

# Prevenção quaternária e medicinas complementares no cuidado e na prevenção

Charles Dalcanale Tesser  
Departamento de Saúde Pública  
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil  
Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, Portugal

## Capítulo 2

### Prevenção quaternária na prevenção: conceitos e ideias básicas

Introdução .....	1
Prevenção é diferente de cuidado ao adoecimento .....	11
Prevenção redutiva e aditiva: grandes diferenças .....	29
Estratégias preventivas populacional e de alto risco .....	35
Valorizar diferencialmente as evidências e privilegiar as POEM .....	51
A medicina baseada em evidências é pouco confiável.....	56
Tem havido comum excesso de prevenção aditiva .....	58
Considerações finais: reabilitar o cuidado e a prevenção redutiva .....	62
Referências bibliográficas .....	66

*“Quanto mais as pessoas estão expostas no mundo contemporâneos a cuidados de saúde, mais doentes se sentem”*

*“Mais dinheiro pode ser obtido com a venda de intervenções de saúde para a maioria saudável do que para a minoria doente”*

*“... temos de mudar o nosso compromisso com os nossos pacientes mais para o presente de suas vidas..., ao fazê-lo, podemos ter esperança de ... um futuro melhor” (Heath, 2005:955)*

### Introdução

As condutas preventivas sempre existiram e acompanharam a história das práticas de cuidado à saúde e ao adoecimento nas sociedades, incluindo a medicina ocidental contemporânea ou biomedicina. Mas o que hoje chamamos

de medicina preventiva<sup>1</sup> iniciou-se na primeira metade do século XX, ganhando maior corpo na segunda metade. Ela foi interpretada por Arouca (2003) como um movimento de construção de uma atitude preventiva a ser inculcada nos profissionais médicos, então acusados de curativistas, centrados em diagnose das doenças. O lastro teórico fundamental desse movimento foi o modelo da história natural da doença<sup>2</sup> (Leavell e Clark, 1976), construído a partir de um ideário em que o adoecimento nasceria de três fatores principais em interação: o agente etiológico, o hospedeiro e o “meio ambiente”. Os dois primeiros foram herdados da concepção unicausal derivada das doenças infecciosas do fim do século XIX e início do século XX, hoje amplamente ultrapassada mas nem por isso menos influente (Almeida, 2002). Sob a etiqueta de “meio ambiente” ficaram concentrados, misturados e naturalizados todos os fatores, variáveis e influências sociais, culturais, econômicos, ambientais, etc.<sup>3</sup>

Foram definidos a partir daí vários tipos ou níveis de prevenção. A prevenção primordial é a evitação da emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabe contribuir para um risco acrescido de doença (Almeida, 2005). A prevenção primária são ações que evitam o aparecimento da doença, que podem ser de tipo específico, dirigidas a determinada doença, ou inespecíficas, classificadas por Leavell e Clark (1976) como ações de promoção da saúde - tipicamente ações educativas etc. A prevenção secundária são ações: a) que identificam precocemente o adoecimento, alterando seu horizonte clínico (aumentando a capacidade profissional ou leiga de perceber a doença), de que os exemplos mais populares e praticados são

---

<sup>1</sup> Não confundir com a prevenção na saúde pública, que teve início muito antes e grande importância durante os séculos XVIII e XIX, com um auge no meio do século XIX com o nascimento da chamada medicina social na Europa, sobretudo Alemanha, Inglaterra e França (Rosen, 1979).

<sup>2</sup> Hoje, embora muito utilizado na maioria das especialidades médicas, tal modelo está amplamente em cheque, uma vez que não consegue mais dar suporte e interpretação para um progressivo acervo de achados que o questionam. Por exemplo, ver sua aplicação problemática ao caso do câncer de mama sintetizado em Tesser e Campos (2015).

<sup>3</sup> A “história natural das doenças” é um conceito relativo que não deveria generalizar-se para além de algumas enfermidades infecciosas, pois foi desenvolvido no século XIX em torno das mesmas. Sua realidade é duvidosa inclusive em muitos processos infecciosos (gripe, leishmaniose, tuberculose, dengue ou lepra) e também no lupus eritematoso, esquizofrenia, diabetes, hérnia de disco lombar, demência, depressão e câncer de mama (Gérvás J, Pérez Fernández, 2006). São cada vez mais numerosos os exemplos de doenças, anormalidades e disfunções diagnosticáveis por métodos sofisticados progressivamente mais sensíveis, e com pouca ou nenhuma correlação com sintomas clínicos ou desfechos mórbidos, ou seja, doenças cuja ‘história natural’ não é conhecida, ou talvez simplesmente não exista, ou talvez não seja bem explicada pelos modelos biomédicos. Autores tem chamado a esse fenômeno de ‘reservatório de doenças (Welch, 2004), ou pseudo-doenças (Welch e Black, 2010). Talvez o conceito seja muito precário em muitas situações, simplesmente.

os rastreamentos ou rastreios (*screenings*); b) ou que antecipam e melhoram a qualidade do tratamento, evitando lesões e sequelas e abreviando a intensidade e o tempo do adoecimento (Leavell e Clarck, 1976). A prevenção terciária são ações após o estabelecimento da lesão patológica voltadas para a reabilitação e ressocialização, evitando consequências da lesão ou disfunção já instalada. E por fim a prevenção quaternária, muito mais recente, tomada aqui na definição proposta pelos médicos gerais de família e comunidade<sup>4</sup>: ações de identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção de novas intervenções desnecessárias, propondo medidas eticamente aceitáveis (Bentzen, 2003; Jamouille e Gusso, 2012; Jamouille, 2014, 2015).

A prevenção quaternária aplica-se, portanto, a todas as áreas da atividade clínica e sanitária, inclusive aos outros tipos de prevenção, e diz respeito especificamente a necessária autocontenção da atividade clínica e sanitária curativa e preventiva, hoje sabidamente também um risco potencial significativo para a saúde (Starfield, 2000). Sistematizar e articular alguns conceitos e idéias necessários para o manejo da prevenção na clínica e na saúde pública, um manejo agora recheado de prevenção quaternária, é o objetivo desse capítulo.

Uma característica problemática evidente da conceituação desse níveis ou tipos de ações preventivas é sua imprecisão: eles se confundem facilmente, na prática, com atividades de cura. Ao curar uma pessoa em tempo hábil ou precocemente, previne-se, supostamente, complicações, sofrimento adicional e ou sua morte precoce. Todavia, mesmo sem uma teoria ou definição precisa e satisfatória, a prevenção foi sendo considerada cada vez mais necessária nas práticas biomédicas, a partir da transição epidemiológica do século XX, com a proeminência das doenças crônicas, gerando o que Arouca (2003), escrevendo em 1975, chamou de movimento da medicina preventiva.

Tal movimento, se caracterizava por três premissas com as quais a maior parte dos autores anteriores e daquela época concordava: 1- ela é enfocada sobre o indivíduo e a família; 2 - se dá ao nível da prática diária dos médicos; 3 - “representa uma grande transformação na prática médica atual e

---

<sup>4</sup> Algumas outras definições com outros sentidos existem para prevenção quaternária, que não tematizaremos aqui, cuja síntese pode ser encontrada em Starfield et al. (2008).

está baseada no desenvolvimento, por parte do médico, de uma nova atitude” (Arouca, 2003, p.12).

Considerado pelo autor, naquela época, um movimento relativamente frustrado ou pelo menos muito restrito, agora, após a virada para o século XX, ele parece ter se tornado significativamente exitoso. Avançou grandemente a incorporação de ações preventivas na prática médica, notadamente a partir do desenvolvimento de tratamentos preventivos farmacológicos para situações de grande morbi-mortalidade, cujo exemplo mais famoso talvez seja o uso de estatinas para a redução dos níveis de colesterol (Angel, 2007; Gérvas, 2015). Apesar da ausência de teoria e conceitos bem definidos, ou mesmo facilitada por isso, houve uma grande penetração e infiltração da prevenção na atividade clínica (Starfield et al. 2008).

Provavelmente, os limites terapêuticos da biomedicina nas doenças crônicas, associados aos custos crescentes da mesma (Mckee, 2002) e também a mudanças sociais e culturais sintetizadas por Barski (1988) como constituintes de um paradoxo da saúde, facilitaram e prepararam o terreno para a emergência desse giro preventivo na biomedicina. Barski (1988) denominou de ‘paradoxo da saúde’ à situação em que, embora objetivamente a saúde tenha melhorado nos países de alta renda nas últimas décadas, subjetivamente as pessoas sentem-se mais ‘doentes’. Destacou quatro razões para essa discrepância: 1) a redução da mortalidade por doenças infecciosas resultou, comparativamente, no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; 2) houve um despertar da consciência com relação à saúde, com um maior auto-escrutinamento, amplificando a consciência corporal para sintomas e sentimentos de enfermidade e ou mal-estar; 3) a disseminada comercialização da saúde e um crescente foco sobre questões de saúde na mídia criaram uma atmosfera de apreensão, alarme e insegurança sobre doenças e fatores de risco; 4) a progressiva medicalização da vida diária trouxe expectativas irreais de cura/prevenção, fazendo com que enfermidades intratáveis, riscos e mal-estares pareçam ainda piores. Esta última, ampliou-se e transformou-se em uma biomedicalização progressiva (Clarke et al, 2010) da cultura, da vida, dos cuidados e dos riscos, com acentuada comercialização e medicalização de aspectos e dificuldades da vida e dos riscos, convertendo potencialmente todas as pessoas em pacientes (Skrabanek, 1994).

A biomedicalização e o manejo da prevenção e tratamento dos riscos individuais isolados como se fossem doenças crônicas operam no interior de uma indústria cultural em que há uma busca obsessiva pela saúde presente e futura, tornada moda, valor e obrigação moral. Ela pressiona os cidadãos a submeterem-se aos saberes biomédicos atrelados ao consumo de produtos, serviços e tecnologias, além de responsabilizá-lo por mudanças comportamentais (comumente muito difíceis ou mesmo inviáveis) (Skrabaneck, 1994; Nogueira, 2001, 2003; Castiel et al, 2010; Rose, 2010).

Nesse contexto, os aspectos operativos da medicina preventiva foram viabilizados e impulsionados pelo grande desenvolvimento das metodologias de investigação e produção de saber centradas na noção de risco (Ayres, 2011), notadamente a chamada epidemiologia clínica ou medicina baseada em evidências. Esta desviou grandemente a prevenção para as intervenções sobre os indivíduos e seus riscos. No dizer de Ayres (1997, p. 236), houve um intenso “predomínio do individual sobre o coletivo, do técnico sobre o político, do natural sobre o social, do médico-assistencial sobre o médico-sanitário, do privado sobre o público”.

A identificação e tratamento de fatores de risco como parte da prevenção deu início a uma nova era na saúde pública, desviando-a para a intervenção individual. O conceito de “doença” vem se modificando ao longo do tempo, com rebaixamento dos limiares para designação de “doença”. Além disso, fatores de risco estão sendo considerados equivalentes a doenças (em geral, doenças crônicas). Nesse processo, a diferença entre prevenção e cura está se tornando cada vez mais apagada (Starfield et al, 2008) e a prevenção amplia progressivamente seu espaço na prática clínica biomédica.

Com o borramento da distinção prevenção-cura, a geração de pseudo-doenças e “pré-doenças” e a medicalização dos riscos, criam-se demandas clínicas preventivas e terapêuticas para os sistemas nacionais de saúde e as práticas dos médicos em todos os ambientes, mas sobretudo na atenção primária à saúde (APS), em grande parte antes não consideradas problemas médicos e talvez na sua maioria desconectadas do adoecimento sentido dos usuários. Além disso, ações preventivas vem sendo indicadas sem fundamento adequado, podendo gerar danos, acumulando-se nas práticas profissionais (Gérvás et al, 2008).

A prática médica no século XXI vem mudando sua postura, anteriormente criticada como curativista, incorporando amplamente atitudes e ações preventivistas. Jamais se praticaram tão disseminadamente tantas intervenções preventivas individuais a partir de decisões clínicas de médicos, inclusive de médicos de família e comunidade (MFC) na APS dos sistemas nacionais de saúde. As pautas preventivas invadem os saberes e as práticas médicas, bem como as diretrizes clínicas, as normativas e regulamentações institucionais (Gérvas, 2006).

Na produção dos saberes biomédicos, as manobras de rebaixamento de pontos de corte para diagnósticos de risco aumentado vem intensificado e legitimando esse processo. A expansão do número de fatores de risco expande a área de atuação da intervenção preventiva, com expansão no número de situações sob tratamento potencial (Torres, 2002, p.94; Starfield et al, 2008). Concretamente, isso significa a biomedicalização de estados pré-doença e de fatores de risco que vem se tornando regra, com metas cada vez mais rígidas e de difícil alcance - necessitando uso de medicação - para hipertensão, colesterol, osteopenia e obesidade. A consequente comercialização de drogas já existentes para pessoas assintomáticas contribui enormemente para a expansão do mercado dessas drogas, aumenta os custos para a sociedade e os serviços de saúde e pode reduzir a qualidade de vida ao converter pessoas saudáveis em pacientes (Montori et al., 2007).

Como consequência psicológica e cultural, mas também técnica, há progressivamente menos tolerância de usuários dos sistemas de saúde (sadios e doentes) e profissionais para com as oscilações e variações do processo saúde-doença individual, fazendo com que os médicos intervenham mais precocemente. A margem de "normalidade" diminui, os diagnósticos se expandem e indicam mais intervenções. Logo, o intervalo de segurança, a margem entre os benefícios e os riscos, também diminui. Cada vez mais se atende a mais pacientes com maior intensidade de recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos, o que aumenta a probabilidade de dano desnecessário por consequência da atividade sanitária (Gérvas, 2006). Starfield et al. (2008) chegam a afirmar que a prática da medicina e particularmente a prática da "prevenção" na medicina está se movendo para

cada vez mais longe de suas raízes históricas e sociais, do cuidado centrado em “verdadeiros” doentes.

Dentro dessa dinâmica social e técnica biomedicalizada e acirrando o processo, o atrelamento das pesquisas biomédicas e da indústria cultural aos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas e de equipamento e insumos médicos gerou o que vem sendo chamado de “*disease mongering*”, tráfico ou mercantilização de doenças. Trata-se da manipulação da percepção social e individual, leiga e profissional, bem como da produção do saber científico médico-especializado, sobre os limites fluidos entre a saúde e a doença, deslocando esses limites para a ampliação do que pode ser sentido e/ou interpretado e tratado como doença (Moynihan e Henry e 2006; Doran e Hogue, 2014). Tal manipulação, relativamente fácil de operar devido ao caráter em parte convencional do estabelecimento dos pontos de corte no *continuum* de risco e severidade das situações, parâmetros fisiológicos e critérios definidores das doenças, se dá no sentido de ampliar cada vez mais o espectro do patológico, incluindo, de forma subjacente, inclusive, o risco aumentado dentro do patológico. Isso amplia o mercado das empresas farmacêuticas (que financiam as pesquisas), reduz os limites do normal e do baixo risco e desemboca, por fim, na legitimação do tratamento das situações e riscos com fármacos, como se fossem doenças, o que fecha o círculo vicioso que transforma o cidadão em doente. Os exemplos são muitos e incluem: formas leves de depressão e ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), fobia social, transtorno explosivo intermitente, síndrome do intestino irritável, síndrome das pernas inquietas, osteoporose, hipercolesterolemia, pré-diabetes, pré-hipertensão, ejaculação precoce, disfunção erétil, disfunção sexual feminina, menopausa masculina etc (Doran e Hogue, 2014).

Todo o processo cria preocupação injustificada e o uso desnecessário de serviços e tecnologias médicas. Gera desperdício de recursos em situações triviais ou fatores de risco isolados em detrimento do cuidado aos adoecimentos presente e ou mais graves (Freemantle & Hill, 2002; Heath, 2005; Mintzes, 2006; Moynihan, Heath, e Henry, 2002), além de expor os pacientes a riscos desnecessários. O uso excessivo daí derivado de medicamentos e outras tecnologias médicas faz da *disease mongering* um

significativo problema de saúde pública (Buckley, 2004; Moncrieff, Hopker, & Thomas 2005).

Por fim, o ideário preventivista da apologia da necessidade da prevenção individual do século XX foi renovado e intensificado no século XXI com os discursos da promoção da saúde<sup>5</sup>. As práticas preventivistas, cada vez mais confundidas com e inseridas na prática clínica em geral, agora retroalimentam o discurso preventivista/promocional centrado nos indivíduos, e podem estar inclusive prejudicando o acesso aos serviços de saúde dos “verdadeiros” doentes” (Starfield et al, 2008).

Do ponto de vista da equidade isso é eticamente questionável (Heath, 2007), ao privilegiar pessoas saudáveis portadoras de algum marcador de risco (grande parte delas alçadas a condição de doentes pela medicalização dos riscos) em detrimento das pessoas sensivelmente doentes. Tal processo, em pleno vigor, implica em dificuldades adicionais auto-retroalimentadoras para os sistemas nacionais de saúde públicos universais e seus profissionais, especialmente na APS. Ele gera a situação paradoxal de que os sensivelmente doentes padecem muitas vezes de dificuldades de acesso em nome da causa nobre que é a prevenção de doenças futuras em pessoas assintomáticas no presentes mas de risco aumentado (por vezes artificialmente, mas oficialmente aumentado), as quais, acredita-se frequentemente, serão doentes no futuro se não priorizados no presente, que ocupam cada vez maior espaço no cuidado institucional. Os sistemas de saúde e as práticas de cuidado giraram ou estão girando para a prevenção individual baseada em fatores de risco, e assim transferindo recursos dos pobres para ricos, dos doentes para os saudáveis e dos idosos para os jovens (Heath 2007). Starfield et al (2008) questionam se é justificável que consultas de *check up* constituam quase metade de todas as

---

<sup>5</sup> A partir da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, e da Carta de Ottawa, que lançou importante movimento internacional de revalorização da “promoção da saúde” no âmbito da saúde pública, emancipando-a da prevenção primária e transformando-a num discurso guarda-chuva de melhoria da saúde. Neste discurso, em que pesem as disputas e contradições internas ao movimento (que podem ser sintetizadas no embate entre uma corrente de intervenção comportamentalista-individualista - centrada em desenvolvimento de habilidades pessoais - e uma de ação social, cultural e econômica, centrada em determinantes gerais da saúde, produção de políticas públicas saudáveis, ambientes saudáveis, cidades saudáveis etc), pretendeu-se subverter a hierarquia prévia e valorizar a promoção como um objetivo prioritário, ao qual estariam submetidas as ações preventivas específicas de vários tipos. Na prática, no geral, a prevenção foi misturada e confundida com a promoção e foi reforçada a apologia de sua necessidade, agora aperfeiçoada e transfigurada como uma parte da promoção da saúde.

visitas aos serviços de saúde nos Estados Unidos, onde muitas pessoas carecem de cuidados médicos.

Heath (2013, p.2) destaca quatro implicações éticas graves do sobrediagnóstico e sobretratamento, que talvez sejam em grande medida extensíveis ao preventivismo em geral, e certamente o são para as manobras de reclassificação diagnóstica que incluem pessoas antes consideradas sadias, bem como as 'invenções diagnósticas' da *disease mongering*: "O primeiro é a extensão dos danos a muitos indivíduos, causado pela etiquetagem de ser rotulado como sendo de risco ou com uma doença, inteiramente baseado em números ou outras investigações desnecessárias, que podem gerar medo e minar a saúde e bem-estar. A segunda envolve a direta relação entre sobrediagnóstico e subdiagnóstico, porque sempre que um diagnóstico é alargado, a atenção e os recursos são redirecionados inevitavelmente e afastam-se da maioria dos doentes mais severamente afetados. A terceira diz respeito ao seu potencial para tornar os sistemas de saúde com base na solidariedade social inviáveis, por causa dos custos crescentes envolvidos. A quarta é a maneira pela qual a atividade biotécnica envolvida marginaliza e obscurece as causas socioeconômicas dos problemas de saúde".

Adicionalmente, por outro lado, tem sido considerado que mais informações sobre riscos presumidamente aumentam a sensação de controle sobre as vidas e a qualidade de vida das pessoas. Porém, essa informação pode lançar, e amiúde o faz, sombras de dúvida e insegurança sobre essas mesmas pessoas e com isso prejudicar a sua experiência de integridade pessoal, segurança e saúde. Quanto mais iniciativas preventivas enfatizam o risco e instruem as pessoas sobre as muitas maneiras pelas quais é possível morrer, mais incerto e temível o futuro pode parecer as pessoas (Heath, 2005). Quando os profissionais de saúde transmitem a noção de risco a seus pacientes podem estar "derramando uma gota de tinta na água cristalina de suas identidades, que poderá não mais ser clareada" (Sweeney, 2005, p. 222). Getz et al. (2003) chamaram a atenção para a nossa limitada compreensão do efeito de ser rotulado como de risco ou alto risco.

Todavia, na maior parte dos guias, textos e diretrizes institucionais para a prática médica e da APS, é notória a ausência de uma elaboração conceitual a respeito da prevenção. Sua abordagem se restringe a uma noção implícita de

que é uma noção auto-explicativa, eviente por si só, e cuja desejabilidade é generalizada, sempre que possível, e quanto mais melhor, ao espírito apologético do movimento da medicina preventiva do século XX.

Visando contribuir para o preenchimento dessa lacuna e para uma mudança nessa situação, abordamos a seguir alguns desdobramentos da prevenção quaternária sobre os demais tipos de atividades preventivas, sobretudo de prevenção primária e secundária. Apresentamos a articulação de idéias conceituais, técnicas e éticas sobre a prevenção, que atravessam tanto a clínica como a saúde pública. Elas facilitam e induzem uma mudança de postura, em profissionais de saúde, sanitaristas e gestores dos sistemas de saúde no sentido de se sair da ingenuidade problemática e em parte iatrogênica do “quanto mais prevenção melhor”. Fundamentam e justificam a necessidade dessa mudança de atitude, sistematizando critérios para uma consideração crítica instrumentalizada da desejabilidade (quando) e do como fazer prevenção (propor aos usuários, recomendar ações preventivas à população, agir institucionalmente para implantar medidas preventivas).

