**DA PREVENÇÃO PRIMORDIAL À PREVENÇÃO QUATERNÁRIA**

LÚCIO MENESES DE ALMEIDA

O autor descreve sucintamente os vários níveis de prevenção em saúde, incluindo o mais recente: a prevenção quaternária. Este quinto nível de prevenção visa detectar indivíduos em risco de sobre tratamento (overmedicalisation), por forma a protegê-los do intervencionismo médico inapropriado, além de visar capacitar os usuários enquanto consumidores de cuidados de saúde. A pertinência da prevenção quaternária resulta dos custos crescentes em saúde nos últimos quarenta anos, decorrentes quer do envelhecimento da população, quer da inovação tecnológica hospitalar. O autor aborda ainda o «marketing do medo», que consiste na subestimação de situações patológicas na população em geral, bem como na «medicalização» de fatores de risco, visando alargar o mercado dos consumidores de saúde e, consequentemente, o mercado farmacêutico.

**Introdução**

A medicina é tão antiga como a própria humanidade, já que desde sempre a doença e os acidentes acompanharam o homem: de facto, e segundo o autor clássico Plínio, «houve povos sem médicos, mas nunca houve povos sem medicina» (Sousa, 1981). Na Grécia antiga, berço da civilização ocidental, a prática da medicina assentava, primariamente, na promoção de estilos de vida saudáveis — nomeadamente através da «dietética». Considerava-se que os estados patológicos resultavam do desequilíbrio entre as causas da doença e as forças curativas da natureza: assim, a função do médico na Grécia antiga era auxiliar estas forças curativas a restabelecerem o estado fisiológico (saúde), promovendo as condições favoráveis para tal e abstendo-se de realizar ações intempestivas ou inadequadas (Sousa, 1981).

Com o advento do cristianismo foram criados os primeiros hospitais — instituições devotadas ao cuidado dos enfermos mais desfavorecidos —, estando frequentemente associados a mosteiros e igrejas. Muitas vezes, a capacidade dos hospitais medievais não excedia a dúzia de camas e o seu corpo «clínico» era composto por um par de religiosos (Porter, 1996).

Desde a Idade Média até à atualidade, os hospitais passaram de instituições caritativas dedicadas aos pobres e indigentes para instituições prestadoras de cuidados de saúde de ponta da globalidade da população, assumindo-se, igualmente, como centros de investigação médica (Porter, 1996).

Nos últimos quarenta anos temos vindo a assistir nos países industrializados a uma «explosão de custos» no sector da saúde atribuível não só ao envelhecimento da população, mas também à inovação tecnológica hospitalar, à alteração da estrutura familiar (institucionalização dos idosos) e às maiores expectativas das populações face à saúde — traduzidas pela exigência de mais e melhores cuidados de saúde (Clewer e Perkins, 1998).

Se a finalidade da medicina preventiva é melhorar a saúde dos indivíduos assintomáticos, também é um fato que o número de situações ou doenças rastreáveis tem vindo a aumentar, ao ponto de se falar numa «epidemia de riscos»; desta forma, muitos autores referem a «medicalização» da sociedade como «efeito adverso» da medicina preventiva (Verweij, 1999).

Segundo a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Otava (Canadá) em 1986 sob os auspícios da OMS, a saúde, mais do que um objetivo de vida, é um recurso do dia a dia. A responsabilidade da promoção da saúde é comum a todos os setores da sociedade, através da capacitação (empowerment) dos indivíduos e das comunidades, da criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais (pela educação para a saúde).

Os progressos no conhecimento do genoma humano e os avanços da engenharia genética abriram, em finais do século XX, uma nova perspectiva à medicina humana: a medicina preditiva. Esta permite conhecer, para cada indivíduo e muito precocemente, os fatores de risco (genômicas) que poderão ameaçar a sua vida. Enquanto a medicina preventiva terá tido como consequência negativa a «medicalização» da sociedade, a medicina preditiva poderá resultar na estratificação da sociedade em «geneticamente aptos» e «geneticamente inaptos». Desta forma, os desafios éticos e morais da medicina preditiva — mas também os seus ganhos potenciais — superam em muito os da medicina preventiva.

