

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

Capítulo3

Bases conceituais e operacionalização da prevenção quaternária no cuidado clínico

Introdução	01
Esquema conceitual: constituição das doenças, concepções e causação.....	04
Prevenção quaternária na elaboração da interpretação	15
Prevenção quaternária na elaboração da interpretação	30
Considerações finais	39
Referencias bibliográficas.....	40

Introdução

A prevenção quaternária (P4), como vimos na Parte I, visa proteger o usuário de danos e excesso de medicalização, não raramente produzidos pela ação médica e sanitária, diagnóstica e terapêutica (Jamouille , 2015)¹. Apresentaremos neste capítulo um esquema categorial e algumas considerações para fundamentar e sistematizar a operacionalização da P4 no cuidado clínico, de modo a proporcionar uma base conceitual e algumas diretrizes operacionais para a sua prática. Uma versão sintética e reduzida desta proposta encontra-se em Norman e Tesser (2015)². Neste texto, desenvolvemos essa proposta de modo a facilitar o reconhecimento na prática clínica das tendências excessivamente intervencionistas e sobremedicalizadoras do cuidado biomédico, indutoras de cascatas de intervenções, muitas vezes desnecessárias e produtoras de danos iatrogênicos clínicos, culturais e sociais, como já denunciava Illich (1981)³ na década de 1970. Objetivamos facilitar o reconhecimento e análise dos processos cognitivos e de decisão envolvidos nas interpretações diagnósticas e propostas terapêuticas

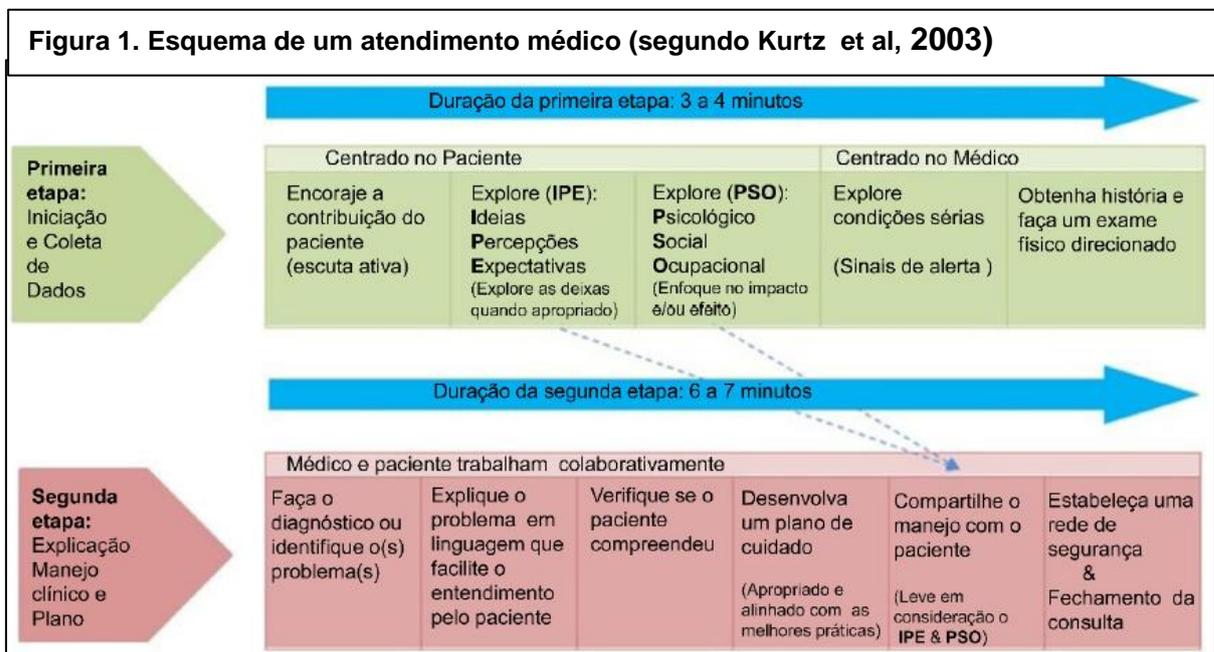
comumente realizados pelos médicos, e suas consequências e aspectos sobremedicalizantes e ou danosos que demandam P4. Também objetivamos contribuir para a orientação de práticas que desviem dessas tendências de sobremedicalização e sejam mais protetoras dos usuários, indutoras de melhorias no cuidado, no sentido específico da prevenção quaternária: o máximo de qualidade com o mínimo de intervenção. Para isso, adotamos uma perspectiva operacional, voltado à prática clínica e ao ensino da medicina (especialmente de família e comunidade), de modo que nossas considerações conceituais e teóricas são superficiais, mínimas e realizadas sob uma perspectiva pragmática da sua conexão com ações profissionais, ou seja, apenas o suficiente para iluminar aspectos críticos relacionados a P4 na prática clínica.