Como contribuição a organização de saberes da prevenção quaternária sobre a prevenção, propomos a adoção e articulação de algumas distinções conceituais fundamentais para a consideração das ações preventivas, a maior parte deles já estabelecidas na literatura científica. Elas podem servir como grade analítica inicial para consideração de qualquer proposta preventiva, e permitem elaborar um ideário “mínimo” para considerar a prevenção, de modo a contribuir para a construção de um posicionamento não ingênuo, prudente e recheado de prevenção quaternária no manejo da prevenção, tanto na clínica individual como nos sistemas de saúde e na saúde pública.

Não se trata de uma nova teorização sobre prevenção, mas antes de idéias que almejam contribuir para algo como uma filosofia orientadora da prática preventiva, orientada pela perspectiva ética e pragmática da prevenção quaternária. Assim, o que segue visa apresentar algumas bases a partir das quais nos aproximemos de uma prevenção prudente para uma vida e uma prática clínica e sanitária decentes (plagiando expressão de Santos [2000]). Nossa hipótese é que essas idéias ajudam a descolonizar o ideário preventivista ingênuo explorado pelos promotores da *disease mongering*, que tem conseguido penetrar em todos os recantos da produção do conhecimento

médico e sanitário e da prática clínica individual e de saúde pública, para além de dominar a cultura midiática.

Nossas contribuições estão organizadas através da articulação de quatro distinções conceituais: 1 - a distinção entre o cuidado ao adoecimento sentido (presente) e a prevenção do adoecimento futuro; 2 - a distinção entre o que Geoffrey Rose (2010) chamou de ações preventivas redutivas e aditivas; 3 - a distinção, também baseada em Rose (1985, 2010), entre estratégia preventiva populacional e de alto risco; 4 - a distinção entre evidências científicas sobre desfechos finais e intermediários (ou 'evidências orientadas a doenças' e 'orientadas aos pacientes e que importam') (Slawson et al., 1994; Shaughnessy et al., 1994); a seguir apresentadas. Elas precisam articuladas entre si e aplicadas às propostas concretas de prevenção, além de contextualizadas nos ambientes de prática frente as realidades dos saberes disponíveis, sua qualidade, idoneidade e confiabilidade, rapidamente discutidas ao final.

### **Prevenção é diferente de cuidado ao adoecimento – e deve continuar sendo!<sup>6</sup>**

Trata-se de reafirmar, aceitar, resgatar e defender, como pano de fundo conceitual e pragmático, que ações biomédicas institucionais e ou profissionais de prevenção em assintomáticos são de natureza distinta das ações clínicas de cuidado ao adoecimento presente<sup>7</sup>. Referimo-nos, nesta distinção, especificamente a prevenção primária através de ações específicas, dirigidas a doenças ou agravos determinados, e à prevenção secundária em assintomáticos, dedicada a antecipação dos diagnósticos, geralmente através

---

<sup>6</sup> Parte do conteúdo desse tópico está sendo publicado em artigo de Tesser e Campos (2015), dedicado a discussão do rastreamento mamográfico do câncer de mama. Outra parte foi publicada em Norman e Tesser (2009).

<sup>7</sup> Destacamos que tal distinção, embora seja aparentemente de natureza geral e em princípio pareça ser aplicável a qualquer saber/prática clínico e preventivo, está aqui proposta e defendida como necessária especificamente para o caso da prevenção orientada pela racionalidade biomédica, alicerçada (supostamente) em saberes científicos clínico-epidemiológicos contemporâneos. Tais ações e saberes preventivos biomédicos são em geral organizados e construídos de forma especificamente voltada para a prevenção de doenças ou riscos específicos. Outras racionalidades médicas distintas, usando categorizada criada por Luz (Luz e Barros, 2012; nascimento et al, 2013) para identificar e analisar sistemas médicos complexos, mais ou menos tradicionais, distintos da biomedicina, hoje incluídas no que a Organização Mundial da Saúde chama de medicina tradicionais e complementares (WHO, 2013), abordadas na Parte 3 deste trabalho, precisam ser analisadas em si mesmas, nas suas configurações de saberes e práticas, para se produzir orientação sobre as relações entre as ações de cuidado clínico ao adoecimento sentido e ações preventivas, se essa distinção fizer sentido, e conforme esse sentido, no contexto desses outros sistemas de cuidado e cura.

de rastreamentos. Mesmo não havendo grande novidade nesta idéia, ela deve ser retomada por ser fundamental para o balizamento teórico, ético e emocional da consideração da prevenção.

A diferença principal reside no fato de que os requisitos éticos e técnicos da prevenção são muito diferentes dos requisitos éticos e técnicos envolvidos nas situações de cuidado clínico em que há adoecimento, sintomas e ou sofrimento sentido, especialmente com relação à três aspectos: à garantia de benefícios ou resultados, a tolerância aos danos e ao manejo da incerteza.

No caso do cuidado ao adoecimento presente e do sofrimento associado, eles autorizam razoável grau de intervenção diagnóstica e terapêutica, com relativamente grande margem de incerteza, em função da expectativa de benefício da terapêutica para a cura, cessação ou diminuição do adoecimento, sofrimento e suas consequências prejudiciais à vida e a pessoa<sup>8</sup>. Nesse cuidado não se cobra resultado favorável, mas a correção técnica e ética da ação profissional (Norman e Tesser, 2009).

No caso de prevenção como especificada acima (primária específica e secundária via rastreamentos), doravante, neste tópico, mencionada apenas como 'prevenção' ou 'ações preventivas'), a relação com a tolerância aos danos, a garantia de benefícios e o manejo da incerteza é radicalmente diferente. Há que ser imensamente mais conservador e precavido para com as

---

<sup>8</sup> A definição de adoecimento aqui considerada não segue a comum centralidade do diagnóstico na figura do profissional e muito menos nos critérios operacionais doença a doença consagrados na profissão e no saber médicos (por exemplo, critérios de Jones modificados para artrite reumatóide; anatomopatológico para câncer, etc), pois tais critérios são antes de tudo operacionais, pouco dizendo sobre a natureza do adoecimento, e na sua maior parte são reinterpretações de relatos dos doentes acrescidos de dados objetivos produzidos pela investigação biomédica. Também não consideramos os adoecimentos como sendo apenas variações quantitativas saindo da curva de distribuição normal, como conceituou pioneiramente Claude Bernard, pois eles não dão conta do centramento desejável e fundamental da medicina no adoecimento do doente. Antes, acompanhamos Canguilhem (1978) na atribuição incontornável do adoecimento a uma mudança qualitativa vivida pelo doente que lhe faz perceber e sentir que está doente, como último fundamento ao mesmo tempo social e epistemológico do adoecimento ou do "patológico". Isso, é claro, não anula nem despreza ou desqualifica os critérios profissionais pautados por saberes biomédicos que orientam a interpretação profissional do adoecimento narrado e podem mesmo identificar adoecimentos presentes ainda não sentidos, como, por exemplo, uma anemia crônica visualmente observada pelo médico, derivada de uma doença não percebida pela pessoa, que gera investigação e possivelmente diagnose e tratamento. A diagnose unilateral (pelo profissional) de um adoecimento presente em geral é legitimada por dados objetivantes asseguradores de uma ancoragem do diagnóstico no substrato corporal-orgânico-fisiológico do doente relativamente bem estabelecida e pouco problemática na maioria dos casos, que quando compartilhada com o usuário de regra gera consenso sobre a presença do adoecimento sem maiores problemas ou questionamentos, até porque tais exames e análises costumam (ou devem) ser repetidas e mesmo por vezes sua interpretação checada com outros profissionais para uma segunda opinião. Tal situação não deixa ou deixa muito poucas dúvidas técnicas ou leigas de que se trata de um adoecimento presente. Essa situação é muito distinta da diagnose de riscos, que dizem respeito a adoecimento futuro, quando então se trata de prevenção, mas cujo manejo, em tudo igual a uma doença crônica, vem gerando um apagamento dessa distinção.

intervenções, tanto diagnósticas quanto terapêuticas. Como as ações preventivas incidem em indivíduos assintomáticos, as exigências para sua indicação e realização são altíssimas, pois os potenciais danos iatrogênicos (relativamente não raros) não estão contrabalançados com a compensação da cura, controle ou alívio do adoecimento sentido ou identificado no presente. Os benefícios estão ancorados em um potencial de evitação de adoecimento e ou morte precoce futuros para um grupo pequeno de indivíduos que adoeceriam no futuro devido ao problema objeto da ação preventiva (os beneficiados), dentro de um universo muito maior de sadios (no presente e no futuro) que recebem ou realizam a ação preventiva, todos expostos ao potencial de danos decorrentes da intervenção. Neste caso, o princípio da não-maleficência (não causar danos) impera sobre o da beneficência (desejo de promover o bem-estar futuro), visto que pessoas que se percebem como saudáveis podem ter sua saúde abalada de várias maneiras devido a intervenção (Norman, 2014). Por isso, na situação da prevenção é imperativo ter a certeza ou a garantia de que os benefícios são amplamente maiores do que os riscos e danos, que devem ser nulos ou mínimos, se existirem (Gray, 2004; Sackett 2002). Assim, na prevenção, a “correção ética e técnica” sempre esperada dos profissionais e sistemas de saúde, implica, diferentemente do cuidado ao adoecimento presente, em muito maior responsabilidade na garantia de resultados e de benefícios, pois se o futuro do paciente é em grande medida uma incógnita, a intervenção preventiva no presente e seus resultados são, sim, de responsabilidade dos profissionais e sistemas de saúde, e ela deve ser segura, claramente benéfica e não ou desprezível/minimamente danosa. Apenas nessas condições mais exigentes está justificada a intervenção, e por isso, o manejo da incerteza e da dúvida na prevenção é também essencialmente diferente: na dúvida, na prevenção, não se deve agir ou recomendar ações preventivas. Há forte assimetria entre as exigências para ação preventiva e para a não-recomendação. Se há necessidade do balanço danos x benefícios ser amplamente favorável aos benefícios para justificar a ação, apenas a dúvida é e deve ser suficiente para sustentar a não-ação (Tesser, e Campos, 2015). Estas três diferenças estão sintetizadas no Quadro 1, abaixo.

**Quadro 1. Diferenças entre cuidado ao adoecimento presente e prevenção**

	CLÍNICA DO ADOECIDO	PREVENÇÃO
<b>Garantia de resultados</b>	<b>Não há</b> , o que há é compromisso com a correção técnica e ética da ação diagnóstica e terapêutica.	<b>Muito grande garantia de resultado benéfico</b> , pois não há adoecimento presente, a responsabilidade pelos resultados da ação é do proponente (profissional e sistema de saúde)
<b>Tolerância aos danos</b>	<b>Grande tolerância aos danos</b> , En função da expectativa de cura, controle ou alívio do adoecimento/sofrimento	<b>Nula ou mínima tolerância aos danos</b> (balança danos x benefícios é rigorosa e deve ser amplamente favorável para a recomendação/iniciativa da ação)
<b>Manejo da incerteza</b>	<b>Na dúvida, aceita-se agir</b> se isso for considerado protetor ou curativo para o paciente (adoecido)	<b>Na dúvida, NÃO se deve agir</b> , pois o risco de dano (se houver) é significativo para um benefício apenas potencial no futuro para um grupo pequeno

Fonte: elaboração dos autores

Essa exigência de garantias já era defendida há mais de duas décadas por Skrabanaek (1990), e apesar disso, parece cada vez mais necessária. Um outro modo de visualizar e entender o maior e mais rigoroso requisito ético e técnico das ações preventivas pode ser obtido se visualizarmos o quadro 2 abaixo, inspirado e adaptado das tradicionais tabelas 2 x 2 da epidemiologia. Nas duas linhas do quadro estão os efeitos danosos e adversos de uma ação preventiva qualquer, que podem ocorrer ou não nas pessoas. Nas duas colunas estão as possibilidades de ocorrência no futuro da doença (supostamente) prevenida pela ação preventiva, caso não houvesse ocorrido a ação.

**Quadro 2. Situações possíveis na ação preventiva\***

Efeito adverso da ação preventiva (Exemplos: falso positivo, incidentaloma, desvio do raciocínio)	Adoecimento no futuro sem ação preventiva
--	--

clínico, sobrediagnóstico, reação adversa a vacina ou medicação, situações limítrofes, cascata diagnóstica, complicações de exames [infecção, alergia, acidente em biópsia, endoscopia, contraste] etc.)	Presente	Ausente
Não ocorre	A	B
Ocorre	C	D

\* Refere-se a ações de prevenção primária específicas e prevenção secundária tipo rastreamento.

Fonte: elaborado pelos autores, adaptado de Gray (2004).

O potencial de dano na prevenção é grande e significativo, pois há um grupo de pessoas (“D” do quadro 2) sem potencial de benefício, já que não adoeceria no futuro, somente exposto ao risco de danos. Este grupo deve ser nulo ou o menor possível. A proporção de pessoas que adoecem em qualquer momento, inclusive no futuro, para uma determinada doença para a qual se tem uma ação preventiva específica, é muito pequena, já que as prevalências das doenças, notadamente as mais preocupantes, são raras, em geral mais perto ou menores que 1:1000 (Kloetzel, 1999) ou ainda menos, 1:10000, nos casos dos cânceres (muito poucas doenças tem prevalências da ordem de 1:100, como diabetes e hipertensão). De modo que o grupo D pode ser muito significativo, se não muito maior, e amiúde o é, em relação a A+C.

Além disso, os danos podem variar em gravidade além de incidência, e isso também deve ser considerado, sendo que são comumente importantes. Os exemplos de danos mais citados na literatura, em relação aos rastreamentos, por exemplo, são sofrimentos psicológicos (devido as incertezas dos falsos positivos, falsa segurança dos falsos negativos e das situações limítrofes, que requerem monitoramento de perto, como as Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais – NIC I, II, III), bem como as sequelas físicas resultantes dos tratamentos (Norman, 2014). Nos casos dos rastreamentos de cancer de próstata: infertilidade vitalícia, incontinência urinária e impotência em grandes proporções nos sobretratados, que são muitos (em estimativa otimista, aproximadamente 20 sobrediagnosticados para cada beneficiado), além de possíveis complicações de biópsias de próstata, inclusive com internação (Ilic et al, 2012). No caso do cancer de mama: mutilação cirúrgica, quimio ou radioterapia em uma grande e inesperada

proporção de sobrediagnósticos<sup>9</sup> que varia nos estudos: 3 (Jørgensen e Gøtzsche, 2009) a 10 (Gøtzsche e Jørgensen, 2013) sobrediagnosticados para cada morte evitada por cancer tratado precocemente, além de maior mortalidade devido a doença cardíaca, bem como indução de câncer de pulmão nas mulheres rastreadas (Gøtzsche e Jørgensen, 2013). De outra forma: a cada 2000 mulheres rastreadas por 10 anos, apenas uma mulher terá sua vida salva pelo rastreamento; 10 serão sobrediagnosticadas e sobretratadas; e 200 experimentarão importante estresse psicológico incluindo ansiedade e incerteza devido a falsos-positivos (Gøtzsche e Jørgensen, 2013).

Os efeitos adversos e danos, assim, não são raros e costumam ser significativamente importantes, de modo que a comparação do grupo D com o A+C do quadro 2 deve ser criteriosa e pode significar um balanço danos x benefícios duvidoso ou mesmo favorável aos danos. Isso implica reconhecer que o potencial de dano nas ações preventivas é muito grande, pois há um grupo grande e frequentemente significativo (o grupo D do quadro 2) de pessoas que só estão expostas ao potencial de danos, serão prejudicadas sem serem beneficiadas, terão que ser lesadas para que outras sejam beneficiadas.

Norman (2014, p.106) sintetizou de forma impactante mas precisa essa situação: nos rastreamentos “muito serão chamados, poucos os escolhidos...”, mas muitos serão prejudicados para que pouquíssimos sejam ‘curados’”. Isto faz com que se leve em conta com muito maior rigor o princípio da não maleficiência na prevenção, que, como dissemos acima, deve se sobrepor ao princípio da beneficência (a vontade de beneficiar os grupos A e C do Quadro 2). Daí ser imperativo manter a distinção entre cuidado ao adoecimento presente e prevenção do adoecimento futuro.

Tal distinção permite o reconhecimento de um conjunto de situações e de ações nelas envolvidas em que o potencial de dano é muito maior e menos tolerável do que as situações de cuidado ao adoecimento presente: as situações preventivas em que o adoecimento (que afeta a vida do paciente) está localizado no futuro. Nelas, o risco de excesso de ações, de cascatas de intervenções, que multiplicam os riscos de danos, a tendência de

---

<sup>9</sup> Os sobretatados são os tratamentos derivados de sobrediagnósticos, que são diagnósticos corretos de doenças que não teriam significado clínico na vida do paciente (se não diagnosticadas), e portanto, puramente danosos. Comumente os sobrediagnósticos são indiferenciáveis dos diagnósticos, pelo que todos tendem a ser sobretratados.

medicalização desnecessária e prejudicial, que gera maior iatrogenia clínica, mas também cultural e social (Illich, 1981), é muito maior. De imediato, portanto, o pagamento desta distinção impede o reconhecimento da prevenção do adoecimento futuro como um campo prioritário de proteção dos usuários dos danos iatrogênicos, ou seja, um campo prioritário da prevenção quaternária. Então, um primeiro motivo para distinguirmos entre cuidado ao adoecimento presente e futuro é que esta simples classificação (presente-futuro) identifica o futuro como um sinal de alarme para prevenção quaternária. ‘Sinal de alarme’ é um termo comum usado na medicina para designar sintomas/sinais caracterizadores de condições mais graves que exigem atenção especial. Ou seja, ações específicas dirigidas a adoecimentos específicos localizados no futuro demandam mais escrúpulos éticos e técnicos vinculados ao *primum non nocere*, a não-maleficiência, do que os adoecimentos presentes.

Esta distinção permite ainda uma nuance adicional. Quanto mais no futuro estiver localizado o adoecimento, maior a complexidade e o grau de indeterminação do processo em relação aos fatores de risco conhecidos e suscetíveis de intervenção, e maior a chance dos limites dos modelos teóricos atuais gerarem danos, através das ações por eles orientadas no presente. Além disso, também as cascatas de intervenção se multiplicam quanto mais no futuro estiver o adoecimento, devido às frequentes repetições de intervenções, multiplicando o potencial de seus danos. Daí que quanto mais no futuro estiver projetado o adoecimento clinicamente significativo, maior a necessidade de prevenção quaternária.

Isso não é um problema filosófico, teórico ou raro. O borramento entre cuidado ao adoecimento e prevenção está em andamento há tempos, em processo adiantado de incorporação no saber e na técnica biomédicas. Ele opera penetrando no conhecimento médico na descrição e manejo das doenças e dos riscos, misturando a prevenção com o tratamento no saber sobre o patológico.

Um exemplo ajuda a ilustrar e entender a natureza complexa e generalizada desse processo problemático, que está apagando a distinção entre clínica do adoecimento presente e prevenção; absorvendo a prevenção para dentro da clínica. O tratamento da insuficiência cardíaca (ICC),

adoecimento centrado no coração mas que afeta outros órgãos quando grave, caracterizado por vários sintomas e sinais clínicos, era pautado no final do século XX por uma classificação proposta pela New York Heart Association (NYHA, 1964). Tal classificação é baseada na gravidade dos sintomas, classificada em 4 estágios (Bocchi et al, 2009, 2012): um estágio mais leve com sintomas desencadeados apenas pelos esforços físicos muito grandes e assintomático no cotidiano (Grau I), passando por sintomas desencadeados pelas atividades cotidianas (Grau II), depois desencadeados aos pequenos esforços (Grau III), chegando ao mais grave e último estágio em que o doente sente sintomas em repouso (Grau IV). Posteriormente, agregou-se a essa classificação uma outra, baseada na progressão da doença, baseada unicamente no saber médico, que tem também 4 estágios (A, B, C e D) (Hunt et al, 2001). O estágio A “inclui pacientes sob risco de desenvolver insuficiência cardíaca, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca” (Bocchi et al, 2009, p.7). O Estágio B inclui “pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à insuficiência cardíaca” (p.7). Note-se que, efetivamente, a nova classificação não fez mais do que acrescentar duas novas categorias de “doença” em estágios pré-clínicos, uma delas que se define apenas pelo risco aumentado e a outra que se define por alteração estrutural assintomática (detectável por aparelhagem diagnóstica), enquanto dividiu os quatro estágios da classificação anterior em dois grupos, um que merece cuidados clínicos e outro a eles refratário, que merece cuidados paliativos. Explicitamente, os propositores assumem que esta nova classificação “serve de base para a identificação de pacientes com indicação de intervenções predominantemente preventivas (estágios A e B) (p.7).

Tal tipo de ampliação do patológico para a prevenção é simplesmente factível em um sem-número de situações e doenças, e prepara o terreno para que se acrescentem a seguir as condutas terapêuticas para o estágio A e B da ICC, incluindo fármacos, como é o caso, ampliando enormemente o contingente de doentes, mesmo que se trate de prevenção, agora inserida no protocolo de tratamento de uma doença pelos seus respectivos especialistas.