Neste artigo são descritos sumariamente os vários níveis de prevenção em saúde, bem como as suas implicações em saúde pública. É dada especial relevância a um nível de prevenção recentemente descrito e que é, simultaneamente, o nível mais elevado de prevenção em saúde: a prevenção quaternária.

**Níveis de prevenção em saúde**

Até há pouco tempo considerava-se que existiam quatro níveis de prevenção em saúde: a prevenção primordial e as «clássicas» prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primordial, estreitamente associada às doenças crônico-degenerativas, visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença. Deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico. Assim, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde confundem-se, sendo — no entanto — complementares. Enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersetoriais, a saúde e o bem-estar geral (Czeresnia, 1999).

O nível primordial de prevenção tem um impacto notável em saúde pública. Assim, e por exemplo, no que diz respeito à prática regular do exercício físico, esta é, isoladamente, uma das atividades promotoras de saúde mais importantes, à semelhança da dieta — dois terços das mortes anuais nos EUA correspondem a doenças relacionadas com a alimentação. A prevenção primária inclui o conjunto das atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico. Inclui a imunização, que visa aumentar a resistência do hospedeiro a um determinado microrganismo.

Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controlo dos fatores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população (Alwan, 1997).

A prevenção secundária tem como finalidade a detecção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução — isto pressupõe, entre outros, o conhecimento da história natural da doença e a existência de um período de detecção precoce (incluído no período pré-clínico) suficientemente longo.

É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios e os achados de caso: ambos visam identificar indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos relativamente à situação em estudo. Note-se que, enquanto um rastreio (screening) tem um âmbito comunitário, o achado de caso diz respeito a indivíduos sob cuidados médicos. Por outro lado, nos achados de caso, geralmente, a iniciativa é individual, e não dos serviços de saúde — excetuam-se os «achados de caso ativos», em que a iniciativa da procura dos casos é dos serviços de saúde ou dos seus profissionais (Last, 1995).

De um modo geral, o rastreio aplica-se a doenças crónicas e que progridem para estádios progressivamente mais graves a não ser que sejam tratadas, sendo que a sua finalidade é reduzir a mortalidade ou a morbidade por uma determinada doença no grupo rastreado (Morrison, 1998).

Já o achado de caso consiste numa detecção oportunista da doença ou seus fatores de risco em indivíduos que consultam o seu médico por outros problemas (Fowler e Gray, 1983) — aplica-se, por exemplo, àqueles indivíduos que são sujeitos a rotinas pré-operatórias no decurso de cirurgias eletivas (Jekel, Elmore e Katz, 1999).

Já a prevenção terciária tem como finalidade reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos.

Atendendo à associação entre incapacidade e doença crónica (Barker, 1998), a prevenção terciária implica o tratamento e controlo das doenças crónicas. Assim, o nível terciário de prevenção corresponde, basicamente, à «gestão» dos estados de doença (Fowler e Gray, 1983).

Esses níveis de prevenção são desenvolvidos dentro da Atenção Básica. A Atenção Básica se caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS  universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

**Prevenção quaternária: curar ou prejudicar?**

A prática da medicina clínica resulta do equilíbrio entre a «gestão da incerteza» diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos. Ao contrário do direito, em que «mais vale soltar um criminoso do que prender um inocente», na medicina clínica é preferível «tratar» um são a não tratar um doente — daí verificar-se, muitas vezes, um excesso de intervencionismo médico (curativo ou preventivo).

A prevenção quaternária visa «evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico» associado a atos médicos desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhes a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos (Gérvas e Férnandez, 2003).

Este nível mais elevado de prevenção em saúde consiste na «detecção de indivíduos em risco de sobre tratamento (overmedicalisation) para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis» (Jamoulle, 2000).