Como o foco da discussão está nas práticas clínicas, sobretudo dos médicos e demais profissionais da atenção primária à saúde (APS), usamos o modelo aprimorado de Calgary-Cambridge⁴ (Kurtz et al, 2003) de atendimentos clínicos individuais para localizar nas suas duas partes os principais momentos de operacionalização da P4 nos atendimentos. Tal modelo é usado no treinamento dos GP (*general practitioners*) ingleses e foi escolhido pelo sua estrutura simples e operacional, compatível com o grosso da atividade clínica e com outros métodos propostos de melhoria da interação profissional-usuário, como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)⁵⁶ (Stewart, et al, 1995, 2010), que tem sido adotado em cursos de medicina e de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. O MCCP é organizado em seis componentes, os três primeiros, sequenciais, (1-explorar a doença e a experiência do adoecer; 2-compreender o adoecimento e a pessoa como um todo; e 3-negociar um plano comum de manejo) são permeados pelos três últimos (4-incorporar prevenção e promoção; 5-fortalecer a relação médico-pessoa; e 6-ser realista na gestão dos recursos, tempos, etc.). Os seus três primeiros componentes são convergentes com o modelo de consulta aqui utilizado, a seguir sintetizado; e os três últimos também são, sendo que um deles, o componente 4, já foi especialmente discutido na parte I deste livro, ainda que de uma forma genérica.

Dois eixos norteiam o método aprimorado de Calgary-Cambridge (Kurtz et al, 2003). O primeiro se refere à coleta de dados e o segundo ao manejo clínico. Na coleta de dados o usuário é convidado a falar dos seus problemas e queixas, bem como o contexto em que ocorrem, ou seja, os componentes psicossociais e

biográficos. No final desta primeira etapa, geralmente quando o paciente já expressou suas preocupações, ideias e expectativas, o médico faz algumas perguntas fechadas, explorando sinais de alerta (*red flags*), bem como o exame físico direcionado, para fechar a parte de coleta de dados ou informações acerca do problema.

Na segunda fase da consulta, o médico deve elaborar e compartilhar a sua interpretação para o problema, de modo a junto com o usuário elaborar um plano terapêutico. Nessa segunda fase, as informações colhidas na primeira etapa, referentes aos aspectos psicossociais e ocupacionais, ajudarão a contextualizar e individualizar o plano terapêutico. Sugere-se que se esgote a primeira fase para depois mover-se para a segunda, da mesma forma que se recomenda, em geral, respeitar a sequência S-O-A-P (subjetivo-objetivo-análise-plano terapêutico)⁷¹ na condução de cada atendimento clínico, mesmo nas tradicionais pedagogias da clínica médica. Portanto, o profissional médico deve tentar manter um fluxo unidirecional e não ficar cruzando entre esses dois momentos ou fases do atendimento (Norman e Tesser, 2015). As duas fases estão esquematizadas na figura 1.



Fonte: Norman e Tesser (2015)

¹ SOAP - http://en.wikipedia.org/wiki/SOAP_note

A P4 entra fortemente e 'naturalmente' no início da segunda parte do atendimento, na elaboração da interpretação da situação-problema trazida pelo usuário (o diagnóstico, a sua socialização, discussão e consensuação) e no seu final, na elaboração, pactuação e orientação do tratamento. Em termos do MCCP, ela entra principalmente nos seus componentes 3, 4 e 5. A P4 centra-se, operacionalmente, tanto na construção e consensuação da interpretação e na pactuação do plano terapêutico quanto na sua concretização através da comunicação na interação e no uso criterioso das palavras, dos símbolos e dos sentidos em construção no atendimento.