Deve-se destacar, nesse exemplo, que ele reproduz uma tendência da biomedicina de definir a doença (neste caso, uma síndrome como a ICC)

através de alterações estruturais ou funcionais objetiváveis no corpo, para cuja diagnose terão que ser definidos padrões. O grau de convencionalismo desses padrões é grande, e conforme aumenta o grau de resolução e a capacidade tecnológica dos aparelhos de imagem e de medição, aumenta a capacidade de detectar mínimas alterações estruturais. Com isso aumenta junto a possibilidade e a tendência de haver dissociação entre o resultado do exame que diagnóstica a alteração (que, no nosso exemplo, transformará o cidadão em um doente de ICC estágio B), e a relevância clínica da alteração diagnosticada, que no caso está projetada no futuro. Mesmo nos adoecimentos presentes, conforme aumenta progressivamente a resolução dos aparelhos e a detecção de mínimas variações, anormalidades ou irregularidades, mais ocorre esse fenômeno perigoso, de que é exemplo a clássica dissociação clínico-radiológica para os casos de lombalgia (dores nas costas sem sinais de alarme), em que as frequentes alterações nos exames de imagem não se relacionam com nem explicam os sintomas dos doentes (Jensen et al., 2009).

Uma vez instituída a classificação e depois uma conduta específica, inclusive farmacológica, as novidades terapêuticas tenderão a ser rapidamente disseminadas, e mesmo que uma subsequente investigação e avaliação mostre não haver vantagem na intervenção, ou mesmo que ela é mais danosa do que benéfica, podem demorar anos ou décadas para retirar a terapêutica de uso (que pode ser curativa ou preventiva). A medicina está repleta de exemplos desse tipo, dentre os quais alguns muito comuns foram (ou ainda são) o uso de Rx para lombalgias, uso de Rx de crânio para dores de cabeça, uso de autopalpação de mama em mulheres para rastreamento de cancer de mama, uso rotineiro de antibióticos para diarreias agudas e otites iniciais em crianças pequenas, etc.

Processos como esse ilustrado acima estão em andamento na biomedicina e nas pesquisas, de forma que o apagamento da distinção entre a terapêutica do doente e a prevenção anda a passos largos, com a absorção da segunda pela primeira. Não são de outra natureza as mudanças classificatórias dos últimos anos em relação aos pontos de corte para diagnose de hipertensão, diabetes e níveis de colesterol considerados alterados.

Tal tendência pode gerar danos previsíveis e imprevisíveis. De primeiro, ao obscurecer completamente a distinção prevenção-cura, submete as ações

preventivas aos critérios muito mais frouxos e mais tolerantes aos danos do cuidado clínico ao adoecimento presente, para o qual um intervencionismo maior é compreensivelmente admitido, como vimos acima.

Além disso, essa tendência sustenta um processo permanente de conversão de parcelas cada vez maiores da população em doentes através da medicalização dos riscos e sucessivas classificações das doenças mais inclusivas. Ele deve suscitar nos profissionais de saúde da APS e em geral (e suas associações), nos sanitaristas e nos gestores dos sistemas de saúde uma postura altamente resistente e ativamente cética e crítica, conceitualmente e eticamente bem fundamentadas.

O reconhecimento das diferenças entre as duas situações discutidas implica em fomentar um ceticismo resistente e crítico a esse movimento de incorporação da prevenção ao ambiente do patológico e da clínica da doença. Adicionalmente, do ponto de vista conceitual, isso é também fundamentado em recentes avanços conceituais científicos, que cada vez mais tendem a se afastar do ideário estruturalista, materialista-mecanicista, ontológico e localista das doenças, com concepção uni ou multicausal linear, herdado da anátomo-clínica e da revolução pasteuriana, para uma conceituação dinâmica dos adoecimentos, em que os fluxos de influência e causação são multidirecionais, tanto ascendentes como descendentes e laterais, constantes e complexos<sup>10</sup> (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004). Tais avanços valorizam e reconhecem os processos adaptativos e as interrelações e interinfluências entre os vários níveis de organização do complexo universo que é o ser humano.

As recentes discussões a respeito do sobrediagnóstico<sup>11</sup> são certamente um grande exemplo e evidência concreta da precariedade e do grau de erro da

---

<sup>10</sup> Causação ascendente é a mais comumente aceita e utilizada na biomedicina, e deriva do comum reducionismo que atribui as origens dos adoecimentos (as causas) aos elementos constitutivos materiais dos níveis mais simples do ser humano (moléculas - dimensão bioquímica ou biomolecular -, gens, células, tecidos, órgãos, sistemas) ou a germes. Problemas, lesões, defeitos ou disfunções nesses elementos seriam responsáveis pelos adoecimentos, sintomas e doenças, em visão mecânico-causal e ontológico-localista (Almeida, 2002). Nessa lógica, as ações terapêuticas são sempre a eles direcionadas, como o é a farmacoterapia e a cirurgia; e pouco espaço há para outros níveis de causação, de níveis mais complexos e 'superiores' do humano (consciência, emoções, psiquê, crenças) e de fora dele sobre ele mesmo (sociedade, cura, economia), como hoje é aceito. Porém se a causação ascendente ocorre, também ocorre em outras direções, lateral, descendente, circular. Estas últimas também devem ser contempladas nas concepções e modelos conceituais atuais e mais complexos, inclusive na prevenção quaternária.

<sup>11</sup> Diagnóstico corretamente realizado de alterações ou doenças que não terão significado clínico prático na vida dos doentes, apesar de existir a alteração ou a doença (que pode, pode ficar estacionária, pode regredir e curar, ou pode ainda evoluir lentamente e não se manifestar até a morte). Ao serem diagnósticas, geram comumente um sobretratamento (tratamento desnecessário), por não se saber que

suposição comum na biomedicina de que são as lesões estruturais materiais do corpo (ou os germes) os tijolos básicos ou as forças causadores das doenças, que devem ser corrigidos, combatidos, eliminados ou substituídos por instrumentos químicos ou cirúrgicos. Embora haja coerência entre a premissa e o corolário, os achados a respeito do sobrediagnóstico e também dos indicentalomas tem mostrado que a premissa está errada em um número crescente e importante de casos.

O sobrediagnóstico é o diagnóstico corretamente realizado de alterações ou doenças que não terão significado clínico prático na vida dos doentes (Welch, 2011). Apesar de existir a alteração ou a doença, esta ou fica estacionária, ou regrede e cura, ou ainda evolui tão lentamente que não se manifesta na vida cotidiana até a morte (que se dá por outra causa). Mas ao serem diagnosticadas, tais situações tendem a gerar um sobretratamento (tratamento desnecessário, puro dano), por não se saber quando e em que casos o diagnóstico é um sobrediagnóstico. Os casos que adoeceriam estão misturados com e indistinguíveis dos que não adoeceriam no momento da diagnose. Em algumas situações, quando se consegue evitar o sobretratamento, a situação leva a uma medicalização com risco de dano devido ao subsequente acompanhamento com exames e procedimentos médicos, imprimindo uma condição de doente ou quase-doente na pessoa, expondo-a aos riscos das intervenções geradas e insegurança e ou estresse decorrentes do processo. Embora seja anti-intuitiva, o sobrediagnóstico é mais comum do que parece (Tesser e Campos, 2015). Desde 2013 há encontros internacionais promovendo discussões entre pesquisadores de várias partes do mundo sobre esse fenômeno que pode estar prejudicando grandes porções da população ou dos usuáriso dos sistemas de saúde. Um sítio da internet tem registrado e veiculado tais encontros internacionais e discussões (<http://www.preventingoverdiagnosis.net/>). Entretanto, na vida cotidiana de cidadãos, doentes e médicos o sobrediagnóstico, é dificilmente reconhecido ou completamente invisível e imperceptível, pois em geral a situação é avaliada como de adoecimento presente e o tratamento é realizado, considerando-se o doente salvo pela intervenção, quando em realidade, quando há

---

caso é um sobrediagnóstico e qual é um diagnóstico de doença que avançaria. Embora seja anti-intuitiva, essa condição é muito mais comum do que parece (Tesser e Campos, 2015).

sobrediagnóstico, a pessoa foi lesada pela intervenção, mas percebe-se cuidado e tratada, ao que Welch (2011) chamou de paradoxo da popularidade.

Os incidentalomas, por sua vez, são achados patológicos ou anormais casuais que não são vinculados a investigação clínica em curso, e que na sua grande maior parte, contrariamente aos modelos teóricos biomédicos, não tem consequências clínicas (Mariño, 2015). Ou seja, há doença ou alteração anormal mas não há nem vai haver adoecimento respectivo, o que é muito anti-intuitivo e mostra a precariedade dos modelos e critérios definidores de doenças hoje vigentes. Como há um grande uso de procedimentos diagnósticos clínicos e preventivos por métodos sofisticados progressivamente mais sensíveis, são cada vez mais numerosos os exemplos de doenças, anormalidades e disfunções diagnosticáveis por esses métodos que tem pouca ou nenhuma correlação com sintomas clínicos ou desfechos mórbidos. Autores tem chamado a esse fenômeno de ‘reservatório de doenças’ (Welch, 2004), ou pseudo-doenças (Welch e Black, 2010), presentes na população e nas pessoas mas que antes não apareciam, e que desafiam e contrariam os modelos teóricos de causação e fisiopatogenia biomédicos.

Se em vários casos é justificável e incontornável uma abordagem que leve em conta e seja dirigida especificamente as lesões detectáveis na materialidade estrutural do corpo e ou aos germes, quando associados sensivelmente aos adoecimentos (por exemplo, no infarto do miocárdio, tuberculose, meningite bacteriana, apendicite, litíases, traumas, etc), parece também certo que esta abordagem tem sido insuficiente para os principais problemas crônicos (e muitos agudos) mais prevalentes e de maior morbimortalidade coletivas, e tem se mostrado especialmente problemática no tratamento e prevenção das doenças crônicas.

Essa primeira distinção (cuidado ao adoecimento é diferente de prevenção) é fundamental e incontornável também porque permite e fundamenta a necessidade de um deslocamento subjetivo, simbólico e emocional da discussão sobre condutas e recomendações preventivas, no contexto biomedicalizado do século XXI. Parece-nos necessário que tal deslocamento seja compreendido e assumido. Ele pode ser assim resumido: de um “ativismo pró-intervencionista cuidador” compreensível na clínica dos adoecidos, devido a necessidade de mitigar o sofrimento e tratar o

adoecimento, deve haver um deslocamento subjetivo e emocional no caso da prevenção para um “conservadorismo resistente tranquilo cauteloso anti-intervencionista”. Esse deslocamento, corolário da compreensão quase psicoterapêutica de que a prevenção na dimensão individual envolve dinâmicas complexas não lineares de chances de adoecimento futuro (o qual, como no presente, é relativamente raro em relação à doença, e sobre o qual não temos controle num determinado indivíduo), deve ser entendida e assumida, para a construção de uma proposta de manejo da prevenção que seja coerente, responsável e plenamente rechedada dos grandes requisitos éticos e técnicos mencionados das situações de prevenção.

Tal deslocamento emocional e simbólico poderia ser sintetizado numa máxima condutual simplificada e genérica para os profisisoanis de saúde e sistemas de saúde, descritora dessa distinção: “na clínica do adoecido, na dúvida, e por segurança, posso decidir intervir; enquanto na prevenção em assintomáticos, na dúvida, e por segurança, não devo intervir”.

Na APS, entretanto, é comum que, devido a baixa prevalência das doenças, mesmo no cuidado clínico ao adoecido, na maioria das vezes está indicado uma parcimônia tranquila e um menor intervencionismo em geral, com uso de parceria com o tempo para elucidar as dúvidas: a chamada demora permitida (Kloetzel, 1999) (ou *watchful waiting*); uma vez que na grande maior parte dos adoecimentos a evolução é benigna e uma intervenção conservadora de ajuda fisiológica, observação do processo e espera resulta em melhora do problema (auto-cura) ou melhor definição diagnóstica que permite um ação mais precisa, efetiva e menos iatrogênica (Norman e Tesser, 2009). Todavia, mesmo na APS, em situações de maior gravidade e duvidosas, o aforismo acima autorizador de intervenção (diagnóstica e ou terapêutica) pode ser seguido sem problemas, no sentido de proteção do doente. Contrariamente, “na prevenção em assintomáticos, na dúvida e por segurança, não se deve intervir”.

Essa mudança atitudinal, subjetiva e emocional parece estar sendo cada vez mais dificultada pela frustração das sociedades, dos doentes, dos usuários dos sistemas de saúde e dos próprios profissionais biomédicos com os tratamentos estabelecidos, sobretudo devido as limitações e iatrogenias significativas das terapêuticas das doenças crônicas. Tal frustração tende

justamente a acirrar um pró-ativismo preventivo ansioso e angustiado por mais prevenção, intensificando a ingenuidade da apologia da prevenção a todo custo, herdada da medicina preventiva do século XX, agora amplificada pela dificuldade de êxito e até certo fracasso, pelo sofrimento envolvido (de doentes, familiares e profissionais) e também pelo custo dos tratamentos das doenças crônicas, que só aumentam com a longevidade populacional. Ora isso gera uma dificuldade adicional emocional de grande magnitude, em leigos e profissionais, para o deslocamento de uma postura de pró-ativismo da clínica para um ceticismo resistente na prevenção, essencial para a prevenção quaternária na prevenção.

Outros fatores ainda reforça essa dificuldade. Por exemplo, o sobrediagnóstico e o sobretratamento produzem o chamado “paradoxo da popularidade”, que obscurece amplamente o seu aspecto danoso (Welch et al., 2011). Como há um número maior de pessoas sofrendo alguma intervenção biomédica para um problema do qual não padeceriam (supostamente) no futuro, a sensação é de que se está ‘otimizando’ a saúde (Raffle A, Gray , 2007). No caso dos rasteramentos de câncer, todos os diagnosticados e tratados julgam-se curados de câncer precocemente e com a vida salva pela intervenção, mas os muitos sobrediagnosticados estão sendo puramente lesados sem o potencial de benefício pois não desenvolveriam a doença.

Tal dificuldade de deslocamento emocional e subjetivo parece só aumentar no século XXI, pela persistência e incremento nos seus motivos, mas nem por isso deixa a mudança atitudinal mencionada menos necessária.

Por último, outra consequência das diferenças entre a clínica do adoecimento e a ação preventiva é a distinta relação dos profissionais com o saber médico e as evidências científicas nas duas situações. No primeiro caso (adoecimento presente), apenas uma parte restrita das decisões e ações diagnósticas e terapêuticas são baseadas estritamente em evidências científicas específicas aplicáveis as situações clínicas. Para abordarmos este ponto, necessitamos considerar que há diferenciações no interior do saber/prática médico: ele é composto de pelo menos três ingredientes ou conjuntos interligados de forma complexa: saberes teóricos, tradição biomédica e de suas especialidades e evidências científicas voltadas aos desfechos finais ou específicos envolvidos em dada situação clínica. Tais elementos são

apenas parcialmente distinguíveis e apoiam-se uns nos outros o tempo todo, com comum naturalização dos produtos das disciplinas, pesquisas e mesmo da tradição de uns pelos outros, como é comum ocorrer nos estudos epidemiológicos em relação ao saberes clínicos (Camargo Jr, 2003), tendo como elemento unificador comum as definições operacionais das doenças (Almeida Filho, 1992).

A necessidade de ação nas situações de adoecimento (presente) faz com que os profissionais tenham grande liberdade de decisão (relativamente à prevenção) a respeito de propostas de ações terapêuticas ou diagnósticas. Eles podem recusar intervir, dizendo 'não' - usando uma ética da negativa (Gérvas e Perez-Fernandes, 2006), tentando acalmar usuários e ressignificar demandas, devolvendo-as à esfera da sua vida, em casos de demandas excessivamente medicalizadas em que o saber médico pouco ou nada contribui, ou mesmo atrapalha, e que necessitam de prevenção quaternária. Eles podem não intervir, dizendo 'não sei' – usando um ética da ignorância (Smith, 1992), acompanhando o processo desconhecido de adoecimento. E podem também propor ações diagnósticas e terapêuticas que julgarem cabíveis e adequadas a situação. Os saberes científicos acumulados, a tradição biomédica em geral e a particular em que o profissional foi formado - já que há subculturas diversas em países e em especialidades (Almeida, 2002) - associados com evidências sobre a situação específica, adaptadas e aplicadas à situação singular e aos valores do doente em seu contexto de vida, irão informar e balizar as propostas de ações terapêuticas ou diagnósticas. Nesse contexto, as evidências científicas específicas relativas ao caso entram como uma das importantes fontes de informação a orientar o profissional, mas não mais que do isso. Sua ausência ou inacessibilidade não significa qualquer impedimento ao fluxo do cuidado biomédico. Além disso, as evidências existentes frequentemente (ou talvez na maior parte das vezes) foram produzidas por estudos envolvendo pacientes com doenças específicas isoladas, e faixas etárias específicas, quando os doentes reais no cotidiano dos profissionais da APS comumente tem vários sintomas e adoecimentos associados, em maior número absoluto em pessoas com menos de 60 anos, mas sobretudo nos idosos, fração cada vez maior da população e que mais adocece. Tais pessoas são muito diferentes das dos grupos estudados nos

ensaios clínicos produtores das evidências, principalmente os que tem mais de uma patologia (Mangin D, Heath, 2015), para os quais a evidências disponíveis são em grande inapropriadas e necessitam ser relativizadas.

As evidências são uma ferramenta especialmente importante para a biomedicina e mais ainda para a medicina de família e comunidade, por produzir melhorias terapêuticas e inclusive dar maior proteção ao paciente, muitas vezes reduzindo ou coibindo intervenções excessivas ou inefetivas, além de retroalimentar os saberes e teorias. Ela também atua escrutinando, através de sua empiria sistemática, muitas condutas baseadas em tradições e/ou opiniões de especialistas estabelecidos, comumente mais intervencionistas e iatrogênicos do que o poderiam ser.

Embora tudo isso seja verdade, as evidências continuam e vão continuar a ser apenas uma fonte de informação a mais (obviamente importante) a informar os profissionais para estes tomarem suas decisões ao realizarem suas propostas terapêuticas ou diagnósticas. Arriscando um proposição geral, podemos adiantar que as evidências sobre desfechos finais e/ou que interessam são ótimas e valiosas para orientarem sobre o que não fazer e para modelarem as decisões melhorando sua eficácia e minimizando riscos e danos, quando existentes e disponíveis. Às vezes são cruciais, as vezes são simplesmente inexistentes ou pouco disponíveis, e devem ser integradas ao conjunto das variáveis, fatores, contextos e circunstâncias dos doentes, do cuidado prestado e da relação de cura. Às vezes, como nos casos cada vez mais comuns de multimorbidade, devem ser relativizadas de modo a evitar polifarmácia e seus riscos, principalmente em idosos (Mangin e Heath, 2015).

Essa pequena digressão acima, além de apontar que na clínica do adoecimento as evidências são importantes mas não determinantes ou cruciais, como regra geral, permite agora salientar a situação distinta da prevenção, em que as pessoas são assintomáticas e por isso *a priori* são saudáveis. Isso faz com que a única fonte de orientação e de informação, o único critério de decisão a informar o profissional (e os gestores dos sistemas públicos de saúde) para suas decisões seja o conjunto do saber médico, incluindo tradição, teoria e evidências. Mas estas três partes não são equivalentes.

As maiores e peculiares exigências da prevenção demandam que sejamos céticos e resistentes para com a tradição intervencionista biomédica, por ser esta desnecessária - já que não há pressão (comparável ao adoecimento) por ação - e mais arriscada, devido ao seu grande potencial de danos em pessoas sem potencial de benefício. Também demandam que assumamos uma postura cética, pragmática e muito mais focada em resultados finais, e assim desconfiada das teorias e dos saberes médicos intermediários, considerando-os insuficientes e insatisfatórios, no geral. Essa desconfiança implica considerar e valorizar a precariedade dos modelos teóricos biomédicos, que, se são aceitos geralmente como suficientes e referência de verdade para o cuidado ao adoecimento sentido no presente, não o podem ser da mesma maneira na prevenção, a qual exige garantia de resultados muito maior, com menos incerteza e menores danos. Isso fundamenta, como consequência, que para além de um deslocamento emocional e atitudinal para com a tradição e o tônus intervencionista da biomedicina, haja na prevenção também um maior deslocamento crítico em relação aos saberes e teorias biomédicas, relativizando sua importância como critério de verdade e valorizando sua precariedade como descrição provisória, limitada e grosseira da realidade, de precário poder preditor do futuro em pessoas concretas. Com isso, minimiza-se a sua importância como referência segura para as ações preventivas e aparece a necessidade de se valorizar, de forma crucial, os resultados empíricos dessas ações. Apenas eles podem satisfazer as exigências mencionadas: garantia de significativos benefícios com mínimos ou nulos danos, com mínima incerteza. Para diminuir a incerteza uma estratégia importante é testar empiricamente as ações e com isso gerar fundamentos o mais diretamente e proximamente possível dos resultados que interessam, com o mínimo de assunções teóricas e abstratas baseadas nos modelos, saberes e teorias (que comumente orientam as ações), melhorando assim a segurança da ação preventiva.

Essa maior segurança só pode ser proporcionada por evidências científicas confiáveis e atualizadas, idôneas e consensuais sobre desfechos finais (como melhor qualidade de vida, menor mortalidade atribuída a doença prevenida, menor gravidade nos adoecimentos, etc.), obtidas em pesquisas sem conflito de interesse desenhadas em ambiente relativamente controlado

(ensaios clínicos), que devem ser voltadas a aferir tanto os benefícios quanto os danos da intervenção, de forma o mais cuidadosa e simétrica possível.

Todavia, sabe-se que a eficácia nos ensaios clínicos é relativamente distinta e menor do que sua efetividade quando realizada na vida real das instituições e profissionais (Porzsolt F et al., 2015). Assim, para aumentar a garantia e segurança, seus resultados necessitam ser avaliados rigorosamente também após sua aplicação em populações reais, ao longo de anos e/ou décadas se necessário, de modo que esse outro requisito adicional da empiria, agora relativo as populações reais que sofreram a intervenção, some as evidências produzidas em ensaios clínicos, aperfeiçoando, retroalimentando e modulando as decisões.

