforma dessa ação.

Trata-se de uma resposta prática de parcela dos profissionais médicos que estão em posição de perceber a necessidade de conter os excessos da medicalização. Tal parcela é constituída pelos médicos da APS – na Europa e outros países ricos, os médicos de família e comunidade (MFC) – que se propõem a cuidar ao longo do tempo de um grupo de pessoas, quaisquer que sejam seus problemas de saúde-doença. Esses profissionais podem, portanto, observar no seu cotidiano os efeitos danosos da medicalização excessiva, no imaginário, nos valores, nos medos e crenças dos usuários, assim como os danos clínicos derivados das suas próprias intervenções e das dos demais profissionais (devemos lembrar que em muitos países da Europa as MFC trabalham comumente décadas cuidando dos mesmos pacientes).

A medicalização gera situações complexas, que exigem atenção, esforço e ponderação. Ela hipertrofia crenças e medos diferenciadamente

nas pessoas, bem como hipotrofia valores, saberes e poderes também de forma diferencial, com os quais os profissionais de saúde precisam lidar cotidianamente no exercício do cuidado, pacientemente, artesanalmente, de forma perseverante, para o que a longitudinalidade, o centramento do cuidado na pessoa (e não na doença)^{9,25} e o uso do tempo como aliado, com base no uso criterioso da “demora permitida” ou *watchful waiting* (“observação assistida”), são estratégias fundamentais¹⁸.

A degradação, a comum pouca qualificação técnica e a desumanização da prática médica na APS (e em outros ambientes) fizeram com que muitas vezes os profissionais médicos “se livrassem” dos doentes por meio de pedidos de exames complementares e da prescrição de sintomáticos, de forma pouco justificada, o que ocorre ainda hoje. Ao longo das décadas, isso gerou, associado com a mídia e a crença na objetivação e cura / prevenção dos problemas via tecnologias duras, o aprendizado de uma postura medicalizada por parte dos usuários, que muitas vezes pressionam os serviços e profissionais solicitando mais procedimentos, mais especialistas, mais exames, mais remédios, muitas vezes desnecessários.

Se a humanização do cuidado exige que se preste atenção nos usuários e nos seus universos simbólicos, crenças, preocupações e medos, por outro lado a prevenção quaternária vai impor um criterioso conjunto de preceitos técnicos e éticos, norteados pelo “primeiro não prejudicar”. Isso, por vezes, significa o exercício parcimonioso e compartilhado de uma ética da negativa (em que não se faz o que não é necessário fazer), mesmo que ela comumente signifique trabalho adicional. Tal trabalho caminha na direção de um processo de ressignificação, construção de parceria, confiança e negociação de planos comuns de manejo das ansiedades e problemas de forma satisfatória para ambos, profissionais e usuários, de forma que nem o usuário seja completamente satisfeito se tiver demandas excessivamente medicalizadas e potencialmente danosas a ele mesmo, nem saia frustrado a ponto de romper o vínculo com o profissional se esse não fizer o que ele espera.

Tal arte exige grande dose de habilidade de comunicação, empatia, presença de espírito e troca afetiva, de modo a fazer uma “operação sim-

bólica” de reorientação das ansiedades e crenças, acalmando os medos e reorientando as demandas excessivamente medicalizadas, do tipo “quanto mais exames e mais remédios melhor”, na direção de uma relação de maior confiança no terapeuta e sua *expertise* do que na tecnologia dura. Este tipo de (re)humanização “desmedicalizante” só pode ser feita conjuntamente com os usuários numa relação sincera e solidária de parceria no cuidado, em que o fluxo de emoções e comunicações seja o mais livre possível, ao longo do tempo e dos encontros sucessivos, para o que, reiteramos, a longitudinalidade da APS é essencial. A prevenção quaternária implica exercitar uma clínica ética e tecnicamente muito qualificada.