Para facilitar e organizar a compreensão e a operacionalização dessa entrada, bem como o reconhecimento das tendências medicalizantes mais produtoras de sobremedicalização e potencial de danos, propomos um esquema conceitual de base com dois tipos de categorias comumente utilizadas pelos médicos, mais ou menos conscientemente: os eixos constituintes das doenças ou patologias; e as concepções gerais sobre o adoecimento e sua causação, adiante sintetizados.

Esquema conceitual: constituição das doenças, concepções e causação

Os eixos constituintes das doenças na biomedicina são quatro, conforme por Camargo Jr. (1989, 2003): eixo anátomo-patológico, fisiopatológico (ou explicativo), semiológico e epidemiológico. Tais eixos estão quase sempre presentes em alguma medida em graus variáveis nas explicações das "doenças" concebidas no saber médico e e usadas pelos profissionais.

O eixo anátomo-patológico, o mais antigo eixo de construção das doenças, nascido da anatomo-clínica (Foucault, 1983), fundadora da biomedicina, é o mais valorizado e de maior legitimidade científica devido ao seu materialismo biologicista objetivante de lesões ou alterações corporais. Ele desfruta de maior prestígio por causa disso, e tende a ser utilizado de forma generalizada. Deriva seu poder e legitimidade da objetividade das lesões, das imagens e dos laudos especializados referentes às estruturas materiais ou quadros objetivados que descrevem e definem as doenças, e que são, supostamente, a base de sua manifestação, em certa concepção de causação muito disseminada, adiante abordada. Além disso, este eixo desfruta de um forte apelo e *glamour científico e tecnológico*, com o uso de aparelhos de alta tecnológica, verdadeiras caixas pretas tecnológicas que lhe

imprime uma aura de objetividade científica, que encanta leigos, doentes e profissionais.

Por causa desse forte empenhamento cultural, científico e metodológico nas definições das doenças em torno desse eixo, ele muitas vezes ganha uma aura metafísica, como se revelasse a essência das doenças ou dos adoecimentos, e isso funciona na clínica como uma pressão por objetivação através de procedimentos diagnósticos semelhantes aos de objetivação científica, através de exames complementares, que todavia, podem ter alto potencial de dano. Vários quadros clínicos bem evidentes e consagrados na medicina, alguns deles de grande gravidade e ou sofrimento, como por exemplo, tuberculose, cólicas renais, infarto do miocárdio, a maior parte dos cânceres, e assim por diante, são bem passíveis de abordagem incontornavelmente centrada nesse eixo, e exigem investigação apropriada. Isso todavia não é a regra, e na APS constitui uma minoria das situações (que não passam de 30% dos casos, no geral, em estimativa sobre-estimada, conforme Kloetzel, 1998).

O eixo fisiopatológico ou explicativo tenta oferecer explicações e mecanismos para os adoecimentos, os quais geram focos de intervenção para eliminação ou frequentemente controle das doenças e ou sintomas, pela ação em mecanismos semiogênicos e ou fisiopatogênicos. Ele tende a englobar o que poderia ser chamada um eixo etiológico, o qual, todavia, restringe-se a poucas doenças, dada a complexidade dos adoecimentos - na prática, apenas as doenças infecciosas são manejadas como se houvesse uma só causa envolvida: os germes, através dos antibióticos e similares. Este eixo propõe relações causais (e modelos teóricos) envolvendo elementos materiais (em geral microscópicos, moleculares, celulares e físico-químicos) agrupados em tecidos, órgãos e sistemas, geralmente reducionistas, uma vez que centradas em modelos biomoleculares, e com pouco poder interpretativo para grande parte das doenças e dos adoecimentos trazidos pelos usuários na APS; mas suficientes para orientar o grosso da terapêutica biomédica. Quadros como asma, doenças endócrinas, alergias, refluxos gastroesofágicos, etc., costumam ser mais interpretados e manejados através deste eixo, e também doenças crônicas como diabetes, retocolites, doenças reumáticas, imunológicas, endócrinas etc.