Isso é obtido através de estudos epidemiológicos observacionais e comparativos de vários tipos, que devem mostrar os benefícios e danos obtidos de uma ação preventiva em populações reais em que foi aplicada, à medida que ela sair, se isso ocorrer, do ambiente restrito dos ensaios clínicos. Logo, na ação preventiva, o grau de liberdade da decisão restringe-se e gira, e assim deve ser, ao redor de um cientificismo contextualizado, baseado principalmente em fontes empíricas confiáveis. A decisão ancora-se no pragmatismo das evidências de alta qualidade dos ensaios clínicos e nos estudos observacionais de populações reais (e sempre em ambos, se houverem). Há que se aguardar de forma impassível, cética, calma e com tranquila resistência a ação até que robustas evidências de desfechos finais sejam produzidas, mostrando avaliações da balança danos x benefícios amplamente favorável e consensual em revisões e metaanálises idoneas de ensaios clínicos de alta qualidade, e além disso, corroboradas por estudos epidemiológicos em populações reais, sempre que possível. Tudo isso faz com que as evidencias empíricas voltadas para os desfechos finais das ações preventivas sejam o pilar fundamental para a decisão dos profissionais e sistemas de saúde. Ou seja, tais evidencias passam a ser cruciais e praticamente os únicos critérios orientadores das decisões e iniciativas de indicação e realização da ações preventivas.

Em outras palavras: se na clínica do adoecimento sentido os profissionais podem e devem exercitar uma síntese criativa e artesanal entre intuição, tradição, técnica, saber teórico biomédico e evidencias empíricas sistematizadas atualizadas (medicina baseada em evidências); na decisão

sobre uma ação preventiva, o grau de liberdade da decisão restringe-se muito, girando ao redor de um cientificismo contextualizado, pois a intuição e a tradição aí são excessivamente suspeitas e contaminadas pela clínica, que é opaca quanto ao futuro e muito menos exigente quanto a garantias de resultados, sendo muito tolerante aos danos. A intuição e a observação empírica cotidianas dos profissionais é restrita às observações cotidianas e pode ocultar aspectos só detectáveis por estudos sistemáticos de grandes grupos de pessoas. Por isso, a tradição e a opinião de especialistas e profissionais clínicos não pode ser tomadas como critério importante a contribuir nas decisões sobre ações preventivas, e um dos exemplos mais típicos da cegueira situacional dos mesmos é o sobrediagnóstico, só revelado por estudos e evidências de alta qualidade. Tradição e saber teórico na prevenção primária e secundária são importantes (pois em geral permitem imaginar e criar as ações preventivas), mas, para decidir indicar uma ação específica, precisam ser muito relativizados e submetidos ao crivo dos resultados empíricos, só proporcionados por ensaios clínicos de alta qualidade, revisões e metanálises idôneas (sem conflitos de interesses) associados com estudos epidemiológicos das populações ou grupos em que foi aplicada a ação. Por esse motivo, tal discussão será retomada ao final deste capítulo.

A aceitação da necessidade de distinção entre as situações de cuidado ao adoecimento presente e as ações preventivas, com suas respectivas posturas distintas em relação aos três aspectos mencionados (manejo da incerteza, garantia de resultados e tolerância aos danos), bem como seus desdobramentos acima mencionados, tem consequências de largo alcance. Aplicado a atividade clínica e sanitária, traz consequências inéditas ainda não amplamente assumidas nem institucionalmente (pelos sistemas de saúde) nem pelos profissionais médicos em geral ou pelos médicos de família e comunidade na APS: primeiro, em vez da apologia da prevenção (corrente no século XX), agora no século XXI há que haver um esforço adicional para separar a prevenção do cuidado ao adoecimento presente, e manter essa separação na produção de saberes e orientações para a ação preventiva. Segundo, há que impedir que a pressão e a tendência preventistas, já grandes e crescentes, que tendem a transformam todos em pacientes, obstruam o acesso dos 'verdadeiros' adoecidos ao cuidado profissional. Terceiro: há que

resgatar a dignidade do cuidado ao adoecimento presente e melhorar sua qualidade, incluindo incorporar nele a prevenção quaternária, culminando num movimento reverso ao do século anterior: revalorizar o cuidado aos doentes no agora (e assim amplificar o presente) e considerar com muita cautela e rigorosos critérios as indicações e propostas de intervenções preventivas específicas voltadas para a evitação do adoecimento futuro.

Como uma contribuição para a construção e organização desses critérios, são propostas a segunda e a terceira distinções a seguir apresentadas, discriminando e comparando alguns tipos de ações preventivas.

### **Prevenção redutiva e aditiva: grandes diferenças**

A segunda distinção que propomos é inspirada por Geoffrey Rose (2010, p.148), e refere-se a dois tipos de ações preventivas: redutivas e aditivas<sup>12</sup>. O autor propôs esta distinção em um contexto mais específico de ações preventivas de abordagem populacional ou de massa (que serão abordadas no próximo tópico), mas julgamos que tal diferenciação é significativa demais e merece consideração à parte, em si mesma, significando uma distinção muito importante em qualquer situação preventiva. As ações de prevenção redutivas são as de correção ou redução de exposições artificiais, excessos ou faltas, erros e ou desvios no modo de viver, trabalhar, comer, beber, se divertir, etc, sabidamente patogênicos, de modo a restaurar condições normais<sup>13</sup>, ecológicas, ambientais, sociais e biológicas saudáveis e sustentáveis, que foram artificialmente alteradas e são sabidamente prejudiciais, sobretudo nas sociedades industrializadas tarso-modernas ou pós-modernas: diminuir o tabaco, o sedentarismo, a ingestão alcoólica excessiva, os alimentos multiprocessados na dieta e a presença de agrotóxicos nela, a poluição atmosférica, o excesso de trabalho e de estresse, a privação de sono, etc. Daí

---

<sup>12</sup> As palavras redutiva e aditiva são uma tradução sintética livre nossa das expressões usadas por Rose (1992). Usamos ações redutivas para as ações assim descritas pelo autor: *'removing or reducing some unnatural exposure in order restore a state of biological normality'* (Rose, 1992, p. 148). Usamos ações aditivas para as ações assim descritas: *adding some other unnatural factor in the hope of conferring protection'* (idem). O autor não desenvolveu posteriormente esta distinção ao que sabemos.

<sup>13</sup> Rose (2010, p.148) fala em "estado de normalidade biológica", definido como as condições para as quais somos considerados geneticamente adaptados devido a nossa história evolutiva". Talvez tal afirmação careça de uma nova formulação hoje, devido aos achados sobre os fenômenos epigenéticos que imprimiram possivelmente mais dinamicidade e rapidez a essa "adaptação genética", mas parece-nos que não há necessidade, para os efeitos da discussão aqui pretendida, de uma nova formulação mais específica e atualizada a respeito neste momento.

serem designadas coerentemente como ações preventivas redutivas ou 'à menos' (Norman e Tesser, 2015). Elas são teoricamente coerentes e corroboradas pelos conhecimentos científicos e evidências disponíveis, havendo relativo consenso sobre as mesmas, com progressiva importância da promoção da saúde em dimensão societal e individual.

Trata-se do restabelecimento de condições ambientais e sociais e modos de viver salutogênicos, relativamente não problemático ou pouco problemático quanto à fundamentação científica da sua recomendação, que inclusive converge com a maior parte das tradições culturais e sociais dos povos do planeta e do chamado senso comum. Elas se concretizam em ações clínicas individuais e comunitárias (orientação, educação, aconselhamento) e também em ações gerais de saúde pública e de organização social como promoção de mobilidade sustentável e atividade física (ciclovias, áreas verdes estimulantes de passeio pedestre e lazer), políticas públicas de promoção de cultivo de alimentos sem uso de agrotóxicos, distribuição da riqueza social, etc.

As ações preventivas redutivas tem mínimo ou nulo potencial de risco, e o relativo consenso (dentro da ciência e desta com o senso leigo) afirmativo de sua desejabilidade faz com que esta seja não ou pouco problemática do ponto de vista do manejo da incerteza (incontornável, devido a se tratar do futuro), dos riscos (relativamente muito pequenos e pouco significativos, no geral desprezíveis) e da garantia de benefícios (consensualmente postos pela coerência teórica e empírica derivada da acumulação de saberes e evidências cada vez mais forte e consensual). No dizer de Rose (2010, p.148): tais medidas podem ser "presumidas como amplamente seguras e, da mesma forma, serem aceitas com base em um razoável e pressuposto benefício".

Já as ações de prevenção aditiva são as intervenções heterônomas (administradas profissionalmente) estranhas à ecologia usual da pessoa, com aplicação de fármacos, testes diagnósticos, vacinas ou outros produtos biológicos, físicos ou químicos. Como há muito maior potencial de dano e não há adoecimento sentido (*a priori* as pessoas são saudáveis), a intervenção pode resultar em danos sem potenciais benefícios. A postura, nesse caso, deve ser oposta: do consenso afirmativo da prevenção redutiva, deve-se passar ao ceticismo negativista e criterioso na prevenção aditiva.

O ônus da prova deve recair nos propositores da intervenção. A garantia de benefícios e de não-maleficiência deve existir enfaticamente e recair inteiramente nos profissionais e sistemas de saúde (Rose, 2010, p.148): “não pode haver pressuposição *a priori* de segurança, por isso, a exigida prova de benefício – e em particular da segurança – deve ser mais rigorosa. Isso efetivamente exclui o uso desse tipo de medida exceto nos casos em que benefícios oferecidos são muito grandes”. Ou seja, deve haver evidências científicas de boa qualidade substanciais e consensuais de que os benefícios superam amplamente os danos, que devem ser nulos ou mínimos, mesmo que essas evidências demorem anos e ou muitas décadas para serem produzidas.

Note-se que deve haver forte assimetria entre recomendação e não-recomendação na prevenção aditiva: apenas a dúvida quanto a este balanço danos-benefícios é e deve ser suficiente para sustentar claramente a não-recomendação da ação. Neste caso, a garantia de segurança e de balanço favorável só podem ser obtidas através da avaliação de estudos epidemiológicos de alta qualidade: revisões e metanálises de ensaios clínicos aleatorizados que mensurem benefícios e danos e, implantadas as ações (através de programas organizados de rastreio de determinada condição ou doença, por exemplo), avaliação da sua efetividade, focando redução populacional da mortalidade geral e específica, ou de morbidade e sua gravidade, quando for o caso, e incidência nos vários estágios da doença, bem como criterioso registro e avaliação dos danos.

A decisão requer estudos em escala coletiva e populacional de eficácia e efetividade envolvendo também avaliação dos danos, os quais tem sido muito menos estudados do que os benefícios (ver, por exemplo, a respeito do sobrediagnóstico no rastreamento de câncer de mama, Heleno et al.[2013] e Rasmussem et al. [2013]). Isso é importante porque comumente ações preventivas desencadeiam cascatas de intervenções (Pérez Fernández e Gérvás, 2002) que podem gerar danos significativos (tanto mais se repetidas as ações, como nos casos dos rastreamentos). Por isso, elas devem ser sempre evitadas a não ser que haja segurança quanto aos amplos benefícios.

Os resultados de tais estudos podem ser, e amiúde são, anti-intuitivos e estão muitas vezes fora do alcance da experiência clínica dos profissionais praticantes - é o caso, por exemplo, do sobrediagnóstico, estudado nos últimos

anos nos rastreamentos de câncer, principalmente no câncer de mama (Moynihan et al., 2012; Tesser e Campos, 2015). Por esse motivo, a opinião dos profissionais especialistas nessas doenças, que cuidam dos doentes, não deve ter posição privilegiada na definição das recomendações e decisões sobre ações preventivas “a mais”.

Diferentemente do cuidado ao adoecimento sentido, em que pequena parte dos processos cognitivos e decisórios é suprida por evidências de boa qualidade, as decisões nas ações preventivas aditivas devem ser baseadas estritamente nas melhores e mais atualizadas evidências, porque elas são a única fonte confiável de informação. Isso é reforçado pela complexidade dos processos de saúde-doença, pela ignorância sobre a gênese e evolução de muitas doenças, sobretudo as doenças crônicas e os cânceres, que mais suscitam ações preventivas na contemporaneidade, e também pela maior longevidade da população. Além disso, devem ser consideradas as dificuldades e complexidades de avaliação dos efeitos dessas ações, com os muitos vieses envolvidos, como por exemplo, nos rastreamentos, vieses de tempo de antecipação, de duração e de sobrediagnóstico (Gates, 2001a,b; Raffle, 2007); bem como os danos significativos das ações preventivas aditivas, previsíveis e imprevisíveis.

Devido a essa maior exigência ética e técnica na prevenção aditiva, as decisões sobre propor ou realizar dessas ações preventivas (para uma população e para uma pessoa) devem ser estritamente coerentes com e dependentes do melhor, mais sólido e atualizado saber científico disponível, visando garantia de benefícios sem danos ou com mínimos deles. Um claro e assumido cientificismo (decisões estritamente baseadas em melhores evidências científicas) nas ações preventivas a mais é crucial pelos argumentos acima, e isso traz dificuldades específicas, que abordaremos adiante.

Como vimos acima, a introdução desta segunda distinção sobre as ações preventivas significa um operador conceitual de alta importância, pois implica uma modulação significativa que funciona em direções opostas conforme o tipo de ação: se ela é redutiva, as maiores exigências e rigores éticos e técnicos são atenuadas, dados as características mencionadas dessas ações. Se a ação é aditiva, essas exigências e rigores devem ser multiplicados

e intensificados, devido ao alto poder de dano das intervenções. Assim, a distinção entre redutivas e aditivas introduz um divisor de águas no universo das ações preventivas: simplificador e favorável a recomendação das ações quando as elas são redutivas; complicador e contrário (*a priori*) a recomendação da ação quando elas são aditivas.

Nas ações redutivas, como elas não implicam intervenções específicas mas sim a redução da exposição a riscos, situações e fatores patogênicos, estão configuradas situações mais favoráveis de avaliação da segurança, incerteza e tolerância ao dano, como discutimos no tópico anterior. Essa avaliação, por um lado, é possível de ser feita pelo seu inverso, isto é: não é necessário um ensaio clínico para provar que parar de fumar diminui o risco de cancer ou doença cardíaca, pois temos dados e evidências sobre o seu inverso, o fato de que fumar aumenta significativamente o risco de cancer e doença cardíaca. Assim, a diminuição da exposição ao fumo, à poluição, aos alimentos multiprocessados, a diminuição do tempo de sono e lazer, ao sedentarismo, à privação sócio-econômica etc. não precisam ser novamente testados em ensaios clínicos para a produção de evidências sobre desfechos finais das ações preventivas redutivas, uma vez que já estão disponíveis tais evidências e achados no sentido inverso como acima exposto; ainda que nem sempre em ensaios clínicos (mas em estudos observacionais, de coorte, etc, com grande convergência, coerência teórica e plausibilidade biológica), com piores resultados finais. Outrossim, muitas vezes a produção de evidências desse tipo seria inviável e considerada antiética, pois um estudo de intervenção em que se manteria um grupo controle exposto a um ou mais fatores sabidamente patogênicos (pelo que sabemos hoje) não é admissível ou seria muito questionável eticamente.

A situação é completamente invertida na prevenção aditiva, em que se interpõem um fator artificial de proteção que não existe na ecologia normal dos organismos humanos e na história de sua adaptação ao meio ambiente, em que então há que haver produção nova de evidências de alta qualidade e idôneas sobre resultados finais da ação (benéficos e danosos).

A distinção entre ações preventivas aditivas e redutivas é fundamental pois implica em um novo posicionamento ético-técnico e emocional, posterior ao derivado da primeira distinção (entre cuidado ao adoecimento presente e

prevenção). A partir desta segunda distinção, aplicada a qualquer proposta preventiva, partiremos da perspectiva gerada pela primeira distinção para o caso da prevenção (conservadorismo resistente tranquilo cauteloso) e avaliaremos o tipo de ação preventiva em questão. No caso de uma ação preventiva redutiva, modulamos tal postura numa direção cautelosa, calma, comedida e sem pressa para com a prevenção, com mais tranquilidade, otimismo e critério, como devem ser todas as ações profissionais e sanitárias, e mais ainda na prevenção. Assim, podemos e devemos agregar e recomendar medidas preventivas redutivas consensualmente não ou pouco problemáticas aos cuidados clínicos aos adoecidos no presente, aos demandantes de orientações preventivas e à população e sociedade em geral nas ações de saúde pública, comunicação social e nas políticas públicas, de dimensão coletiva e social. Ou mesmo podemos exercitá-las separadamente, conforme o contexto, individual e ou coletivamente, no seu amplo aspecto de salutogênese.

Por outro lado, no caso das ações preventivas aditivas, a segunda distinção implica em um segundo deslocamento de perspectiva e postura, acentuando a direção já indicada pela primeira distinção, que torna-se redobradamente mais prudente, acentuando o ceticismo negativista resistente, gerado pela primeira distinção. Esse segundo deslocamento subjetivo, resulta numa postura ainda mais intensamente cética e cautelosa no caso da prevenção aditiva: algo que pode ser sintetizado grosseiramente como um “conservadorismo resistente tranquilo cauteloso cético negativista”; dados os altíssimos resquitos éticos e técnicos derivados dos potenciais danos dessas ações aditivas (reptimos, que só devem ser indicadas ou realizadas em casos muito bem estabelecidos a partir de idôneas e consensuais evidências que levem em conta tanto benefícios quanto danos, amplamente favoráveis aos benefícios).

Isso gera, então, do ponto de vista da prevenção quaternária, devido aos danos potenciais muito maiores e do potencial de biomedicalização excessiva com cascatas de intervenção geradoras de danos adicionais imprevisíveis, uma preferência explícita, tanto no cuidado clínico como na saúde pública, por ações preventivas redutivas, consensualmente bem estabelecidas, de nulo ou baixíssimo risco de dano, e com efeito amplamente benéfico.

Sendo tão problemáticas e potencialmente perigosas as ações de prevenção aditivas, ao mesmo tempo elas são intensamente banalizadas e propagandeadas na sociedade e mesmo na profissão médica, como os maiores e mais espetaculares progressos científicos e tecnológicos, como uma promessa constantemente reatualizada pela alta tecnologia da medicina e da ciência, como um cerne dentro dos ideais, das crenças e do imaginário iluminista da modernidade ocidental, cujo avanço tornaria as novas e abundantes tecnologias preventivas aditivas individuais supostamente seguras e poderosas.

Dentro desse imaginário pós-moderno ultracientíficizado, são necessários antídotos conceituais e simbólicos poderosos para limitar e redirecionar as crenças, para conectar as mentes com a realidade presente resgatando a precaução e a proteção dos doentes, dos usuários não doentes e das populações, para preservar os deslocamentos permitidos e gerados pelas duas distinções anteriores e orientar a avaliação rigorosa das ações preventivas aditivas. É justamente nesse sentido que uma terceira distinção, bem trabalhada e discutida pioneiramente também por Geoffrey Rose (1985, 2010), considerada por alguns como uma das mais importantes contribuições da epidemiologia ao cuidado preventivo do final do século XX, se impõe para colaborar na construção de saberes para julgamento e decisão sobre indicação de medidas preventivas, a seguir abordada.

### **Estratégias preventivas populacional e de alto risco**

Rose (1985, 1993, 2010) estabeleceu outra diferenciação básica entre ações preventivas: a estratégia (ou abordagem) populacional e a estratégia preventiva de alto risco. A abordagem populacional refere-se a ações voltadas para o conjunto da população, enquanto as de alto risco dirigem-se especificamente a uma parcela selecionada de maior risco.

A estratégia populacional é direcionada para problemas cujo risco distribui-se universalmente pela população, ou cujos determinantes afetam a sociedade como um todo. Seu objetivo é controlar esses determinantes de base da saúde enferma e desse modo reduzir as taxas de incidência na população. Esta estratégia parte do reconhecimento de que a ocorrência de

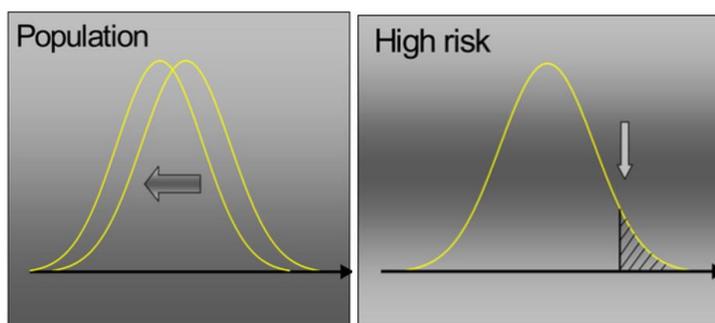
doenças e seus fatores de risco são reflexos do comportamento e das circunstâncias da sociedade como um todo. Rose (2010) mostra que considerar o problema das minorias doentes ou de alto risco como se sua existência fosse independente do resto da sociedade está baseada em falsos pressupostos e é manifestadamente não efetiva. Alcoólicos, adictos a drogas, obesos, inválidos, doentes mentais, pobres, hipertensos, desempregados não surgem independentemente do resto da sociedade. Ao contrário, a média de consumo de álcool prediz o número de bebedores pesados, a média da pressão arterial prediz a prevalência de hipertensão, a média da saúde mental da população prediz o fardo dos “transtornos psiquiátricos” e assim por diante. Isso implica que a ocorrência de um desvio e seu transtorno associado reflete as amplas características da população e dessa forma, a prevenção exige aceitação da responsabilidade coletiva. Embora as causas das doenças não sejam muitas vezes conhecidas, sabe-se com segurança que estão relacionadas com a dieta, moradia, emprego, renda, estresse, exercícios, meio-ambiente, uso do tabaco e álcool, hierarquia social, etc. Cada sociedade tem suas próprias características, muitas que influenciam a saúde. Esses fatores de risco e determinantes gerais sociais podem mudar e quando o fazem as distribuições nos riscos tendem a mudar como um todo.