Em áreas específicas, em que a medicalização social é fortemente excessiva, como na saúde mental, a prevenção quaternária implica desafios adicionais, já que os saberes biomédicos e psiquiátricos instituídos tendem a medicalizar, alienar e cronificar sofrimentos e sintomas diversos, transformando conflitos e dificuldades sociais, existenciais e psicológicas em doenças ou transtornos, cujo tratamento comumente apenas farmacológico resume-se ao combate / redução dos sintomas, com uma aura de tratamento eficaz que vem gerando uma verdadeira epidemia de uso de psicotrópicos. De forma curiosa, é justamente nessa área do cuidado que os vínculos e vivências são, em particular, poderosos terapeuticamente. Nesse campo, a prevenção quaternária implica um afastamento crítico da abordagem biomédica-psiquiátrica, medicalizante de forma excessiva, e uma aproximação do movimento da reforma psiquiátrica e sua abordagem psicossocial, que propõe um leque amplo de abordagens teóricas e terapêuticas, cuidados e experiências, ao mesmo tempo curativas e promotoras de saúde, nas quais os psicotrópicos são apenas mais um recurso de cuidado e não o principal, buscando a reconstrução das subjetividades e a superação dos sofrimentos de uma forma mais participativa, menos estigmatizante e menos alienada. Nesse sentido, há mesmo uma identificação de humanização do cuidado em saúde mental com a prevenção quaternária e a atenção psicossocial³⁹, embora haja pouca discussão desse tema na literatura das MFC sobre prevenção quaternária.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E TERAPIAS COMPLEMENTARES

Se procedimentos diagnósticos e terapêuticos biomédicos comumente geram riscos e danos, há que se considerar se não há outras tradições de cura, saberes e técnicas que possam contribuir no cuidado, com menores riscos e danos e de forma humanizada. Apesar de a avaliação científica desse universo incluído nas MAC (Medicinas Alternativas e Complementares) ou PIC (Práticas Integrativas e Complementares, no jargão governamental brasileiro) ser ainda limitada a algumas técnicas e recursos, há forte movimento social difuso, há algumas décadas, nos países ricos e nas camadas médias brasileiras, de procura por terapias complementares, entre as quais as mais conhecidas são a homeopatia e a acupuntura. Poderiam as MAC contribuir na prevenção quaternária e na humanização? Nossa resposta preliminar é ‘sim’.

Apesar de alguma resistência entre as MFC (veja-se, por exemplo, Kuehlein, et al⁴⁰), há consenso sobre a APS ser o local natural de presença das MAC nos sistemas de saúde universais⁹. Elas têm sido consideradas pelos profissionais como complementares ao cuidado convencional biomédico, mas para muitas situações comuns na APS (sofrimentos e adoecimentos desorganizados, crônicos e/ou complexos, de difícil enquadramento ou solução pelas tecnologias biomédicas) as MAC podem oferecer abordagens e cuidados adequados, eticamente defensáveis e empiricamente efetivos (na experiência de seus praticantes e usuários). Além de serem procuradas pelas pessoas devido aos problemas e insatisfações vividas com a biomedicina, há virtudes relevantes nessas abordagens, como tendência a uma melhor relação terapeuta-paciente, abordagem mais holística, maior consideração de aspectos psicossociais e espirituais, estímulo aos mecanismos de autocura e à participação e corresponsabilização dos doentes, assim como valorização de técnicas de promoção da saúde⁴¹.