O eixo semiológico refere-se ao universo dos sintomas, sinais e queixas trazidas pelos doentes. Paradoxalmente, é o eixo menos valorizado na ciência e o

de mais alto valor clínico e social, pois é constituído pela experiência vivida e sentida pelos doentes, objeto e objetivo da ação terapêutica. Ele abarca todos os processos de adoecimento enquanto caracterizados por constelações de sintomas e sinais, que são o que os pacientes trazem, e, portanto, os mais valorizados pelos doentes empiricamente, bem como, muitas vezes, na APS, pouco ou nada explicados pelas teorias disponíveis (eixo explicativo), e comumente pouco diagnosticáveis via exames complementares (eixo anatomopatológico). Justamente pela comum pobreza explicativa, esses quadros ou sintomas isolados tendem a ser tratados como doenças, cujos tratamentos se resumem, então, a supressão ou redução dos sintomas. Tais situações podem ser exemplificadas pela grande maior parte dos transtornos ou sofrimentos psíquicos, das dores de cabeça inespecíficas, dores lombares inespecíficas, fibromialgias e dores articulares e periarticulares, dores abdominais e várias outras manifestações sintomáticas que tem sido denominadas como sintomas físicos não explicáveis medicamente (ou MUPS - *Medically Unexplained Physical symptoms*) (Edwards et al., 2010; Jackson et al., 2009; Chitnis et al., 2011; Ring et al., 2005).

Por fim, o eixo epidemiológico refere-se ao potencial de adoecimento futuro e é centrado na categoria 'risco'. Ele é o principal viabilizador e operacionalizador das práticas individuais da medicina preventiva, hoje cada vez mais influente no cuidado clínico e em processo de incorporação progressiva e problemática pelo saber terapêutico das doenças, discutida no capítulo 2.

A organização em eixos constituintes, que estão mais ou menos articulados, mais ou menos coerentemente imbricados, geram muitas vezes práticas distintas e manejos diferentes dos adoecimentos conforme o ambiente (laboratorial, hospitalar, comunitário), a profissão ou especialidade (medicina de família e comunidade, especialidades focais), a abordagem (individual ou de saúde pública). Isso é exemplificado pelos estudos de Mol (2007) sobre anemia, em que várias definições e abordagens são existentes, articuladas entre si ou não, complementares ou sequenciais, harmoniosas ou não, no manejo prático desse problema.

Pode-se tecer algumas considerações operacionais gerais, seguindo a ideia de que na APS há um amplo espectro de situações e problemas de saúde e um *continuum* de severidade e gravidade nos adoecimentos: do mais definido, localizado, cristalizado e classificado quadro mórbido ao mais indefinido, incerto e volátil, por vezes também complexo e ou múltiplo, sintomaticamente.

A consideração desta estrutura da constituição das doenças pode ajudar os profissionais da APS na interpretação do problema (diagnóstico), bem como auxiliar na construção de um plano de cuidado, do ponto de vista da P4. Preliminarmente, é possível adiantar que quanto mais severos ou graves os sintomas e/ou quanto mais características e localizadas as expressões físicas e somáticas que definem uma condição, mais possível se torna entender o adoecimento através do eixo anatomomorfológico, centrado em 'lesões materiais' e no corpo biológico (e de seus modelos explicativos biomecânicos, ainda que limitados), sem geração de grande potencial de dano ou sobremedicalização. Por outro lado, quanto mais oligosintomático ou polissintomático, indiferenciado, volátil, complexo, sem uma lesão material identificável ou quando o foco está na preocupação com a saúde futura (prevenção), menor é a potência desse eixo, e maior seu potencial de sobremedicalização e dano se ele orientar a ação profissional. A comum tendência de usá-lo generalizadamente tende a causar dano ou sobremedicalizar, e veremos adiante como e porquê. Nesses últimos casos, a interpretação deve ser mais artesanal e permanecer nos eixos fisiopatológico e/ou semiológico, sempre contextualizados na realidade existencial do usuário - e no caso da prevenção, no eixo epidemiológico (discutido no capítulo 2).