Segundo Rose, (2010), existem várias razões pelas quais uma ação preventiva sobre a ampla base da população se faz necessário. A primeira é que muitas das causas subjacentes são simultaneamente comportamentais - como se alimentar, beber e se exercitar - e socialmente condicionadas. Isto é, dependem tanto do fator disponibilidade como das escolhas pessoais. Mas o estilo de vida pessoal também é sociologicamente condicionado. Jovens motoqueiros ficam felizes em usar um capacete se for isso que seus amigos e formadores de opinião (pessoas que servem como modelo) estiverem fazendo. Os indivíduos têm dificuldade em buscar uma alimentação diferente do seu círculo familiar e social. Faz pouco sentido esperar que os indivíduos se comportem diferentemente de seus pares. É mais apropriado buscar mudanças gerais nas normas comportamentais e nas circunstâncias sociais e culturais que facilitem que tais mudanças sejam adotadas. Uma vez que a sociedade tenha assumido uma nova norma de comportamento (mais saudável) a manutenção de hábitos saudáveis não requer mais esforços individuais.

Segundo Rose (2010) a fase de educação em saúde é uma necessidade temporária e que depende de mudanças nas normas e determinantes sociais.

Os fatores de risco muitas vezes estão distribuídos universalmente na população, em curvas normais em forma de sino, como por exemplo a pressão arterial sistólica (parte esquerda da figura 1). Mesmo uma pequena mudança na distribuição total do risco pode ter um grande efeito no número de indivíduos que estão contidos na extremidade de alta vulnerabilidade. Uma redução pequena no risco de grande número de pessoas produzirá maior impacto do que uma grande redução do risco em um pequeno grupo de pessoas com alto risco (Rose, 1985, 1993). Assim, a estratégia populacional almeja mudar toda a curva de distribuição dos riscos, deslocando um pouco e empurrando toda a curva populacional (lado esquerdo da figura 1).

**Figura 1: abordagem preventiva populacional e de alto risco**



Fonte: extraído de Makover (2005), p. XXXX

Rose (2010) discutiu vantagens e desvantagens da abordagem preventiva populacional. Uma desvantagem é que a relação benefício-risco individual é "preocupante". Há uma pequena possibilidade de benefício para qualquer indivíduo, ao que chamou de paradoxo da prevenção; mas todos estão expostos à intervenção e, se ela for do tipo aditiva e/ou com efeitos adversos, todos estão expostos a eles (como a medicalização, ansiedade e efeitos colaterais e danos dos tratamentos preventivos). Outra desvantagem é a falta de motivação dos indivíduos, cada um dos quais têm uma chance pequena de benefício e não se sente em risco ou doente. Tem-se tentado sistematicamente melhorar a motivação através do uso explícito do medo, que por si só corrói e prejudica a saúde. "Se você não fizer mais exercício, melhorar

a sua dieta ou tomar esta medicação, você vai ativamente colocar-se em risco de uma morte prematura" (Heath, 2006, p.449).

Por outro lado, as vantagens e potências dessa estratégia são notáveis: ela é radical, poderosa e socialmente (comportamentalmente) apropriada. Radical porque se a população toda está ficando doente (obesa, sedentária, etc) e exposta a fatores de risco gerais e determinantes sociais importantes, tratar os indivíduos mais vulneráveis é uma resposta superficial, sintomática e pouco potente. Eles representam a manifestação do problema, não suas raízes. Precisamos perguntar por que esses casos ocorrem e então buscar soluções para seus determinantes subjacentes. As doenças e as incapacidades comuns surgem porque muitas pessoas estão expostas a essas causas subjacentes e um problema amplamente difundido necessita de uma resposta abrangente, ou seja, uma estratégia populacional. É aqui que a prevenção na estratégia populacional identifica-se com e instrumentaliza amplamente o discurso da promoção da saúde contemporânea na sua vertente crítica de priorizar os determinantes gerais da saúde-doença, por exemplo, no caso das doenças cardiovasculares (Chor e Faerstein, 2000). Os estudos e idéias de Geoffrey Rose demonstram claramente a superioridade da abordagem populacional sobre a de alto risco, e da superioridade de uma ação societal, estrutural e generalizada sobre ações dirigidas apenas aos indivíduos, pois se pode pensar uma abordagem populacional aplicada apenas nos indivíduos.

A estratégia preventiva de abordagem populacional é poderosa por dois motivos: primeiro, porque nas situações em que muitas pessoas estão expostas ao risco, o benefício total pode ser maior (inesperadamente grande) mesmo que cada indivíduo receba um pequeno benefício. Segundo, porque o nível crítico da exposição ao risco, tal como o nível da pressão arterial para o qual se oferece tratamento farmacológico, comumente ocorre num dos extremos do segmento descendente da curva de distribuição (lado direito da Figura 1, limite da fração assinalada como alto risco): uma pequena mudança na distribuição toda pode ter um efeito surpreendentemente grande na diminuição do número de pessoas com valores acima do nível crítico (Rose, 2010).

As medidas para melhorar a saúde estão relacionadas com problemas mundanos, como habitação, tabagismo, atividade física, alimentação, privação sócio econômica (Link e Phelan, 1995), distribuição da riqueza (Wilkinson e Pickett, 2009; Pickett e Wilkinson, 2015), que carecem do *glamour* da medicina de alta tecnologia. Mas o que lhes falta em *status* e *glamour* é compensado pelo seu potencial de impacto sobre a saúde, precisamente porque lidam com as maiores causas de doenças e incapacidades comuns. Rose (2010) exemplificou esses fenômenos: a redução de 10% nos níveis de colesterol da população pode reduzir de 20 a 30% a doença arterial coronariana. A redução de um terço do consumo nacional de sal reduziria em mais de 20% a taxa de derrames e poderia diminuir pela metade o número de pessoas a serem tratadas de hipertensão.

Por fim, uma abordagem de amplitude populacional pode agir em um nível superficial ou profundo. A educação em saúde é com freqüência uma abordagem superficial, ao buscar persuadir as pessoas a se comportarem de modo diferente (inevitavelmente frustrante se descolada de abordagens e mudanças profundas, sociais, culturais e econômicas). Uma abordagem mais profunda e efetiva tem por objetivo remover os impedimentos subjacentes que impedem um comportamento mais saudável ou o controle das pressões adversas. A primeira, também denominada abordagem médica, é importante, contudo, somente a abordagem política e social confronta as raízes causadoras. Ambas associadas certamente tem sua potência multiplicada.

Exemplos típicos de ações de abordagem populacional são o uso de cinto de segurança, restrição do sal nos alimentos, a inclusão de iodo no sal de cozinha, ou de ferro na farinha. Também o são medidas legislativas e regulação de ações com impacto sanitário e ambiental, políticas públicas de regulação de atividades correlatas, e de promoção de atividades salutogênicas, como subsídios a produção agrícola de alimentos sem agrotóxicos e promoção da distribuição da riqueza social, diminuindo as desigualdades sociais, este último um dos mais importantes determinantes gerais da saúde na contemporaneidade (Marmot 2006; Wilkinson e Pickett, 2009; Pickett e Wilkinson, 2015), ou a priorização de mobilidade sustentável nas cidades através de ciclovias etc. Todavia, infelizmente, esta abordagem não tem atraído

a atenção de políticos, macrogestores dos sistemas de saúde, governantes e profissionais de saúde.

A estratégia mais utilizada tem sido a abordagem de alto-risco, que significa selecionar grupos de alto-risco para a aplicação de uma medida preventiva: separar uma minoria ‘problema’ do restante da sociedade considerada ‘normal’ (lado direito da figura 1). Esta estratégia é muito atrativa e tem sido a mais utilizada na biomedicina, sendo coerente com sua tradição de cuidado individual às pessoas e expandindo-se nas últimas décadas para saúde pública. Parece mais lógica e adequada: primeiro, porque faz sentido tanto aos profissionais como aos pacientes, visto que ambos entendem mais facilmente o porquê da intervenção. Segundo, por ser custo-efetiva, pois os recursos preventivos são direcionados àqueles que mais precisam. Finalmente, porque se encaixa mais no cotidiano dos serviços de atenção à saúde, que geralmente operam na lógica do modelo individual do cuidado às doenças (Norman, 2015; Rose, 2010), e como os estados de alto risco tendem a ser manejados como doenças, ela se encaixa bem na lógica biomédica de cuidado através da medicalização dos riscos. O tratamento atual para a hipertensão, por exemplo, é organizado na lógica preventiva de alto risco (Chor e Faerstein, 2000).

Essa abordagem, apesar de intuitiva, apresenta algumas desvantagens e limitações: pequeno impacto para a saúde pública, alto custo, implica em cuidados e monitoramento vitalício ao grupo de alto risco, necessita manutenção por gerações e é comportamentalmente inadequada, ao exigir de pessoas que se comportem distintamente de seu meio social (Rose, 2010, Norman e Tesser, 2015; Amaral et al, 2013). Também é difícil para aquele que recebe a intervenção quantificar seu real benefício, visto que se opera no campo da probabilidade de benefício futuro. Muitos serão tratados para alguns poucos serem beneficiados, mas não se sabe quais serão (Norman, 2015).

Mesmo sendo mais desprestigiada e a menos conhecida, a abordagem populacional é amplamente vantajosa sob vários aspectos. Para se ter uma ideia da potência destas duas abordagens podemos considerar um balanço que uma instituição nacional de saúde pública importante realizou na virada do século sobre as conquistas da saúde pública no século XX. Trata-se de uma série de artigos que o Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

norteamericano publicou sobre o que chamou de as dez maiores conquistas da saúde pública norte-americana no século XX (CDCa). Apesar do balanço não focar especificamente sobre os aspectos preventivos, veremos que eles são amplamente e majoritariamente contemplados. Embora esse país não seja um bom exemplo de sistema de saúde, a consideração de sua avaliação não pecará por excesso de criticidade. Ou seja, usaremos como referência o que pode ser considerado como uma avaliação conservadora das conquistas preventivas, realizada por um país com tendências sabidamente pró-intervencionistas e fortes influências comerciais nos sistema de saúde.

A dez conquistas são: a vacinação infantil (CDCb), a melhoria na segurança dos veículos automotores (CDCc), a melhoria na segurança dos locais de trabalho (CDCd), melhor controle das doenças infecciosas (CDCe), o declínio nas mortes por doenças cardiovasculares (doença coronária e acidente vascular cerebral) (CDCf), melhor segurança materno-infantil (CDCg), alimentos mais seguros e saudáveis (CDC h), fluoretação da água potável para prevenção da cárie (CDCi), o reconhecimento do uso do tabaco como um perigo para a saúde e as campanhas para sua redução (CDCj), e por fim, o planejamento familiar, que mudou a cultura e o papel das mulheres nas sociedades, contribuindo para a sua saúde (CDCk). Uma primeira análise desses dez temas mostra, claramente, que a maior parte dessas conquistas foram preventivas, mas há obviamente importantes conquistas terapêuticas envolvidas em vários casos. Ao analisarmos esses avanços, apenas nos seus aspectos preventivos, a partir da segunda e da terceira distinções (prevenção aditiva e reductiva; abordagem populacional e de alto risco), os resultados, divididos quanto à aplicação individual ou coletiva das ações preventivas, podem ser sintetizados conforme o Quadro 3, abaixo.

**Quadro 3. Aspectos preventivos das maiores conquistas da saúde pública norte-americana no século XX, segundo o CDC\* (1999a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k).**

Prevenção redutiva		Prevenção aditiva				
		Estratégia populacional		Estratégia de alto risco		
Aplicação coletiva	Aplicação individual	Aplicação coletiva	Aplicação individual	Aplicação coletiva	Aplicação individual	
			<b>X</b>			Vacinação infantil eliminaç/ controle dças infecciosas
<b>X</b>	x	<b>X</b>	x			↑ Segurança automóveis → ↓ acidentes
<b>X</b>	x	<b>X</b>	x			↑ Segurança no trabalho
<b>X</b>		<b>X</b>				↓ Doenças infecciosas pelo saneamento da água
x	x				<b>X</b>	↓ Mortes por doenças cardiovasculares
<b>X</b>		<b>X</b>				↓ Deficiências nutricionais e ↓ contaminação da água
<b>X</b>			x			↑ Segurança materno- infantil
			<b>X</b>			Planejamento familiar, contraceptivos, condóm
		<b>X</b>	x			↓ Cáries pela fluoretação da água
<b>X</b>	x					↓ Tabagismo

\* CDC= Centers for Disease Control and Prevention, United States of America.

Fonte: elaboração dos autores e referências citadas no título do quadro.

No quadro 3 notamos que as estratégias populacionais e de prevenção redutiva constituem a quase totalidade desses sucessos ou avanços, apesar do óbvio *glamour* e da preferência que se tem dado as estratégias preventivas aditivas e de alto risco. Análises de cada um dos casos desse quadro fugiria ao escopo desse texto, no qual nos restringimos a alguns comentários com o objetivo de realçar a utilidade e potência das duas distinções nele envolvidas e dos tipos de ações preventivas diferenciadas, bem como ilustrar a superioridade das ações preventivas na abordagem populacional e redutivas.

A vacinação infantil é uma típica ação de prevenção aditiva na abordagem populacional de aplicação individual. Seu sucesso na prevenção (e em poucos casos eliminação) das chamadas doenças infecciosas é um dos grandes triunfos da medicina e da saúde pública do século XX. Já no século XXI, embora hajam grandes esforços e gastos em pesquisa e aplicação nesse sentido, poucos ou mesmo talvez nenhum sucesso significativo podem ser identificados. Por outro lado, excessos tem sido praticados, como as recentes

campanhas massivas de tratamento precoce para gripe aviária (referência). Outro exemplo, adiante discutido, é a disseminação em sistemas de saúde ainda precários como o SUS da vacinação contra HPV (papiloma vírus humano).

A maior segurança nos veículos automotores é outro típica ação na abordagem populacional. As ações responsáveis por ela podem ser entendidas, inclusive, como prevenção redutiva, se pensarmos que aumentar em muito a segurança nessas máquinas é corrigir ou diminuir os excessivos riscos artificiais decorrentes da exposição dos seres humanos a deslocamentos e velocidades máquinicas, muito além da ecologia e economia do corpo humano, inventadas e possibilitadas na modernidade pela tecnologia pós-revolução industrial. Isso foi possível por melhorias na engenharia para tornar veículos e estradas mais seguras, mas também por medidas legais gerais de regramento e legislação enquadrando o comportamento pessoal, como por exemplo, obrigatoriedade do uso de cintos de segurança, assentos de segurança infantil, capacetes para motociclistas e proibição do álcool ao dirigir (CDCc).

O mesmo raciocínio vale para a maior segurança no trabalho, cujos riscos derivados da translação das tecnologias científicas laboratoriais para escala de produção industrial, são produções artificiais da modernidade que geraram riscos desproporcionais à saúde humana, associados a violência da exploração excessiva do trabalho humano no capitalismo (CDCd), ainda hoje abundantes, sobretudo no terceiro mundo.

Um maior controle das doenças infecciosas resultou de água potável e saneamento melhorados, diminuindo drasticamente infecções como a febre tifóide e cólera, uma das principais causas de doença e morte no início do século XX (CDCe). Isso foi realizado através de ações de prevenção na abordagem populacional, que inclui ações de prevenção aditiva (tratamento da água) e redutiva (preservação de mananciais de água limpa, etc).

A segurança materno-infantil melhorou muito, e os aspectos preventivos da mesma envolveram tanto ações de prevenção redutiva quanto aditiva, como, por exemplo, melhor higiene e nutrição, disponibilidade de antibióticos, maior acesso aos cuidados de saúde e os avanços tecnológicos na medicina materna e neonatal (CDCg). A maioria dessas ações são de abordagens

populacional, embora provavelmente ou pelo menos talvez o componente terapêutico nessa melhora seja maior do que o preventivo.

A segurança alimentar melhorou, com diminuição das principais doenças por deficiência nutricional, como raquitismo, bócio e pelagra nos EUA, durante o século XX, com o decréscimo da contaminação microbiana, identificação de micronutrientes essenciais e fortificação de alimentos (CDCCh). Isso envolveu destacadamente ações de abordagem populacional aditivas. Parece, nesse caso, haver flagrante precariedade e subvalorização nas ações de prevenção redutivas, envolvendo diminuição de alimentos multiprocessados e aumento da produção e do consumo de alimentos sem agrotóxicos e produzidos localmente, o que aumentaria muito a segurança alimentar e nutricional das populações e a sustentabilidade a longo prazo das culturas alimentares.

Através de desenvolvimentos tecnológicos associados a mudanças culturais, que podem ser considerados como uma abordagem preventiva aditiva populacional, já que envolve comumente ou muitas vezes uso de fármacos, destinadas a todas as mulheres e homens, o planejamento familiar e a contracepção mais acessíveis alteraram os papéis sociais das mulheres, com benefícios para a saúde: mais longo intervalo entre o nascimento dos filhos, aumento das oportunidades para o aconselhamento pré-concepcional, menos mortes maternas e infantis e melhor prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (CDCk).

A cárie dentária diminuiu drasticamente ao longo do século XX, nos EUA e nos países de alta renda, sendo isso atribuído a fluoretação da água, uma típica medida de prevenção a mais na abordagem populacional (CDCi), mas também ao uso tópico de flúor nos dentifrícios etc. Apesar de recentes evidências colocarem em dúvida o papel da fluoretação da água, uma vez que há tendência de convergência nos níveis de cárie de países de alta renda com e sem fluoretação da água, provavelmente devido ao fato de que a fluoretação tópica ter o mesmo efeito (SCHER, 2011), a mencionamos aqui porque foi incluída nesse conjunto de melhorias e ser um exemplo da potência da abordagem preventiva populacional. Nesse caso, como em todos os outros de prevenção a mais, tal potência deve ser reavaliada frente a novas evidências sobre o balanço benefícios x danos.

O reconhecimento do uso do tabaco como um perigo para a saúde e campanhas subsequentes anti-tabagismo na saúde pública resultaram em mudanças nas normas sociais para prevenir a iniciação do uso do tabaco, promoção da cessação de uso e de redução da exposição ao tabagismo passivo (CDCj). Há aqui paralelismo entre abordagens populacionais e de alto risco, com evidente superioridade das primeiras. Em países onde se conseguiu inverter o valor social e cultural do tabaco, que passou a ser considerado feio e indesejável, o tabagismo diminuiu drasticamente, como no Brasil, em que o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país reduziu de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013 em áreas urbanas e rurais (Brasil, 2014).

Por último, a redução da mortalidade cardiovascular é o único problema de saúde pública em que a abordagem de alto risco permanece a mais importante, como se nota no Quadro 3, dentre os dez maiores sucessos selecionados. Não se sabe o quanto desse sucesso é terapêutico, dado que nas últimas décadas esse campo desenvolveu-se sobremaneira. O que é digno de ser comentado sobre essas ações de alto risco é que: a) a sua eficácia tem sido relativamente baixa; b) não houve tentativas enfáticas de estratégias populacionais, provavelmente muito mais potentes, como estimou Rose (2010), de redução do risco no conjunto da população; c) este é um dos núcleos duros de medicalização e sobremedicalização dos riscos, que move cifras financeiras astronômicas com o uso de estatinas (drogas redutores do colesterol) e de equipamentos e insumos biomédicos de monitorização do risco cardiovascular.

Apesar do limitado poder de eficácia e efetividade dessa abordagem, ela é perfeitamente adaptada e retroalimentadora da economia de mercado da saúde e do consumo de bens e serviços médicos e farmacêuticos, cujos aumentos de custos crescentes (Mckee e Healy, 2002) não são compensados com proporcionais melhorias nos indicadores de saúde, o que se sabe desde meados da década de 1980 (Coelho, 2008). Nessa época, aparecem as estatinas e um novo *boom* de medicalização dos riscos e da prevenção explode, invadindo a cultura, a produção de saber científico e as práticas clínicas dos médicos em geral e dos médicos de família e comunidade em particular.

Desde então, a estratégia de alto-risco vem se expandindo por meio do rebaixamento dos pontos de corte, classificando porções populacionais

progressivamente maiores como de 'alto-risco' ou doentes, multiplicando os inconvenientes dessa estratégia (Starfield e col., 2008), na medida que vai aplicando-a a porções cada vez maiores das populações.

Ações na abordagem de alto-risco incluem formas de prevenção secundária, que rastreia e trata riscos, condições e doenças (hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, cânceres). Os rastreamentos de doenças e de fatores de risco fazem funcionar a 'engrenagem' do alto-risco com intervenções individuais repetidas vitalícias, mantidas por várias gerações, utilizando tecnologias comumente caras e aditivas (sabidamente de grande potencial de dano), produzindo pré-doenças, pseudodoenças, sobrediagnósticos e sobretratamentos, bem como ocasionando danos significativos e medicalização social (Welch, 2011). Rastrear e tratar não reduz suscetibilidade, não aborda causas e têm pouco impacto na morbimortalidade coletiva (Rose, 2010). Tem um efeito sabidamente medicalizante, ao transformar indivíduos assintomáticos apenas com risco acrescido em pacientes, e, mais radicalmente, convertendo-os em doentes crônicos, o que é definitivamente estabelecido na sua auto-imagem com o uso prolongado de medicamentos (Heath, 2006). Além disso pode gerar, e amiúde o faz, significativos danos, perceptíveis e imperceptíveis. Por exemplo, a relação entre danos e benefícios do rastreamento do cancer de mama com mamografia começa a ficar inconclusiva ou desfavorável, questionando a indicação desse rastreamento em qualquer faixa etária, mudança esta devido principalmente ao sobrediagnóstico<sup>14</sup>, um dano tecnicamente determinado e imperceptível tanto do ponto de vista leigo como profissional (Tesser e Campos, 2015).