Desde os clássicos estudos antropológicos sobre as formas de cura em civilizações exóticas, sabe-se que as interações envolvidas nos processos de cuidado podem ter forte poder de mobilização dos mecanismos de cura dos doentes, a

que se denominou “eficácia simbólica”. Ela é reconhecida pela biomedicina por meio da potência do efeito placebo. Todavia, a tradição médica não explorou esse potencial, ao contrário⁴. As MAC e particularmente as racionalidades médicas vitalistas (sistemas complexos de cura, como a homeopatia, a medicina chinesa e a ayurvédica) tendem a explorar a eficácia simbólica, além e associadas às suas múltiplas técnicas de cuidado específico. Como várias dessas técnicas são relativamente seguras, não haveria porque não explorá-las na APS para melhor humanização e cuidado das pessoas. Muitas delas auxiliam na ressignificação de adoecimentos, problemas e situações existenciais, e isso na APS é relevante e necessário, já que está envolvido no cuidado longitudinal, especialmente dos pacientes crônicos, e nos adoecimentos mais comuns e recorrentes. Assim, apesar de ainda pouco presentes nos serviços de APS brasileiros e pouco abordadas no am-

biente científico, as MAC têm suscitado crescente interesse em usuários e profissionais, em instituições de pesquisa, ensino e cuidado no mundo⁵. As MAC ou PIC podem ser uma fonte de recursos a facilitar a prevenção quaternária e a humanização dos serviços, já que implicam a consideração de diferentes saberes e perspectivas, abrindo uma ampla gama de possibilidades de cuidado além dos recursos habituais biomédicos. Elas podem se constituir em alternativas justificáveis nas comuns situações em que intervenções biomédicas ou mais delas significam riscos adicionais e poucos benefícios potenciais.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo subsídio financeiro para a pesquisa da qual esse artigo é derivado (processo n. 311193/2010-2).

REFERÊNCIAS

1. Mckeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1976.
2. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Rev Saúde Colet.* 1997;7(1):13-43.
4. Tesser CD. Três considerações sobre a “má medicina”. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(31):273-86.
5. World Health Organization. The world medicines situation 2011 – traditional medicines: global situation, issues and challenges. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2011 [acesso 4 Jun 2012]. Disponível em: http://www.who.int/nha/docs/world_medicine_situation.pdf
6. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med.* 1988;318(7):414-8.
7. Angel MA. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2a ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
8. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
9. McWhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
11. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciêns Saúde Colet.* 2009;14(3):753-62.
12. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciêns Saúde Colet.* 2008;13(5):1385-97.
13. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO / Ministério da Saúde; 2002.
14. Jamouille M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 205-11.
15. Miguelote VRS, Camargo Jr KR. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):190-6.
16. Moynihan R, Smith R. Too much Medicine? *BMJ.* 2002;324(7342):859-60.
17. Moynihan R. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ.* 2012;344:e3502.
18. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):2012-20.

19. Poli Neto P, Caponi SNC. A medicalização da beleza. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007;11(23):569-84.
20. Bentzen N, editor. *WONCA Dictionary of General/Family Practice.* Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
21. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* 4a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
22. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA.* 2000;284(4):483-5.
23. Nogueira RP. *A saúde pelo avesso.* Natal: Seminare Editora; 2003.
24. Gray JAM. New concepts in screening. *Br J Gen Pract.* 2004;54(501):292-8.
25. Stewart M, et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.* Porto Alegre: Artmed; 2010.
26. Sackett D. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ.* 2002;167(4):363-4.
27. Tesser CD, organizador. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS.* São Paulo: Hucitec; 2010.
28. Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.* São Paulo: Hucitec; 2008.
29. Raffle A, Gray M. *Screening evidence and practice.* Oxford: Oxford University Press; 2007.
30. Welch GH. *Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why.* Berkeley: University of California Press; 2004.
31. Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc).* 2002;118:65-7.
32. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Boston (MA): Beacon Press; 2011.
33. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008;372(9654):1997-9.
34. 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.
35. Camargo Jr KR. Medicalização: um quadro de referência. In: Pinheiro R, Silva Jr AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ / ABRASCO; 2010. p. 209-16.
36. Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal; 1988. v. 1.
37. Foucault M. *Microfísica do poder.* 18a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
38. Conrad P. *The medicalization of society.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
39. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.
40. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. *Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral* [acesso 3 Jun 2012]. Disponível em: http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf
41. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1732-42.