Além de esta classificação orientar a compreensão biomédica dos complexos fenômenos que se apresentam como queixas e problemas nos serviços de APS, ela organiza os elementos da matriz conceitual que os profissionais usam comumente na formulação de seus modelos explicativos dos problemas do paciente, e podem ajudar, como veremos adiante, a mapear situações especialmente carentes de P4. Um esquema sintetizando os quatro eixos constitutivos das doenças na biomedicina mencionados encontra-se na Quadro 1

Quadro 1. Eixos constitutivos das doenças na biomedicina	
Eixos	Comentários
Anátomo-patológico (Imagético-molecular-genético)	<ul style="list-style-type: none"> - é mais antigo eixo de construção das doenças, nascido da anatomia clínica - é o mais valorizado e tem grande <i>glamour</i> tecnológico - deriva seu poder e legitimidade da objetividade das lesões, das imagens e dos laudos especializados referentes às estruturas materiais ou quadros objetivados que descrevem e definem as doenças, e que são supostamente a base de sua manifestação
Fisiopatológico	<ul style="list-style-type: none"> - busca propor explicações (modelos teóricos) e relações causais envolvendo elementos materiais (em geral microscópicos, moleculares, celulares e físico-químicos) agrupados em tecidos, órgãos e sistemas, - tem base biomoleular geralmente, sendo reducionistas - com pouco poder interpretativo para grande parte das doenças e dos adoecimentos trazidos pelos usuários na APS.

Semiológico	<ul style="list-style-type: none"> - constituído pelas constelações de sintomas e sinais trazidos pelos usuários - o mais valorizado pelos doentes na clínica - grande parte dele é pouco ou nada interpretado ou explicado (fisiopatologicamente) pelas teorias e doenças disponíveis - sintomas tendem a ser tratados como doenças, cujos tratamentos se resumem a supressão ou alívio dos sintomas
Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - refere-se aos estudos e métodos estatísticos que mapeiam a morbimortalidade na população - busca estabelecer relações de associação e causais entre fatores de risco e doenças ou agravos - permitem traçar ações preventivas e/ou de saúde pública, induzindo tratamentos preventivos baseados em riscos

Fonte: construído a partir de Camargo Jr. (1993, 2003), adaptado de Norman e Tesser (2015).

Outro conjunto de noções úteis para a P4 são as concepções de doença ou adoecimento, que são múltiplas dentro e fora da biomedicina, como mostram vários estudos filosóficos e antropológicos, como, por exemplo, em Laplantine (1991). Todavia, para nossos objetivos, uma simplificação dessas concepções pode ser utilizada. Grosso modo, elas podem ser divididas em dois tipos polares: uma concepção ontológica e uma concepção dinâmica (Albuquerque e Oliveira, 2002; Myers e Benson, 1992).

A primeira - concepção ontológica - concebe as doenças como entidades independentes exteriores às pessoas e que as invadem, localizando-se em suas partes, ou são defeitos (lesões) no interior do corpo, cujos significados variam na história e nas culturas. Essa concepção é historicamente importante e muito influente na biomedicina, até hoje, tanto na clínica como nas pesquisas (Almeida, 2002; Illich, 1981). Provavelmente é mesmo dominante, inclusive talvez na medicina de família e comunidade (MFC), devido a sua associação com a ciência e a perspectiva dela herdada de objetividade e universalidade de seus “objetos”, que imprime um caráter de realidade e obscurece o caráter grandemente construído, artificial, modelístico (teórico) e convencional das doenças como concebidas pela biomedicina.

De um ponto de vista histórico, diminuíram drasticamente as discussões teóricas sobre as doenças na biomedicina na passagem do século XIX para o XX, quando a noção de localização da doença no corpo nascida da anátomo-patologia se associou a descoberta dos microorganismos por Pasteur, até se constituírem as duas no cerne das definições das doenças infecciosas e essa concepção ontológico-localista e mecânico-causal se expandir para todo o universo das doenças dos humanos, resultando na constituição das entidades ‘doenças’ (Tesser, 2007). Nessa época, estava no auge a idéia, fortalecida imensamente pela teoria dos germes, de que a cada doença específica estaria associada uma causa específica e um

tratamento específico (Almeida, 2002). A concepção ontológica tem estado frequentemente ligada a uma prática médica que dirige prioritariamente os seus esforços à classificação exata dos processos de doença (definição diagnóstica) procurando identificar órgãos perturbados e lesões (ou germes) como causas únicas que provocam os adoecimentos e os sintomas.