A estratégia de alto risco, ao viabilizar a operacionalização de tratamentos individuais dos riscos convertendo-os, para todos os efeitos práticos, em doenças crônicas, desenvolveu-se avassaladoramente na biomedicina e na saúde pública; invadiu e colonizou os manuais médicos, os protocolos e a atividade clínica, gerando uma multidão de pseudo-doentes tratados como doentes.

---

<sup>14</sup> Diagnose de doenças ou de alterações que não teriam significado clínico na vida da pessoa, mas que ao ser diagnósticas, geram um sobretratamento (tratamento desnecessário), por não se saber quando e em que casos o diagnóstico é um sobrediagnóstico ou um diagnóstico de doença que avançaria (os casos que adoeceriam estão misturados com e indistinguíveis dos que não adoeceriam no momento da diagnose). Assim, o sobrediagnóstico ocorre quando uma doença é corretamente diagnosticada em pessoa assintomática mas a doença não teria consequências clínicas na vida dela, não se manifestaria. Embora seja anti-intuitiva, essa condição é muito mais comum do que parece (Tesser e Campos, 2015).

Devido ao fato de a estratégia de alto risco apresentar inevitavelmente pobres resultados do ponto de vista da morbimortalidade coletiva (da saúde pública), as tentativas constantes de rebaixamento do ponto de corte para alto risco ou dos umbrais terapêuticos para a intervenção farmacológica visam transformar esse tipo de ação preventiva aditiva farmacológica em uma abordagem “quase populacional”, visando mimetizar a abordagem populacional para angariar seu efeitos, através de perigosas, caras e repetidas ações de prevenção aditiva nas parcelas cada vez maiores classificadas como de alto risco, transformando tendencialmente cada vez maiores porções da população na fração de alto risco, recebendo quimioprevenção (Makover e Ebrahim, 2005). Em todo o caso, não se deve confundir uma estratégia com a outra.

Rose claro ao distinguir dentre as possibilidades de abordagem populacional. Uma primeira é redutiva e restaura a normalidade biológica, impedindo a exposição a riscos (como a fumaça do tabaco ou a poluição industrial do ar, ou a distribuição de renda reduzindo a privação socioeconômica (Link e Phelan, 1995; Pickett e Wilkinson, 2015)). A segunda é aditiva aplica uma intervenção supostamente de proteção, mas muito menos robusta, porque deixa as causas subjacentes intactas. O uso massivo de medicamentos para políticas preventivas de saúde pública se enquadra nessa última. Como mais e mais fatores de risco são identificados, seguidos de perto por um tratamento farmacêutico para cada um, a ambição de mudar toda a curva populacional legitimaria o tratamento por atacado de drogas de populações saudáveis, com grande despesa e com enormes lucros farmacêuticos. Reiterando a posição de Rose (1985, 2010), há clara necessidade de priorizar, do ponto de vista de prevenção quaternária, a redução da exposição a riscos (prevenção redutiva) e desviar da aplicação de profilaxia via produtos farmacêuticos (prevenção aditiva) (Heath, 2006).

Além disso, outro aspecto da primeira distinção discutida tem relevância especial no contexto atual da tendência de tratamentos preventivos farmacológicos massivos, quase-populacionais: ao tratar adoecimentos (presentes), se o paciente responde ao tratamento ele pode ser continuado ou, se não, interrompido ou modificado. Quando se trata apenas riscos de doença, o resultado é probabilístico: se a doença é prevenida ou nunca iria se desenvolver, o tratamento continua indefinidamente (O'Donnell et al., 2005) e,

do ponto de vista da coletividade, geração após geração. Ou seja, trata-se da transplantação forçada de uma ação preventiva aditiva na abordagem de alto risco para o formato massivo similar ao da abordagem populacional, mas preservando todos os problemas, limites, custos e iatrogenias da primeira. Isso merece, evidentemente, urgentes ações de prevenção quaternária, que passam, como mínimo e primeiro passo, pela identificação do problema e conscientização sobre ele.

Para piorar, quando as soluções individualizadas tornam-se predominantes, intervenções de base populacional nas causas subjacentes tendem a diminuir e escassear, e o resultado é o agravamento das desigualdades na saúde (Heath, 2006).

O quadro 4 abaixo sintetiza as vantagens e desvantagens das estratégias de alto risco e de abordagem populacional, que são fortemente assimétricas do ponto de vista da prevenção quaternária.

Quadro 4. Estratégias preventivas de alto risco e populacional

<b>Abordagem de alto risco</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
A intervenção é apropriada ao indivíduo	A prevenção se torna medicalização
Evita intervir nas pessoas que não têm alto risco	O sucesso é paliativo, temporário e restrito, sem afetar suscetibilidade ou causas do problema
Oferece um uso custo-efetivo dos recursos	É comportamentalmente inadequada ao exigir mudança comportamentais em indivíduos isolados
Acomoda-se rapidamente dentro das organizações dos serviços	É limitada pela pouca capacidade de prever o futuro dos indivíduos
Sua seletividade melhora a razão risco-benefício	Apresenta problema de custos para sua realização
	Contribuição para o controle global da doença é muito frustrante
<b>Abordagem populacional</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
É Radical e incide sobre a suscetibilidade e as causas do problema, melhorando a situação de toda a população como um todo	Tem que ser aplicada a população (se for prevenção aditiva expõe todos ao potencial de danos)
Grande potencia para diminuir/controlar o problema na coletividade	Necessita amplo apoio social e político e para implantação
Grande impacto no grupo de alto risco	Falta de motivação dos indivíduos
Não gera medicalização e é segura se for prevenção redutiva	Pequeno benefício individual
Produz efeitos e condições sustentáveis e duráveis	
É comportamentalmente adequada, ao induzir melhorias e situações sócio-culturais mais salutogências na população toda	

Fonte: Adaptado de Norman e Tesser, baseado em Rose (2010)

A estratégia populacional e a de alto risco tem relações entre si e características que precisam ser compreendidas. A segunda é “uma operação de resgate direcionada a indivíduos vulneráveis. Se o problema está confinado a uma minoria identificável e pode ser isoladamente controlado com sucesso, então essa abordagem é adequada (embora precise ser mantida enquanto a sua causa persistir); porém, ela é uma resposta inadequada quando se tem um doença comum ou uma causa amplamente disseminada. Doenças e exposições em massa requerem remédios em massa” (Rose, 2020, p.149), isto é, demandam estratégias populacionais. Por isso, devem ser claramente rechaçadas e denunciadas, quase como ‘ato de má fé’ ou de *disease mongering*, as tentativas de melhorar o controle de doenças e riscos amplamente disseminados através do deslocamento dos pontos de corte classificações de alto risco ou de doenças, tornando-os mais inclusivos, mantendo a estratégia de alto risco como a principal estratégia de enfrentamento do problema. O resultado só pode ser, como explicou Geoffrey Rose, maior custo, frustração nos resultados em termos de morbimortalidade coletiva, frustração das pessoas, tanto os transformados em pacientes quanto dos profissionais, demasiada medicalização e crescimento exponencial da iatrogenia clínica., social e cultural (Illich, 1981). Conjuntamente, nesse processo contra-produtivo para a saúde individual e coletiva, há hipertrofia e quase insustentabilidade do chamado complexo médico-industrial, a economia e a indústria da doença e dos riscos, da alta tecnologia médica, que é desenvolvido e fomentado pelo fracasso previsível da estratégia de alto risco, cada vez mais difícil de pagar.

Assim, a terceira distinção entre abordagem preventiva populacional e de alto risco pode ser acrescentada e associada à segunda distinção, produzindo uma preferência forte, explícita e bem fundamentada que modula, detalha e enriquece a anterior: dados os limites e problemas da abordagem de alto risco para problemas ou exposições (riscos) disseminados (pequeno impacto na morbimortalidade coletiva, inadequação comportamental, alto custo, eternidade das ações ao longo da vida individual e das gerações, biomedicalização decorrente, alto dano iatrogênico), deve-se preferir

abordagens preventivas populacionais redutivas, e somente se necessário, possível e bem justificado, ações preventivas aditivas, na abordagem populacional, desde que muito bem fundamentadas e seguras.

Essa orientação não tem sido seguida em geral até agora, haja vista a progressiva concentração da riqueza na maioria das sociedades, por exemplo. Cerca de 10% dos adultos do mundo detem 85% da riqueza global, enquanto a metade mais desfavorável da população mundial fica com menos de 1% desse montante (Cattani, 2013; Mariuzzo, 2014). Mas o fato de que é difícil mudar sociopoliticamente e economicamente o mundo globalizado capitalista não é argumento nem deve ser obstáculo a que essa preferência seja explicitamente e cientificamente posta para a sociedade, a saúde pública e os profissionais de saúde. Mesmo porque, a educação para a saúde individual, como argumentou Rose (2010), é fadada a grande frustração em um situação sócio-cultural adversa e de grande iniquidade social.

A estratégia de alto risco, sobretudo as envolvendo ações preventivas aditivas, deve ficar restritas aos poucos casos em que o problema (ou a exposição) é circunscrito e há fortes, idôneas e consensuais evidências de boa qualidade de que valem a pena ser oferecidas, e sempre em diálogo singularizador com as pessoas, uma vez que é na dimensão individual que ela faz algum sentido: a pessoa de alto risco é mais facilmente medicalizável e assume a condição de 'quase-doente' pela legitimidade da classificação médica e a disseminação desse tipo de tratamento. Assim, ela é mais disposta às intervenções, e a relação custo-efetividade é melhor. Todavia, na presença de dúvida sobre o balanço danos x benefícios dessas ações aditivas (tipicamente os rastreamentos de fatores de risco e de doenças, incluindo câncer, e os tratamentos de fatores de risco isolados com fármacos), está indicada e acertada a conduta conservadora de não recomendar a ação e de suspendê-la quando já estabelecida, desviando para a prevenção redutiva, mais segura e muitas vezes mais potente, mesmo na dimensão individual, e inclusive cabível nas situações de alto risco. Ou seja, é o caso de enfaticamente e explicitamente recusar ou suspender ações preventivas aditivas se elas não se mostram claramente justificáveis.

Um exemplo didático atual é o rastreamento mamográfico de câncer de mama, já realizado em muitos países europeus com programas organizados de

rastreamento - no Brasil sem um programa organizado - cujas evidências dos últimos anos acumulam-se no sentido de ser pelo menos duvidoso ou negativo o balanço danos x benefícios, sobretudo devido a dimensão do sobrediagnóstico, um dano intrínseco ao próprio ato de rastrear (Tesser e Campos, 2015). Mesmo com o crescente volume de estudos convergindo, não se tem conseguido reverter a indicação do rastreamento ou suspender os programas onde existem (recentes revisões das recomendações persistem sustentando a recomendação do rastreamento mamográfico das mulheres na faixa 50-75 anos [WHO, 2014, Pace e Keating, 2014; USPSTF, 2015; Brasil, 2015]). O que vem ocorrendo lentamente é que as pessoas, os profissionais e os movimentos sociais, na medida em que se desvencilham aos poucos da ingênua crença de quanto mais prevenção melhor e percebem os danos decorrentes, podem simplesmente dizer não (Heath, 2009). Não se sabe o quanto de acúmulo de dados e informações sobre danos será necessário para que se suspenda a recomendação desses rastreamentos, ou mesmo se isso se dará. Ou mesmo se se conseguirá avançar nessa acumulação de estudos idôneos a ponto de reverter essa recomendação. Há divergência de opiniões e de estudos, gerando pelo menos a dúvida. Mas esta já deve ser suficiente para cancelarmos as recomendações.

Em outras palavras, se devemos ser “conservadores resistentes tranquilos cautelosos céticos negativistas” nas ações preventivas aditivas, redobramos essa prudência e ceticismo na abordagem de alto risco, enquanto devemos dar preferência a abordagens populacionais redutivas bem fundamentadas e seguras. Nos casos de ações aditivas, as estratégias de abordagem populacional (de aplicação coletiva e societal ou individual, como vacinações) ou de alto risco devem ser muito bem embasadas em argumentos e evidências científicas, as quais, inclusive devem, inevitavelmente, ser idôneas e dirigirem-se a desfechos finais, tanto dos benefícios como nos danos, o que precisamente a quarta distinção apresentada a seguir vem nos fornecer.

### **Valorizar diferencialmente as evidências e privilegiar as POEM**

Lembremos que no caso da prevenção, sobretudo na prevenção aditiva, devemos ter um especial ceticismo pragmático, cientificista, empírico

e desconfiança para com os saberes e tradições biomédicos, especialmente o ativismo intervencionista típico da situação de cuidado ao adoecido. Pelos motivos discutidos anteriormente, na consideração sobre ações preventivas específicas aditivas estamos, na prática, totalmente dependentes das evidências empíricas voltadas aos desfechos finais que interessam as pessoas, quanto a benefícios e danos. Uma quarta diferenciação crucial, então, necessita ser considerada, para facilitar e viabilizar a avaliação de evidências científicas, crucial na prevenção aditiva e mais ainda na abordagem de alto risco, embora também na populacional.

Trata-se de diferenciar evidências mais importantes orientadas a desfechos finais dos pacientes (sofrimento, morte, qualidade de vida) e evidências menos importantes orientadas para eventos intermediários (diagnose de doenças, parâmetros bioquímicos ou fisiológicos, etc), que se não considerada induz a uma série de confusões e erros de raciocínio, com danos potencialmente muito importantes e presenciados recentemente. Essa diferenciação é comumente expressa pela sigla que se convencionou chamar de Disease Oriented Evidence - DOE e Patient Oriented Evidence that Matters - POEM (Rosser e Shafir, 1998).

Inicialmente proposta como uma maneira de orientar os médicos clínicos na identificação da relevância das evidências que precisam conhecer, em meio a “selva informacional da biomedicina” do século XXI (Slawson et al., 1994; Shaughnessy et al., 1994), tal diferenciação se mostrou fundamental para escrutinar a pleora de saberes da literatura científica biomédica e de produção de novos saberes, que são na sua grande maioria orientadas para as doenças, e não para os pacientes (Slawson et al., 1994).

Em que pese a relevância científica da orientação da pesquisa médica voltada para etiologia, fisiopatológica, farmacologia, mecanismos de ação e fisiopatogênicos, técnicas diagnósticas e eventos intermediários em geral (parâmetros bioquímicos etc), o que mais interesse ao médico clínico, aos doentes, cidadãos e aos sistemas de saúde são as evidências e o conhecimento voltados para os desfechos finais relativos a evolução dos pacientes e resultados das intervenções: melhora dos sintomas, maior longevidade com melhor qualidade de vida e menos complicações, diminuição da mortalidade e ou da incidência ou gravidade dos agravos e doenças. Isso é

ainda mais válido e importante nos caso da prevenção, em que é crucial, repetimos.

As razões conceituais e pragmáticas para tal herarquização são simples: as evidências tipo DOE demandam um número maior de assunções teóricas para crermos na sua potência e veracidade, enquanto as de tipo POEM diminuem esse número (Slawson et al, 1994). Isso é crucial pois como os modelos dos mecanismos de ação e da “história natural das doenças” são incompletos, parciais, limitados e falhos, não tem sido raro que ações sobre eventos intermediários que, pela teoria, deveriam desaguar em efeitos positivos finais, não o fazem, e, inclusive, podem agir ao contrário. Para considerar que diagnosticar precocemente um câncer trará benefícios, teremos que assumir que isso gerará menor mortalidade, menos sofrimento, menos formas graves. Mas só o saberemos após a geração de evidências tipo POEM, em geral, em um ensaio clínico ou metanálise de ensaios clínicos de boa qualidade, associados, após implantação populacional da medida, a estudos epidemiológicos observacionais e comparativos nas populações rastreadas e não-rastreadas. E isso frequentemente não se verificou. “Contrainstintivamente que possa parecer, o erro está em assumir que o diagnóstico e tratamento da doença é o melhor no interesse do paciente” (Slawson et al., 1994, p.509).

Os estudos do tipo DOE (evidência orientada à doença) versam sobre desfechos intermediários, como controle de arritmias, redução do colesterol, controle da pressão, etc. No recente exemplo da terapia de reposição hormonal (TRH) para mulheres menopausadas, cujos estudos preliminares demonstravam que o uso de TRH reduzia o colesterol total e aumentava o colesterol-HDL (colesterol bom), deduziu-se que a TRH protegia o coração e prevenia fraturas futuras. E, apenas com essa evidências intermediárias, intensificou-se o uso de TRH, que então passou a ser também ação preventiva. Ora, o que importa é se a intervenção trouxe benefício ao paciente, ou seja, se aliviou o sofrimento, reduziu a morbidade e a mortalidade. Esta é a evidência POEM. Depois que se realizou um ensaio clínico de alta qualidade pode-se verificar que as mulheres que usavam hormônio, apesar de terem um perfil lipídico melhor, morriam mais (Sacket 2002; WHI, 2002), o que levou inclusive a interrupção do estudo, por motivos éticos. Mas antes disso milhares ou

milhões de mulheres foram submetidas a TRH sem necessidade, provavelmente.

A avaliação de evidências de boa qualidade antes da aplicação de medidas preventivas não tem acontecido como regra, ao contrário, parecem abundar a aprovação e a oficialização de ações preventivas aditivas pouco fundamentadas ou baseadas em evidências tipo DOE e com danos e riscos desconhecidos (Sacket, 2002).

Outro exemplo recente atual dessa diferenciação entre POEM e DOEM é a introdução, nos sistemas da saúde, da vacinação contra HPV<sup>15</sup> para as adolescentes. As evidências não mostram benefício em desfechos finais (tipo POEM: redução de incidência ou mortalidade de câncer de colo útero), mas mostram benefícios intermediários (redução de lesões precursoras, redução da taxa de infecção etc). O relativo pouco tempo de experimentação (menos de três décadas) faz com que não se tenha conhecimento preciso dos efeitos iatrogênicos nem de evidências tipo POEM. Mesmo assim, contraditando a lógica de precaução e de exigência de consensual balanço entre danos (em parte desconhecidos) e benefícios (evidências tipos POEM), a vacina acabou de ser introduzida no Brasil, desviando recursos que poderiam ser investidos em outra técnica sabidamente segura e altamente potente de rastreamento do mesmo câncer, precariamente executado e oferecido a população feminina brasileira: o exame de Papanicolau.

Esta quarta distinção permite o aprendizado de que, além de serem necessárias sólidas evidências científicas para decisão sobre ações preventivas em geral e especialmente as ações aditivas, sobretudo na abordagem de alto risco (mas também na populacional), tais evidências devem ser do tipo POEM, necessariamente, não servindo distinções tipo DOE voltadas a eventos intermediários, por melhor fundamentado teoricamente que esteja o conhecimento clínico e fisiopatológico. Em outras palavras, incorporando a quarta distinção (entre DOE e POEM) à nossa discussão sobre prevenção, o balanço amplamente favorável entre benefícios e danos, estritamente necessário para indicação de prevenção aditiva, deve estar baseado em

---

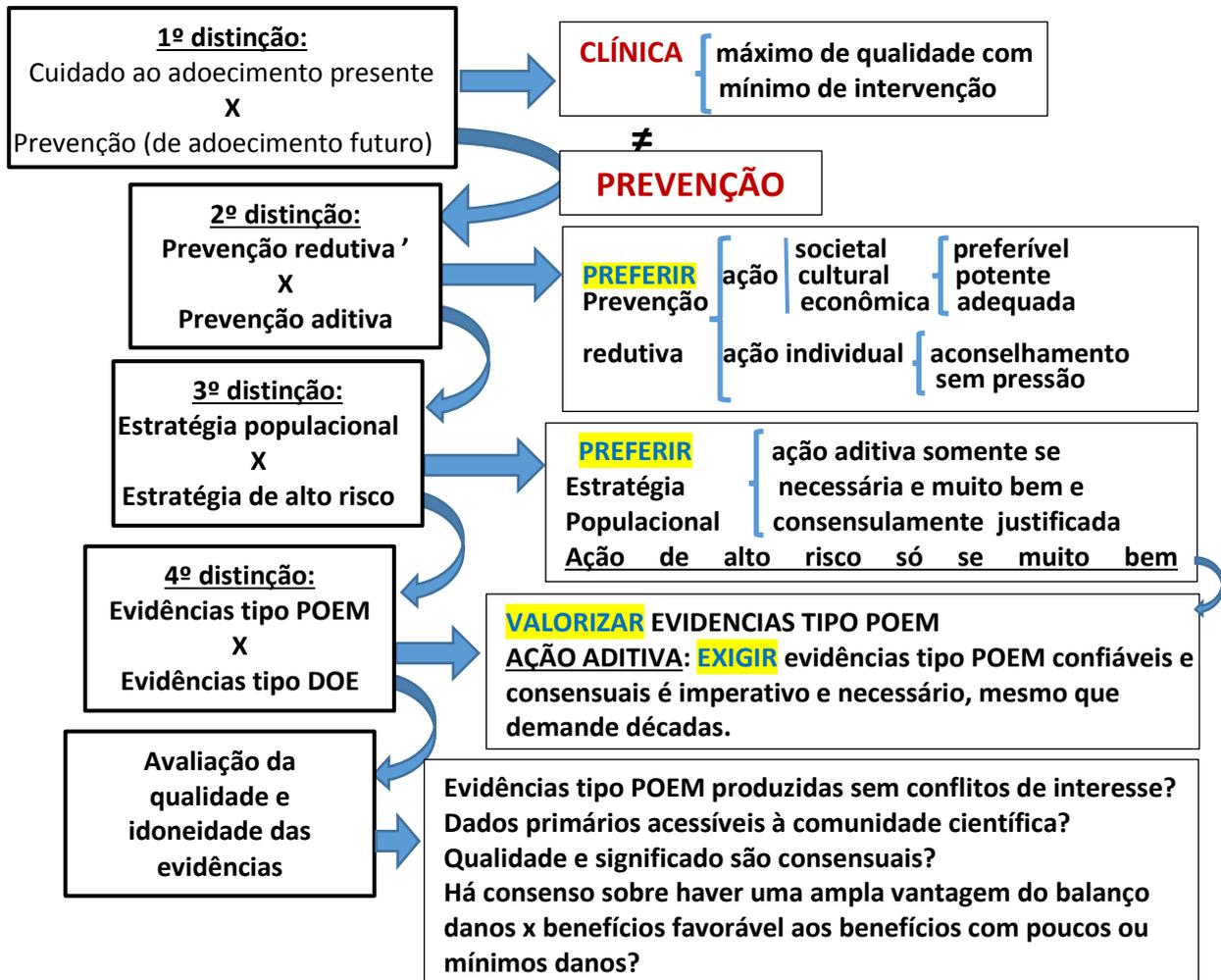
<sup>15</sup> Papiloma vírus, vírus associado com lesões pré-cancerosas de colo uterino, que produz infecções em geral assintomáticas em homens e mulheres.

consensual avaliação do balanço danos x benefícios favorável amplamente aos benefícios sustentado por idôneas e robustas evidências científicas tipo POEM.