Alguns autores consideram que a prevenção quaternária é sinónima de «prevenção do sofrimento», correspondendo à 4.a e última fase de controle do câncer: a 1.a fase corresponde à prevenção primária, a 2.a fase corresponde à detecção e tratamento precoce das lesões neoplásicas (prevenção secundária) e a 3.a fase corresponde ao tratamento, reabilitação e melhoria da sobrevida dos doentes cancerosos (prevenção terciária) (MacDonald, 1991).

Assim, a prevenção quaternária em oncologia enquadra-se nos cuidados paliativos, cuja finalidade é a Prevenção em saúde melhoria da qualidade de vida dos doentes, prevenindo e aliviando o sofrimento dos próprios e dos seus familiares (OMS, 2002), mediante a detecção e tratamento (o mais precoce possível) dos sintomas relacionados com o cancro. À medida que a doença progride e a possibilidade de prolongar a vida se vai tornando menor, os cuidados de saúde devem reorientar-se no sentido de proporcionarem progressivamente mais conforto e qualidade de vida — trata-se de uma abordagem integrada, traduzida por uma continuidade de cuidados, em que os cuidados paliativos se iniciam mesmo antes dos cuidados curativos e das terapêuticas que visam prolongar a vida se tornarem ineficazes (MacDonald, 1998; Byock, 2000).

Aparentemente, estamos perante uma perspectiva divergente da anterior (prevenção da iatrogenia); no entanto, ao reorientarem-se os cuidados de saúde no sentido de proporcionarem uma melhor qualidade de vida aos doentes incuráveis, previnem-se as intervenções médicas desnecessárias ou inapropriadas — porque de benefício duvidoso ou de risco desproporcionalmente elevado.

A prevenção quaternária em cuidados paliativos diz respeito não só à prevenção e tratamento da dor (uma vez já estabelecida), mas também à prevenção e tratamento de outros sintomas e sinais, como os estados emocionais alterados e a desnutrição, bem como o sofrimento psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

De qualquer das formas, a prevenção quaternária passa pela «análise das decisões clínicas» — estratégia que visa a melhoria da qualidade (e racionalidade económica) do ato médico. Para tal deve apoiar-se na epidemiologia clínica e na medicina baseada na «evidência».

Alguns autores têm chamado a atenção para o alegado «patrocínio» da doença pela indústria farmacêutica: através de campanhas dirigidas para o público em geral, a indústria farmacêutica pretenderia «vender» a doença para chamar a atenção para as terapêuticas mais recentes. A estratégia usada seria o marketing do medo, que se traduz pela sob estimação de situações clínicas e fatores de risco na população e pela «medicalização» de situações fisiológicas (Moynihan, Heath e Henry, 2002).

**Conclusões**

A prevenção quaternária, o nível mais elevado de prevenção em saúde, pretende evitar o excesso de intervencionismo médico através da detecção de indivíduos em risco de sobre tratamento — trata-se, pois, da prevenção da iatrogenia. Isto implica não só a prescrição criteriosa e economicamente racional de métodos diagnósticos e terapêuticos pelos clínicos, mas também a capacitação dos usuários/consumidores de cuidados de saúde, visando a procura apropriada dos cuidados de saúde e o conhecimento das vantagens e inconvenientes dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

A análise das decisões clínicas, a epidemiologia clínica e a medicina baseada na prova (ou na «evidência») são alguns dos instrumentos que poderão auxiliar os clínicos na tomada de decisões — quer em termos diagnósticos e terapêuticos, quer em termos de racionalidade económica.

O nível quaternário de prevenção assenta em dois princípios fundamentais: o princípio da precaução e o princípio da proporcionalidade. Através da aplicação destes princípios na prática clínica pretende-se curar sem causar dano, além da promoção de uma utilização mais criteriosa dos recursos em saúde.

A prevenção quaternária implica o respeito pela autonomia do utente, o que pressupõe a possibilidade de este aceitar ou rejeitar opções terapêuticas ou preventivas (uma vez devidamente informados), bem como o direito de não ser confrontado com «rastreios» oportunistas, não relacionados com o motivo que o levou a consultar o seu clínico (Getz, Sigurdsson e Hetlevik, 2003).