Já numa concepção dinâmica os adoecimentos e doenças são considerados como fruto de um desequilíbrio entre forças presentes no ser humano, na natureza e na sociedade, que estão dentro e fora da pessoa. Aborda a situação em termos de processos complexos com variadas vias de troca e ou influências entre suas partes internas e seu “exterior”, e sobre os quais múltiplas influências são possíveis e coexistentes, considerando a pessoa como uma totalidade e unidade complexa cambiante cujos aspectos psicológicos, sociais e biológicos são indissociáveis e interinfluenciáveis, embora com sintomas muitas vezes localizados. O quadro 2 abaixo sintetiza as principais características das concepções ontológica e dinâmica das doenças.

Quadro 2. Abordagens interpretativas dos adoecimentos	
Concepção ontológica	Concepção dinâmica
<ul style="list-style-type: none"> - Doenças como entidades independentes : - Invasoras dos corpos e localizadas em um parte deles - Defeitos (lesões) no interior do corpo - Lesões ou germes seriam causas únicas ou principais - Classificação permitiria esclarecimento da natureza - Diagnose precisa permitiria explicação e terapêutica - Terapêutica pensada como intervenção material no corpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Doenças como desequilíbrio entre forças ou processos): - interiores e exteriores ao ser humano (sociedade e natureza) - O desequilíbrio envolve toda a pessoa (liga as partes mais acometidas a outra partes e influencias multiplas) - Adoecimento visto como um processo adaptativo sobre o qual várias influências ocorrem e várias intervenções são possíveis

Fonte: elaborado pelos autores a partir de Albuquerque e Oliveira (2002) e Myers e Benson (1992).

Associadas a estas concepções polares ontológica e dinâmica, estão as concepções de causação, ou melhor, a noção de sentido ou direção da causação dos adoecimentos, vistos no contexto da prática clínica, ou seja, em seu significado operativo no ato do cuidado profissional (sem entrar no debate complexo sobre as causas, os tipos de causas etc). Trata-se da noção de causa efetivamente utilizada ou operacionalizada no cuidado, ou seja, de causa pensada como atrelada a intervenção terapêutica praticada. No grosso da prática biomédica, ou no cerne do chamado modelo biomédico (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004), está um pressuposto de que a doença é explicada e causada por desvios da norma de variáveis biológicas (somáticas) objetiváveis ou mensuráveis. Nessa lógica, há uma

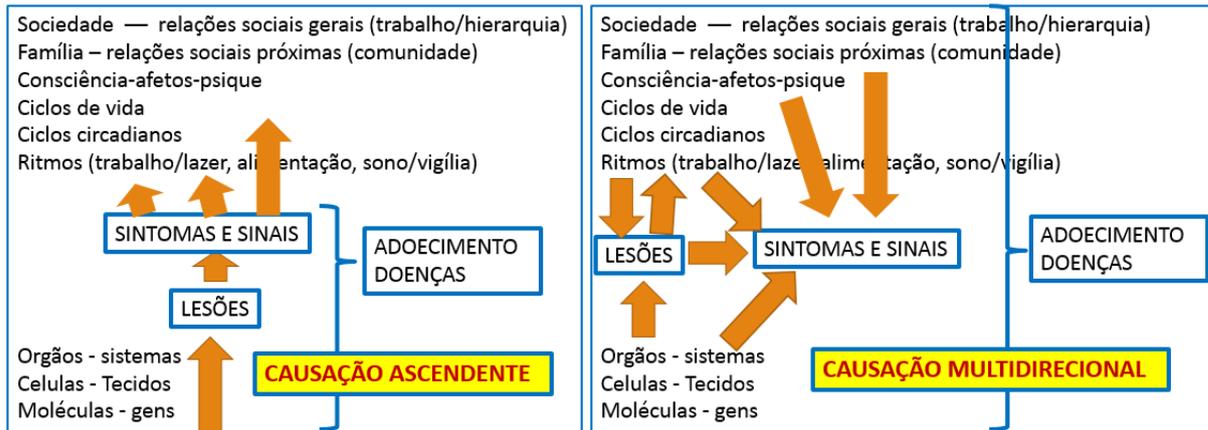
noção de causação fisicalista materialista e ascendente, inspirada nas ciências naturais, em que as entidades fundamentais mais simples responsáveis pelos adoecimentos seriam lesões, germes ou problemas na maquinaria biomolecular do corpo (em estreita proximidade com concepção ontológica de doença e o eixo anátomo-patológico de sua constituição, hoje expandido para todas as formas de objetivação imagética e mensuração das variáveis biológicas permitidos pela alta tecnologia dos aparelhos usados).