Isso nos leva a exigir radicalmente evidências desse tipo de boa qualidade, que incluam estudos de danos, para decisão sobre propostas de ações preventivas aditivas, notadamente as de abordagem de alto risco, sem o que ficaremos impassíveis, calmos, céticos, resistentes, conservadores e praticantes da segura e prudente prevenção redutiva hoje viável. A exigência dessas evidências, por outro lado, nos obriga a avaliar a confiabilidade das instituições produtoras e divulgadoras das mesmas.

Esquematizando as quatro distinções discutidas, a seguir apresentamos um roteiro conceitual de consideração das ações preventivas que sintetiza a articulação das distinções na consideração das ações preventivas, ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Articulação conceitual para consideração de ações preventivas



Fonte: elaboração do autor

Como vimos acima e na discussão da primeira distinção, as evidências tipo POEM são (e devem ser) praticamente os únicos critérios orientadores iniciais das decisões sobre indicação das ações preventivas aditivas, sobretudo na estratégia de alto risco. Entretanto, esta dependência exige que examinemos com cuidado a produção das evidências atualmente, para que modulemos ainda mais as expectativas, a confiança, e os requisitos para as decisões sobre ações preventivas. Trata-se, então, de discutir e considerar a potência, a idoneidade e a interpretação das evidências atualmente produzidas em grande volume, ao usarmos as distinções e propostas acima.

## **A medicina baseada em evidências é pouco confiável**

Questionamentos recentes e eventos envolvendo a medicina baseada em evidência fazem com que o otimismo inicial desse movimento esteja em franco declínio. Embora ela seja um instrumento fundamental de melhoria da pesquisa e do cuidado médico, sobretudo na MFC, tanto na clínica como na prevenção, e sobretudo na prevenção aditivas, em que é fundamental e mandatória, dado ser o único saber confiável a ser criteriosamente utilizado e manejado para avaliar a propriedade e desejabilidade de ações preventivas aditivas, a MBE tem sido também um instrumento reverso, às vezes mesmo perverso, de manipulação das verdades científicas para fins obscuros, associados a chamada indústria do conhecimento (Camargo Jr, 2009; Miguelote e Camargo Jr., 2010).

Há um reconhecimento crescente de que a MBE não é isenta de valores (Kelly et al, 2015) e sua agenda de pesquisa é constituída ou fortemente influenciada por diferentes interesses, o qual dispõe de poderosas estratégias de *marketing*, que envolvem financiamento de pesquisas na área de medicamentos, enviesamento de seus resultados, engendramento de doenças (*disease mongering*) e incentivo à produção e publicação de artigos científicos (Miguelote e Camargo Jr., 2010).

Recentemente, a MBE foi retratada pelos seus próprios defensores como um 'movimento em crise' (Greenhalgh et al, 2014), bem como têm sido discutidos os excessos da medicina (*too much medicine*) relacionados com sobrediagnósticos e sobretratamentos Heath (2013). A crítica necessariamente não aborda seus aspectos conceituais, mas direciona-se a sua íntima ligação com a indústria farmacêutica e de biotecnologias. Esta têm interferido de vários modos nos protocolos de pesquisa via: (1) manipulação da dose-resposta das drogas nos ensaios clínicos controlados e aleatorizados, no grupo intervenção e controle; (2) recrutamento seletivo dos pacientes com maior probabilidade de apresentarem resposta positiva à intervenção em estudo; e (3) adoção de desfechos substitutos orientados a doença e processos fisiopatológico que pouco impactam sobre a morbi-mortalidade (Greenhalgh et al, 2014).

Em um estudo de construção e tráfico de uma doença (*disease mongering*), Payer (2006) identificou dez táticas de manipulação de pesquisas: 1- atribuir a uma função normal algo de errado a ser tratado; 2- imputar

sofrimento onde não existe; 3- definir ampla proporção da população como passível de sofrimento pela doença; 4- definir condição de deficiência ou desequilíbrio; 5- dar voz a *spin doctors*, especialistas em comunicação (que interpretam resultados de acordo com os interesses em jogo); 6- particularizar enfoque sobre o tema; 7- exagerar benefícios do tratamento a partir de dados estatísticos seletivos; 8- pontuar de forma distorcida o objetivo; 9- promover tecnologias tratando-as como “magicamente” livres de riscos; 10- transformar um sintoma, sem maior significado, em sinal de doença séria.

Somado a tudo isso existe a simples omissão dos resultados negativos, criando vieses positivos na literatura científica (Angel, 2007; Greenhalgh et al, 2014). Outra forma simples e direta de manipulação das evidências e saberes científicos biomédicos é o financiamento, sob múltiplas formas, de médicos e pesquisadores, que ocorre abundantemente em todo o mundo. Conforme aponta Angel (2007), existem estudos mostrando a propensão de pesquisadores patrocinados pela indústria a favorecerem os produtos da empresa. Guimarães (2007) aponta que, na maioria dos ensaios clínicos patrocinados pela indústria, os protocolos são elaborados pelo patrocinador e os dados coletados são integralmente enviados, em estado bruto, para serem analisados por ele, mas os médicos aparecem como autores dos artigos publicados. Outrossim, ainda segundo Guimarães (2007), nos estudos multicêntricos essas indústrias organizam redes de pesquisadores com potencial para a captação de pacientes que se submetam a protocolos padronizados, com remuneração dos pesquisadores por paciente captado, com precária garantia dos padrões éticos de pesquisa.

Uma outra forma complementar poderosa de grande influência é a exercida sobre as instituições governamentais, que emitem diretrizes e guias clínicos. Um exemplo recente foi a influência da indústria farmacêutica na produção de diretrizes clínicas do *National Institute of Care and Health Excellence* (NICE) para prevenção de risco cardiovascular, no Reino Unido. As novas recomendações baixaram o ponto de corte de 20% para 10% de risco cardiovascular para prescrição de estatinas (NICE, 2014), com fragilíssimas e duvidosas evidências a respeito (Abramson et al, 2013; Lenzer, 2013). A ampliação do uso de estatinas, além de converter sadios em doentes, amplia os lucros das indústrias farmacêuticas com a ressignificação do uso de

medição já existente no mercado (Montori et al, 2007). Isso adiciona uma maior complexidade dificultando os processos decisórios das instituições (sistema de saúde) e dos profissionais de saúde, diante das incertezas frente a confiabilidade das evidências.

Tal contexto reforça substantivamente duas proposições anteriormente defendidas, requalificando-as, relacionadas ao deslocamento subjetivo, atitudinal e emocional requerido nas situações preventivas aditivas. O primeiro é que o conservadorismo-cuidador anti-intervencionista deve estar acompanhado em ainda maior intensidade por uma altíssima exigência (purismo) em relação a idoneidade ética (ausência de conflitos de interesse) e metodológica (alta qualidade) das evidências. Para tanto, há a necessidade de transparência dos dados primários dos ensaios clínicos, ora muitas vezes opacos e inacessíveis devido a argumentos e regras de mercado (propriedade intelectual, etc) (Greenhalgh et al, 2014).

Assim, as várias e até o momento determinantes (Camargo Jr. 2009), influencias econômicas da indústria do conhecimento na MBE intensificam sobremaneira a assimetria já mencionada entre agir e não agir na prevenção, fortalecendo que, na dúvida, na prevenção, não se deve agir ou recomendar a intervenção.

### **Tem havido comum excesso de prevenção aditiva**

Infelizmente, a história mostra que grande parte das ações preventivas aditivas são introduzidas precocemente nas populações (em abordagens populacional ou de alto risco) e nas práticas clínicas, sem os devidos cuidados, e na ausência de resultados de estudos de boa qualidade, que podem demorar décadas (e nesse caso, se deve esperar por décadas). Há multiplas pressões de várias naturezas para que ações preventivas aditivas sejam introduzidas nas práticas dos profissionais de saúde e dos sistema de saúde: há pressões emocionais e políticas que partem da crença quase cega sobre a potência puramente benéfica (ou amplamente benéfica) das tecnologias médicas e de saúde pública – em que há crença de que os problemas e danos ali gerados seriam residuais, mínimos e ou desprezíveis. Soma-se a essa crença e a essa pressão emocional outra pressão de mesma ordem, advinda do fato agora já sabido da ausência ou precariedade de tratamentos efetivos para muitas

doenças crônicas e fatais. Adiciona-se a este caldeirão a tradição médica e de saúde pública de culpabilizar as vítimas pelos danos e adoecimentos ocorridos, que na crença popular e mesmo douta poderiam ser evitados, cujo desdobramento prático é a plethora de apelos morais e éticos, às vezes mesmo compulsoriedades legais em algum locais (Pizzanelli Báez, 2014), para que se façam ações preventivas em geral (sem distinção entre prevenção aditiva e redutiva, o que é muito grave), ou, mais grave ainda, especificamente ações preventivas aditivas, muitas delas mal fundamentadas ou duvidosas, com estratégias de atemorização das pessoas (Heath, 2006) ou mesmo coação legal (Pizzanelli Báez, 2014).

Por fim, a mercantilização da doença e a medicalização dos riscos explora alguns dos medos humanos mais profundos: do sofrimento e da morte. O surgimento de tecnologias de prevenção aditiva abriu uma nova arena para a ganância e a *disease mongering*, que se alimenta de um medo duradouro e profundo. A ironia e a tragédia é que a ganância infla o medo e envenena o presente em nome de uma melhor, ou pelo menos um maior tempo futuro. Para combater a mercantilização da doença é necessário revalorizar a maneira de nosso viver a cada momento, acima do tempo decorrido até a nossa morte (Heath, 2006).

Uma resposta adequada às falsas esperanças levantadas pela mercantilização da doença e pela medicalização dos riscos vai exigir uma habilidade para reconhecer, acomodar e se mover para além destes medos existenciais. Essa capacidade é rara. O caminho para seu desenvolvimento e disseminação demanda redescobrir a coragem, revalorizar os valores da vida presente, e uma mudança radical da relação entre interesses econômicos, políticos e profissionais, envolvendo todos, desde profissionais até pessoas em cargos de grande responsabilidade e poder (Heath, 2004).

Algumas ações preventivas cuja não-realização nas pessoas impactam a coletividade e outras pessoas, são mais possíveis de serem consideradas compulsórias, como é comum e historicamente verificado, de modo compreensível e aceitável; mas isso é radicalmente diferente nos casos em que não há envolvimento ou consequências para outras pessoas ou para a coletividade, como nas ações preventivas de câncer ou para tratamentos preventivos e manejo do risco cardiovascular (colesterol).

Multiplicando as pressões por ações preventivas aditivas estão os poderosos agentes sociais que ganham excessivo dinheiro e poder com a instituição dessas ações nas práticas clínicas e de saúde pública, que transformam milhões de pessoas normais em usuários consumidores dessas tecnologias ou, pior, em pessoas que passam a se considerar pacientes crônicos: o chamado complexo médico-industrial (Gadelha, 2008). Sua ação já é muito conhecida no sentido de influenciar órgãos sanitários governamentais, comitês de especialistas e órgãos reguladores e autorizadores de tecnologias no sentido de aprovarem tecnologias e diretrizes clínicas e sanitárias na direção de aprovação de medidas preventivas pouco fundamentadas, sem resultados confiáveis e usando de múltiplos mecanismos de propaganda, pressão e corrupção de saber científico. Tais indústrias descobriram que mais efetivo para aumentar seus lucros do que propagandear seus produtos é manipular a produção do conhecimento científico produzindo doenças para as quais eles tem a solução agora “técnica”, diagnóstica e ou terapêutica, que os os médicos irão naturalmente e quase compulsoriamente usar (devido a sua incorporação no saber e no treinamento técnico) e os pacientes consumir (Tesser et al, 2015)

A este respeito as recentes críticas e estudos sobre a produção obscura de evidências e guias clínicos – a medicina baseada em evidências - são exemplos da forte manipulação da produção de saber em saúde científico e técnico para fins comerciais (Miguelote e Camargo Jr, 2010). O movimento pela obrigatoriedade de registro de todos os ensaios clínicos realizados e de abertura dos bancos de dados dos ensaios clínicos para escrutínio da comunidade acadêmica, hoje fechados por argumentos e contratos de propriedade intelectual, usados para legalizar e regulamentar medicamentos, é um grande exemplo, ora inviabilizado pelas indústrias farmacêuticas<sup>16</sup>.

Exemplos comuns podem ilustrar o acima exposto, vindos do rastreamento, dado serem exemplos típicos e bem estudados. Rastreamento de câncer prostata: até muito recentemente recomendado por instituições de especialistas brasileiros, sem apoio em evidências (Ilic et al., 2013), em direção

---

<sup>16</sup> O movimento All trial (<http://www.alltrials.net/> ) luta pela abertura dos dados primários de todos os ensaios clínicos realizados que são utilizados para fundamentar a eficácia dos tratamentos, que em geral são fechados por regras de propriedade intelectual das empresas que os financiam, ficando os mesmo fora da inquirição científica. É uma grande e importante parte da biomedicina que é simplesmente vetada aos médicos e cientistas.

contrária as recomendações de quase todos os países nos últimos anos. Rastreamento de cancer de mama: estudos mostram, cada vez mais, maiores danos e menores benefícios, a tal ponto que há claramente dúvidas sobre esse balança (Gøtzsche e Jørgensen, 2013). As principais instituições oficiais mais respeitadas de vários países<sup>17</sup> assumem a dúvida, mas, paradoxalmente, nenhuma até agora deixou de recomendar o rastreio mamográfico acima de 50 anos, uma situação anômala em que para cada vida salva há 3 a 10 sobrediagnósticos e sobretratamentos (Gøtzsche e Jørgensen, 2013). Ou seja, para punir um criminoso (câncer que mataria no futuro) se pune junto 3 a 10 inocentes (sobrediagnosticados), já que não se sabe distinguir uns dos outros.

Nossa discussão indicou que há pouca confiabilidade nas instituições, tanto as instituições acadêmicas e científicas como as instituições governamentais (comites de especialistas, forças tarefas preventivas), altamente influenciadas pelas industria do complexo médico-industrial. A história vem mostrando que muitas vezes instituiu-se ações preventivas aditivas sem a cautela e a prudência desejáveis, e que quanto mais encorpadas, idôneas e convergentes as evidências sobre ações preventivas aditivas mais conservadores têm se tornado, como regra geral, as recomendações para muitas situações, incluindo não raras recomendações contrárias à prevenção, especialmente rastreamentos<sup>18</sup>. Se não podemos generalizar tal fenômeno, ele deve com certeza nos alertar para que sejamos cautelosos e que construamos uma filosofia da prática mais prudente para uma prevenção decente, coisa que parece ainda estar por fazer.

A prioridade, então, deve ser o cuidado clínico de boa qualidade aos adoecidos pelos profissionais de saúde da APS e demais profissionais quando acionados<sup>19</sup>, e uma postura preventiva otimista voltada para a prevenção redutiva em abordagens populacionais e individuais, solidárias e sem pressão

---

<sup>17</sup> Com exceção de um comitê médico suíço independente que recomendou suspender o rastreio (SMB, 2013).

<sup>18</sup> Por exemplo: rastreamento de cancer de mama através de autopalpação (Santos, 2015; Tomas et al, 2002; Semiglazov et al., (2003), diabetes em pessoas não-hipertensas nem com sobrepeso entre 40 e 70 anos ((Siu, 2015), ecografia para cancer de endométrio e ovário (USPFTS, 2012), entre outros.

<sup>19</sup> As pesquisas comparativas nos sistemas públicos de saúde universais tem reforçado que os profisisonais da APS (generalistas) devem ter, como regra geral, o monopólio do contato direto como os usuários, e acionar outros profisisonais (especialistas) quando necessário, através da chamada função filtro Gêrvas e Pérez-Fernandez (2005)

por mudanças comportamentais individuais heróicas em contextos fortemente adversos. Tanto profissionais como macrogestores e micro gestores dos sistemas de saúde deveriam adotar uma postura de rigorosa avaliação da evidências altamente idôneas tipo POEM de danos e benefícios (ou aguardar sua produção) para escrutínio das propostas de prevenção aditiva, resistindo as pressões de implantá-las e ou recomendá-las.

A macrogestão dos sistemas de saúde, em sua interface com o governo (estado nacional) e as questões sociais, deveria ocupar-se prioritariamente da prevenção rredutiva de base populacional, no sentido da promoção da saúde societal, com provável maior impacto de medidas como maior e mais equitativa distribuição da riqueza social, cuja concentração é hoje considerada uma das grandes causas (numa acepção de causalidade clássica) de adoecimento (Pickett e Wilkinson, 2015)

### **Considerações finais: reabilitar o cuidado e a prevenção redutiva**

Podemos relacionar os tópicos antedentes para a proposição de uma abordagem geral e sintética da prevenção. Podemos concluir que a distinção entre cuidado do adoecimento e sentido e cuidado preventivo está se perdendo, e precisa ser resgatada e ressaltada. Dada a proeminência de doenças crônicas e o envelhecimento populacional, a prevenção redutiva associada a abordagens populacionais deve ser amplamente prioritária, mas isso não é o que vem ocorrendo. Ao contrário, os manuais e as especialidades médicas, sistemas de saúde públicos e mesmo os órgãos específicos de saúde pública têm assumido acriticamente as pautas da estratégia de alto risco, com sua progressiva redução dos pontos de corte, medicalização dos riscos e priorização da prevenção aditiva. Isso demanda um movimento acadêmico, social e profissional, ainda incipiente no mundo e menor ainda no Brasil, de resistência a esta tendência, no sentido da descolonização do cuidado clínico, da própria prevenção e também da saúde pública, atualmente colonizados pela prevenção aditiva na estratégia de alto risco e pelo *disease mongering* das indústrias farmacêuticas.

Os altamente exigentes requisitos éticos e técnicos da prevenção fazem com que devamos ser céticos e pessimistas para com a estratégia de alto risco, particularmente em ações preventivas aditivas, as com os maiores

potenciais de danos, e também por suas desvantagens intrínsecas (Rose, 2010). Esses requisitos exigem evidências consensuais tipo POEM de alta qualidade (que incluem estudos dos danos, o que é raro) para avaliação do balanço danos x benefícios das ações preventivas aditivas, especialmente na abordagem de alto risco mas também na populacional, que são as atualmente mais requisitadas pelas pessoas, pelo saber médico e pelos órgãos de saúde pública. Tais informações são raramente disponíveis, e pouca confiabilidade pode ser creditada às evidências hoje produzidas, dado o alto grau de conflitos de interesses na sua produção e institucionalização, e a obscuridade e opacidade dos dados primários dos ensaios clínicos, mantidos fechados pelas indústrias farmacêuticas. Tudo isso reforça a mudança de atitude e de tônus emocional na consideração das ações preventivas aditivas, que deve deslocar-se para um um calmo, cauteloso, cético e conservador anti-intervencionismo para com essas ações.

Coerentemente, por outro lado, esboça-se uma tendência, ainda não reconhecida nem estudada especificamente, de que quanto mais são produzidas evidências idôneas de boa qualidade, mais difícil fica de se fundamentar recomendações de intervenções aditivas na abordagem de alto risco, fazendo com que se deva, doravante, apostar, como sempre de se deveria ter feito, na prevenção redutiva e na abordagem populacional.

Isso implica um movimento de resistência práticas, profissional e política em várias frentes (acadêmicas, institucionais, societárias, midiáticas), desmitificando a noção ingênua de que quanto mais prevenção melhor e a crença cega na beneficiência automática da tecnologia (ações preventivas aditivas), lutando para maior ênfase institucional, clínica e política na abordagem populacional e nas ações preventivas redutivas, que convergem e são sinérgicas entre si. Estas ações, além de produzirem nulo ou desprezível risco de dano no que podem ser sustentáveis pela convergência entre saberes teóricos, evidências diretas e indiretas sobre desfechos finais (quando disponíveis) e cultura geral, fazem com que se recupere e se revalorize os adocimentos presentes, se amplifique o tempo presente e a relação terapêutica, diminuindo drasticamente a prioridade nas ações preventivas aditivas na estratégia de alto risco, atualmente colonizadoras do cuidado e do

presente com promessas questionáveis de segurança e evitação de doenças no futuro.

Na clínica, isso significa reforçar a relação profissional-usuário, para que possa ser ressignificada a noção de prevenção e promoção no sentido de um caminho de salutogênese seguro e de prevenção redutiva, condizente com uma avaliação realista criteriosa e crítica para com a exploração dos medos hipertrofiados e do excesso de promessas sedutoras da prevenção aditiva ora em vigor. Operacionalmente, isso implica em priorização dos adoecimentos presentes (Norman e Tesser, 2015), que já exigem uma grande dose de prevenção quaternária.