Em um sentido mais geral, o termo 'causação ascendente' se refere a fenômenos nos quais, num sistema qualquer, um nível mais básico produz eventos em um nível superior (De Faria e Souza, 2014)⁸. Na biomedicina, isso significa em geral causação do micro para o macro, do simples para o complexo, do físico para o mental/psicológico/espiritual, do material para o vital ou anímico. Ou seja, das estruturas materiais mais simples (gens, moléculas, células, tecidos, órgãos, sistemas do corpo e suas lesões) para os níveis mais complexos e sutis da existência, da homeostasia, da consciência, da percepção, da emoção, do adoecimento, da cognição (percepção/interpretação dos sintomas e experiências vividas), do reequilíbrio e da cura.

Pouco espaço há na estrutura conceitual do modelo biomédico, para dimensões sociais, psicológicas e comportamentais dos adoecimentos. A doença é tratada como uma entidade independente do comportamento e da sociedade (Engel, 1977). Coerentemente com essa noção reducionista de causação ascendente, as ações interpretativas (diagnósticas) e terapêuticas dirigem-se a esses substratos materiais biológicos supostamente essenciais dos adoecimentos (lesões em tecidos, órgãos ou sistemas e mecanismos biomoleculares envolvidos na fisiopatogênese e ou semiogênese). Nesta lógica, a diagnose precisa permitiria o esclarecimento da natureza da doença (supostamente material, presente no interior do corpo biológico). Dos exames complementares espera-se, assim, a identificação objetiva das lesões ou anormalidades objetivadoras das doenças. Com isso viria sua explicação, que permitiria então uma terapêutica pensada como intervenção material no corpo, que é o grosso da terapêutica biomédica. Da farmacoterapia e da cirurgias, os dois tipos principais de intervenção desenvolvidos principalmente no século XX, espera-se a cura ou tratamento dos adoecimentos (ou mesmo sua prevenção) (Camargo Jr., 2003; Almeida, 2002).

Todavia, já Engel na década de 1970 questionava esse reducionismo do modelo biomédico e sua causação quase unicamente ascendente. Ele defendeu a necessidade de uma ampliação de modo a que se admita e se trabalhe, na prática clínica, com uma noção multidirecional de causação, visando diminuir esse reducionista e desviar do dualismo mente-corpo nele implícito. Trata-se de reconhecer que níveis e dimensões mais complexas do ser humano em situação (existencial, psicológico, social, cultural, ambiental) influenciam e interagem entre si e com níveis mais simples, de modo a configurar uma causação multidirecional em que também ocorre causação descendente. Esta última acontece quando um efeito causal ou uma influência é atribuída a um nível mais elevado ou complexo, que atua sobre um nível mais baixo (De Faria e Souza, 2014; Goswami, 2009)^{15de faria.9} Nesta direção descendente, os complexos fenômenos da vida, os processos relacionais humanos e psicológicos, a dinâmica cultural e cognitiva, os movimentos e conflitos afetivos, sociais e éticos dos doentes, bem como os desequilíbrios nos seus ciclos e ritmos vitais (sono-vigília, trabalho–descanso/lazer, ciclo diário alimentar e qualidade da dieta), por vias ainda pouco conhecidos mas já um tanto estudadas, podem interferir no equilíbrio saúde-doença, tanto subjetivo quanto físico, e causar adoecimento. O mesmo tempo, podem ser objeto de intervenção para re-equilíbrio e cura. Na figura 2 abaixo esquematizamos visualmente estas noções de causação.