Implica também tratar o adoecimento futuro (prevenção) com muito critério e o máximo de prevenção quaternária, para o que as quatro distinções e considerações relacionadas acima pretenderam contribuir. Se a biomedicalização excessiva do presente já implica em grandes desafios técnicos, éticos e relacionais na prática assistencial, a biomedicalização do futuro e dos fatores de risco exigem muito mais ceticismo, conservadorismo e relutância. Em geral, nesse caso, 'menos é mais e melhor' ou 'o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção aditiva' (Norman e Tesser, 2009), de modo a só se recomendar intervenções preventivas aditivas ou se intervir desse modo com o máximo de segurança e o mínimo de risco. Isso vem significando uma postura progressivamente menos intervencionista em geral, e cada vez mais cética para com o poder preventivo de medidas pontuais sobre fatores de risco específicos na estratégia de alto risco com prevenção aditiva.

Talvez tenha chegada a hora de se fazer um luto corporativo e intelectual referente ao fim da era de ouro da prevenção aditiva, que se deu no início do século XX, quando várias doenças infecciosas puderam ser combatidas e prevenidas com relativamente grande sucesso. Ocorre que enganosamente este sucesso foi supostamente estendido à segunda metade do século XX, quando esse otimismo entusiástico para com a prevenção aditiva foi transposto para as doenças crônicas, biomedicalizando-se os fatores de risco. É hora de voltarmos a prevenção redutiva na abordagem populacional, segura, bem fundamentada, relativamente pouco experimentada. Ela foi usada e considerada exitosa no alvorecer da medicina social do século XIX, anterior a revolução pasteuriana (Rosen, 1979).

A elaboração desse luto impõe aceitação dos limites severos e dos grandes perigos da ambição preventivista e individualista via ações preventivas aditivas, de alto risco e populacionais. Ela exige também uma humildade e um diálogo aberto, sem culpabilização dos usuários e doentes nem pressões descabidas e inefetivas para mudanças heróicas de comportamento individual, muito raras em contextos sociais e culturais altamente desiguais, violentos, estressantes e pouco salutogênicos (Castiel et al. 2010), além de dominados pela indústria cultural.

Isso parece ser o único modo de aproveitar com cuidado e segurança o que vale a pena das ações preventivas aditivas produzidas e em produção. E com isso rejeitar um grande volume de intervenções e promessas constantemente promovidas por interesses financeiros veiculadas na mídia e introduzidas na biociência, ora colonizada pelos interesses comerciais da indústria farmacêutica e de insumos e equipamentos.

Por outra parte, isso tudo reintroduz o grande desafio preventivo para ao século XXI, que é manter o foco na prevenção redutiva em abordagem populacional, mas também nos contextos microsociais e no cuidado individual, em tudo convergente com a promoção da saúde em escala societal, voltada aos determinantes gerais da saúde, como a distribuição da riqueza social, a mobilidade sustentável, etc. Isso significa grandes desafios para as políticas de saúde do século XXI, que devem ir na direção de estabelecer prioridades na melhoria da saúde em geral, como reduzir taxas de mortalidade global por faixa etária específica, melhorar a expectativa de vida, reduzir a incapacidade e a percepção de má saúde, em vez de doença por doença (Starfield e col., 2008). Diminuir as desigualdades e melhorar a distribuição da riqueza é sem dúvida fundamental (Wilkinson e Pickett, 2011). Por outro lado, a necessidade de aumentar a equidade nos cuidados à saúde pode e deve gerar uma maior pressão sobre os defensores da prevenção em geral para delinear mais claramente o alcance do conceito e da natureza das práticas e seus efeitos esperados e inesperados. Toda a gama de possíveis intervenções precisa ser especificado e as escolhas feitas sobre prioridades. As quatro distinções conforme aqui articuladas podem contribuir para direcionar essas escolhas e priorizar ações simples, seguras e salutogênicas, societal e individualmente.

A enorme quantidade de dinheiro acumulado com as tecnologias preventivas aditivas na estratégia de alto risco diminuiu a importância econômica das tecnologias de tratamento de adoecimentos reais, especialmente para aquelas doenças mais incidentes nas populações pobres nos países pobres (Freemantle e Hill, 2002). Isto significou uma mudança de atenção do doente para o saudável e dos pobres para os ricos (Heath, 2005). O combate a este efeito dos mercados globais requer uma solidariedade humana global (Heath, 2006).

O desdobramento prático dessa ideia para os serviços de saúde de APS são evidentes: contenção da obsessão por prevenção aditiva, especialmente na estratégia de alto risco; prioridade para o adoecimento presente e para abordagens preventivas redutivas seguras, individuais e coletivas. É um desafio de longo prazo e longo trabalho de desbiomedicalizar os riscos ou conter sua disseminação cultural e simbólica; bem como gerar um movimento entre os profissionais da APS, da saúde pública e quiçá na sociedade de construção de uma visão crítica e prudente da prevenção, mais ainda da prevenção aditiva, especialmente da estratégia de alto risco, bem como da propaganda enganosa e emocionalmente apelativa. Esta promove o preventivismo a qualquer custo, apresentando-o como uma verdade em que todos devem acreditar e seguir, obscurecendo os danos da prevenção aditiva que, mesmo sendo pouco percebidos e cada vez mais tolerados (sem nenhuma necessidade disso), tem sido muito significativos, para desproporcionalmente poucos benefícios, em muitas situações.

### **Referências bibliográficas**

- ABRAMSON JD, ROSENBERG HG, JEWELL N. WRIGHT JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ*. 2013;6123(October):1–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6123>
- ALMEIDA, E.L.V. *As Razões da Terapêutica: empirismo e racionalismo na medicina*. Niterói, RJ: EDUFF, 2002.
- ALMEIDA Filho, Naomar de. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador-Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992.
- ALMEIDA LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Rev Port Saúde Publica* 2005; 23(1):91-6.
- AMARAL RP, TESSER CD, MÜLLER P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(28):196-202. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(28\)762](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(28)762)

- ANGEL M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2ª edição. Rio de Janeiro, Record, 2007.
- ALVES, F. A Doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas de saúde e doença mental. Porto: Afrontamento, 2011.
- AROUCA, S. O dilema preventivista. São Paulo: UNESP, 2003.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo, Hucitec, 1997.
- BARSKY, A.J. The paradox of health. *N Engl J Med.*, vol.318, n.7, p.414-418, 1988.
- BENTZEN N (Ed.): *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning; 2003.
- BLEYER A, WELCH HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *N Engl J Med.* Nov 2012;367(21):1998-2005.
- BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(1 supl.1):1-71.
- BOCCHI EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(1 supl. 1): 1-33.
- BORRELL-CARRIÓ, F., SUCHMAN, A. L., EPSTEIN, R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2(6):576-582.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Outubro/2014. Disponível em:  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60/%27201410091145\\_Diretrizes\\_Mama\\_Brasil\\_10\\_2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60/%27201410091145_Diretrizes_Mama_Brasil_10_2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60). Acesso em 23 jun 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- BUCKLEY, J. (2004). Pharmaceutical marketing-time for change. *Electronic Journal of Business Ethics and Organisation Studies*, 9(2):4-10.
- CAMARGO Jr. K.R. Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMARGO Jr KR. Public health and the knowledge industry. *Rev Saude Publica.* 2009;43(6):1078-83.
- CAMARGO Jr. KR. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(5): 844-846.
- CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CATANNI AD. A riqueza desmistificada. Porto Alegre: Editora Marcavizual, 2013.
- CDCa. Ten great public health achievements—United States, 1900–1999. *MMWR* 1999;48:241–3.

- CDCb. Impact of vaccines universally recommended for children—United States, 1990–1998. *MMWR* 1999;48:243–8.
- CDCc. Motor-vehicle safety: a 20th century public health achievement. *MMWR* 1999;48:369–74.
- CDCd. Improvements in workplace safety—United States, 1900–1999. *MMWR* 1999;48:461–9.
- CDCe. Control of infectious diseases. *MMWR* 1999;48:621–9.
- CDCf. Decline in deaths from heart disease and stroke—United States, 1900–1999. *MMWR* 1999;48:649–56.
- CDCg. Healthier mothers and babies. *MMWR* 1999;48:849–57.
- CDC h. Safer and healthier foods. *MMWR* 1999;48:905–13.
- CDCi. Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. *MMWR* 1999;48:933–40.
- CDCj. Tobacco use—United States, 1900–1999. *MMWR* 1999;48:986–93.
- CDCk. Family planning. *MMWR* 1999;48:1073–80
- CHOR, D; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad. Saúde Pública*, Jan 2000, vol.16, no.1, p.241-244. ISSN 0102-311X
- CLARKE, A. E., MAMO, L., FOSKET, J. R., FISHMAN, J. R., & SHIM, J. K., , *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, United States of America, 2010.
- COELHO IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde . In: Campos GWS.; Guerrero AVP (organizadores). *Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 96-131.
- DORAN, E.; HOGUE, C. Potency, Hubris and Susceptibility: The Disease Mongering Critique of Pharmaceutical Marketing. *The Qualitative Report*, 2014;19(39), 1-18.
- ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196.4286: 129-136.
- FREEMANTLE N, HILL S. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? *BMJ* 2002; 324: 864–865.
- GADELHA, CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):521-35. DOI:10.1590/S1413-81232003000200015
- GATES TJ. Cancer Screening in Perspective. *Am Fam Physician* 2001; 63(6):1039-1043.
- GATES TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician*, United States. 2001; 63(3) 513-522. Capturado em 13 abr 2011. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/20010201/513.html> .
- GÉRVAS J. El colesterol en sangre, la mortalidad coronaria y el NICE. Lecciones de prevención primaria y de mucha presunción. 2015. Disponível em: <http://www.nogracias.eu/2015/08/09/el-colesterol-en-sangre-la-mortalidad-coronaria-y-el-nice-lecciones-de-prevencion-primaria-y-de-mucha-presuncion-por-juan-gervas/> Acesso em 15 ago 2015
- GÉRVAS 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.
- GÉRVAS J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(3):205-218.

- GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006; 20 (Supl 3):66-71.
- GÉRVAS J, PÉREZ-FERNÁNDEZ M. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *MedClin.* Jan 2002;118(2):65-7.
- GÉRVAS J, STARFIELD B, HEATH I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008 Dec 6; 372 (9654): 1997-9.
- GETZ L SIGURDSSON JA, HETLEVIK I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327: 498-500.
- GØTZSCHE PC, et al. Screening for breast cancer with mammography. The Nordic Cochrane Centre; 2012
- GØTZSCHE PC, JØRGENSEN KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2013);6:CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.
- GRAY JAM. New concepts in screening. *Br J Gen Pract.* 2004; 54(501):292-8.
- GREENHALGH T, HOWICK J, MASKREY N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* 2014;348(jun13\_4):g3725. doi:10.1136/bmj.g3725.
- GUIMARÃES R. Qualidade, impacto e citação. Uma relação obscura. *Radis.* 2007;55:19 [periódico na internet]. [citado 2007 set 18]. Disponível em: <http://www.ensp.fi.ocruz.br/radis/55/postudo.html>
- HEATH, I. (2005). Who needs health care-the well or the sick? *British Medical Journal*, 330(7497), 954-956.
- HEATH I (2006) Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Med* 3(4): e146. doi:10.1371/journal.pmed.0030146
- HEATH, I. In defence of a national sickness service. *BMJ*, v.334, p.19, 2007.
- HEATH I. It is not wrong to say no. *BMJ.* 2009;338:2529. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2529>
- HEATH I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests--an essay by Iona Heath. *BMJ.* 2013;347(October):f6361. doi:10.1136/bmj.f6361.
- HELENO B, ET AL. Quantification of harms in cancer screening trials: literature review. *BMJ Out* 2013;347(7927).
- HUNT SA, BAKER DW, CHIN MH, ET al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2001; 38:2101-13.
- ILIC D, NEUBERGER MM, DJULBEGOVIC M, DAHM P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub3
- ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- JAMOULLE M. The four duties of family doctors: quaternary prevention - first, do no harm. *Hong Kong Pract.* 2014;36(june), 72-77. <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000281/0000607.pdf>
- JAMOULLE M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(35):1-3. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064)
- JAMOULLE, M; GUSSO, G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC (organizadores). *Tratado de medicina de família e*

- comunidade e comunidade: princípios, formação e prática. Porto alegre: Artmed, 2012. 2v.
- JENSEN MC, BRANT-ZAWADZKI MN, OBUCHOWSKI N, MODIC MT, MALKASIAN D, ROSS JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8208267>
- JØRGENSEN KJ, ZAHL PH, GØTZSCHE PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ [periódico na Internet]*. 2010;340. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1241>.
- JØRGENSEN KJ, ZAHL PH, GØTZSCHE PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health*. 2009;9:36. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-9-36>
- JØRGENSEN KJ, GØTZSCHE PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ [periódico da Internet]*. 2009 [acesso em 2013 Nov 2013];339: Disponível em: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2587>
- KELLY, M, HEATH, I. HOWICK, J, GREENHALGH T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Medical Ethics*, 2015; 16(1): 69. doi: 10.1186/s12910-015-0063-3
- LEAVELL H; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.
- KLOETZEL, K. *Medicina Ambulatorial: princípios básicos*. São Paulo: EPU, 1999.
- LENZER J. Majority of panellists on controversial new cholesterol guideline have current or recent ties to drug manufacturers. *BMJ*. 2013; 6989 (November):1–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6989>
- LINK BG, PHELAN J (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav* 1995: 80–94. (Spec No.).
- LOPES, NM. Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, Outubro 2007: 119-138.
- LUZ, MT E BARROS, NF (ORGS.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
- MANGIN D, SWEENEY K, HEATH I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ* 2007;335:285–7.
- MAKOVER ME, EBRAHIM S (2005) What is the best strategy for reducing deaths from heart disease? *PLoS Med* 2: e98. doi: 10.1371/journal.pmed.0020098.
- MALTA DC, MOURA EC, SILVA SA, OLIVEIRA PPV, SILVA VLCOSTA. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J. bras. Pneumol* 2010; 36(1):75-83.
- MANGIN D, HEATH I. Multimorbidity and Quaternary Prevention (P4). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-5. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1069](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1069)
- MARIÑO MA. Incidentalomas: concepto, relevancia y retos para la práctica médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1053](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1053)
- MARIUZZO P. O fenômeno da riqueza em suas dimensões sociais. *Cienc. Cult.* 2014; 66(1): 62-63.

- MARMOT, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet*, 368(9552), 2081-2094.
- MCKEE, M; HEALY, J (ED.). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- MIGUELOTE VRS, CAMARGO JR. KR.. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. *Rev Saúde Pública*, (2010); 44(1):190-6.
- MINTZES, B. (2002). Direct-to-consumer advertising is medicalising normal human experiences. *British Medical Journal*, 324(7342):908-911.
- MONCRIEFF, J., HOPKER, S., & THOMAS, P. (2005). Psychiatry and the pharmaceutical industry: Who pays the piper? *Psychiatric Bulletin*, 29(3): 84-85.
- MONTORI V, ISLEY W, GUYATT G. Waking up from the dream of preventing diabetes with drugs. *BMJ* 2007; 334(7599):882-884.
- MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PloS Medicine*, 2006, 3(4):e191.
- MOYNIHAN, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886-890.
- MOYNIHAN, R., DORAN, E., & HENRY, D. (2008). Disease mongering is now part of the global health debate. *PLoS Medicine*, 5(5):e106.
- MOYNIHAN, R., DOUST, J., & HENRY, D. (2012). Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *Bmj*, 344, e3502.
- NOGUEIRA, RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.12, pp. 185-190. ISSN 1414-3283.
- NOGUEIRA RP. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EV. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 63-72.
- NORMAN AH, Estratégias da medicina preventiva de Geoffrey Rose. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-3.  
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1092](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1092)
- NORMAN, AH . Ética médica e rastreamento: em quais evidências deveríamos nos apoiar?. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v. 9, p. 105-107, 2014. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)929](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)929)
- NORMAN AH, TESSER CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Unico de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(9):2012-20.
- NORMAN AH, TESSER CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-10. Disponível em:  
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
- NYHA. New York Heart Association. *The Criteria Committee of the New York Heart Association. Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis*. 6th edition. Boston, MA: Little Brown, 1964.
- O'DONNELL JL, SMYTH D, FRAMPTON C (2005) Prioritizing health-care funding. *Intern Med J* 35: 409–412.
- PACE LE, KEATING NL. A systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA*. 2014;311(13):1327-35.
- PAYER L. Box 1. The major disease-mongering tactics identified by Lynn Payer. Apud Tiefer L *Female sexual dysfunction: a case study of disease*

- mongering and activist resistance. *PloS Medicine*. 2006;3(4):e178.  
DOI:10.1371/journal.pmed.0030178
- PÉREZ FERNÁNDEZ M, GÉRVAS J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 65-7.
- PORZSOLT F ET AL. Efficacy and effectiveness trials have different goals, use different tools, and generate different messages. *Pragmatic and Observational Research* 2015;6 47–54.
- PRADO, J. L. A. . As narrativas do corpo saudável na era da grande Saúde. *Contemporanea (Salvador. Impresso)*, v. 5, p. 62-82, 2007.
- PICKETT KE, Wilkinson RG. Greater equality and better health. *BMJ* 2009;339:b4320. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b4320>
- PICKETT, KE.; WILKINSON, RG. Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 2015, 128: 316-326.
- PIZZANELLI BÁEZ EM. Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):169-73. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)852](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)852)
- RASMUSSEN K, JØRGENSENKJ, GØTZSCHEPC. Citations of scientific results and conflicts of interest: the case of mammography screening. *Evid Based Med*. 2013;8(3):83-9.
- RAFFLE A, GRAY JAM. *Screening Evidence and Practice*: Oxford University Press; 2007.
- ROSE G (1985) Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 14: 32–38
- ROSE G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: OUP; 1993.
- ROSE, G. *Estratégias da medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ROSEN G: da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- ROSSER W, SHAFIR M. *Evidence-Based Family Medicine*. Hamilton. Ontário: B. C. Decker Inc.; 1998.
- SACKETT D. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002 Aug 20;167 (4):363-4.
- SANTOS, BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- SANTOS JA. Breast and testicular self-examinations in cancer screening: a matter of quaternary prevention? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(36):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1094](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1094)
- SCHER. Scientific Committee on Health and Environmental Risks. Directorate-General for Health & Consumers. European Commission. Critical review of any new evidence on the hazard profile, health effects, and human exposure to fluoride and the fluoridating agents of drinking water. 2011. doi:10.2772/38897
- SEMIGLAZOV VF, Manikhas AG, Moiseenko VM, Protsenko SA, Kharikova RS, Seleznev IK, et al. Results of a prospective randomized investigation [Russia (St.Petersburg)/WHO] to evaluate the significance of self-examination for the early detection of breast cancer. *Vopr Onkol*. 2003;49(4):434-41. PMID: 14569932
- SHAUGHNESSY, AF.; SLAWSON, DC.; BENNETT, JH. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *The Journal of family practice*, 1994, 39(issue5):489-499.

- SILVA LF, ALVES F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis* 2011; 21(4):1207-1229. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400003>.
- SIU, A. L. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*, 2015;163(11), 861-868.
- SKRABANEK, P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *Journal of Medical Ethics*. 1990; 16:187-90. DOI:<http://dx.doi.org/10.1136/jme.16.4.187>
- SKRABANEK, P. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. London: Social Affairs Unit, 1994. 212 p.
- SLAWSON, DC.; SHAUGHNESSY, AF.; BENNETT, JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. *The Journal of family practice*, 1994, 38.5: 505-513
- SMB. Swiss Medical Board. Systematic mammography screening. Dec 2013. Disponível em: [http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15\\_Bericht\\_Mammographie\\_Final\\_Kurzfassung\\_e.pdf](http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Bericht_Mammographie_Final_Kurzfassung_e.pdf)
- SMITH R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics*. 1992;18:117- 34.
- SMITH, CM. Origin and uses of primum non nocere—above all, do no harm!. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 2005, 45.4: 371-377.
- STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? *JAMA*, July 26 – 2000, 284, (4):483-5.
- STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, v.62, n.7, p.580-583, 2008.
- STARFIELD B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health* 2011 10:15. doi:10.1186/1475-9276-10-15
- SWEENEY, K. Science, society, suffering and the self: a commentary on general practice for the twenty first century. *New Zealand Family Physician Journal*, Wellington, v. 32, n. 4, p. 221- 224, 2005.
- TESSER CD, CAMPOS T. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cadernos de Saúde Pública*, 2015 (artigo aprovado)
- TESSER CD; PEZZATO LM; SILVA EN. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. *Saude soc.* 2015; 24(4):1349-1361.
- THOMAS DB, GAO DL, RAY RM, WANG WW, ALLISON CJ, CHEN FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94(19):1445-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/94.19.1445> 18.
- TORRES CHDA, CZERESNIA, D. A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, n.2, pp. 525-548. ISSN 1678-4758.
- USPSTF. Final Recommendation Statement. Ovarian Cancer: Screening, September 2012. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/ovarian-cancer-screening#copyright-and-source-information>
- WELCH GH. Should I be tested for câncer? Maybe not and here's why. University of California Press, CA, USA; 2004.

- WELCH HG, BLACK WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2010; 102(9):605-13.
- WELCH, HG (SCHWARTZ, L; WOLOSIN, S). *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Boston (USA): Beacon Press, 2011.
- WHI. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*2002;288(3):321-33.
- WHO. World Health Organization. WHO position paper on mammography screening. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1)
- WILKINSON, Richard G.; PICKETT, Kate. *The spirit level: why more equal societies almost always do better.* London: Penguin, 2009.
- WILKINSON, Richard G.; PICKETT, Kate E. Income inequality and social dysfunction. *Annual Review of Sociology*, 2009, 35: 493-511.
- WILLIAMS SJ, MARTIN P, GABE J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illn* 2011; 33:710-25