Figura 2. Concepções de causação dos adoecimentos



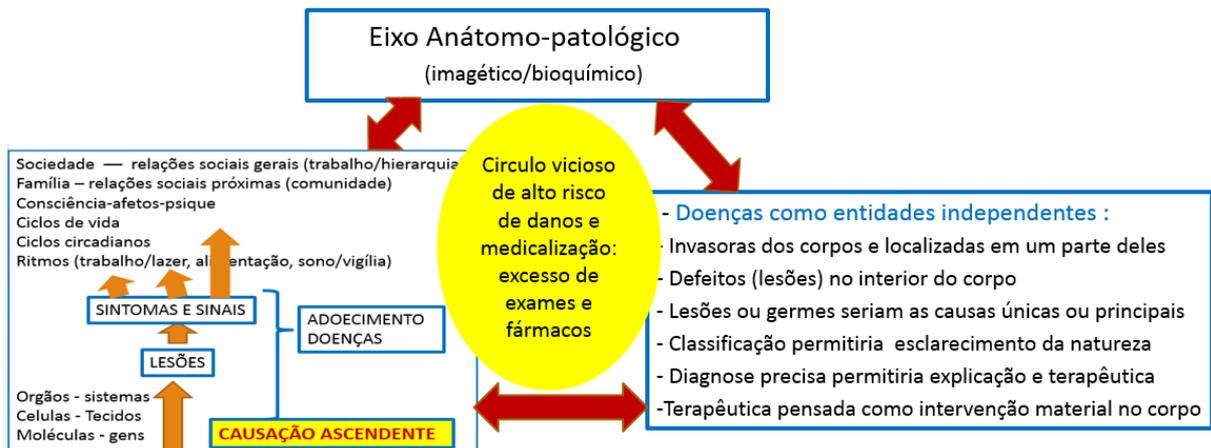
Fonte: elaboração do autor, com base em Engel (1977) e Borrell-Carrió et al.(2004).

Obviamente, há íntima associação entre a concepção ontológica e a causação ascendente, que costumam estar associadas. Da mesma forma, e coerentemente com seus significados, há maior compatibilidade, afinidade e convergência conceitual (mas também nos seus desdobramentos clínicos práticos) entre a concepção dinâmica e a causação multidirecional, incluindo a causação descendente.

Também é fácil perceber, nas considerações acima, a coerência e retroalimentação entre pólos específicos dos eixos constitutivos das doenças com as concepções de doença e causação: à concepção ontológica das doenças está muito associada a noção de causação ascendente e o eixo anátomo-patológico das doenças, que pode ser, atualmente, ampliado para um sentido imagético e de mensuração e objetivação de variáveis metabólicas e bioquímicas. A esta articulação, como acima mencionado, está associada a tendência e busca enfática de objetivação diagnóstica e de intervenção terapêutica químico-cirúrgica. A aplicação generalizada dessas noções nas situações clínicas de adoecimento na APS leva, tendencialmente, a excessos de procedimentos diagnósticos, com maior riscos de cascatas diagnósticas e maiores danos potenciais iatrogênicos daí derivados, além de desvios de raciocínios clínicos, medicalização de situações limítrofes e achados casuais como os incidentalomas, frequentemente geradores de sobrediagnósticos. A sinergia recíproca entre esses três pólos conceituais (concepção ontológica de doença, causação ascendente e priorização do eixo anátomo patológico) na definição e compreensão dos adoecimentos configura-se, assim, em um círculo

vicioso de fomento ao intervencionismo diagnóstico e terapêutico, com alto potencial de dano e excesso de medicalização, ilustrado na figura 3.

Figura 3. Círculo vicioso de excesso de medicalização e de danos que carece de prevenção quaternária



Essa combinação conceitual simples acima sintetizada ajuda a reconhecer certas ideias, concepções e crenças que são mais propensas, nos seus desdobramentos operacionais nas decisões e ações profissionais, a gerarem danos e medicalização desnecessária, demandando, portanto, maior prevenção quaternária.

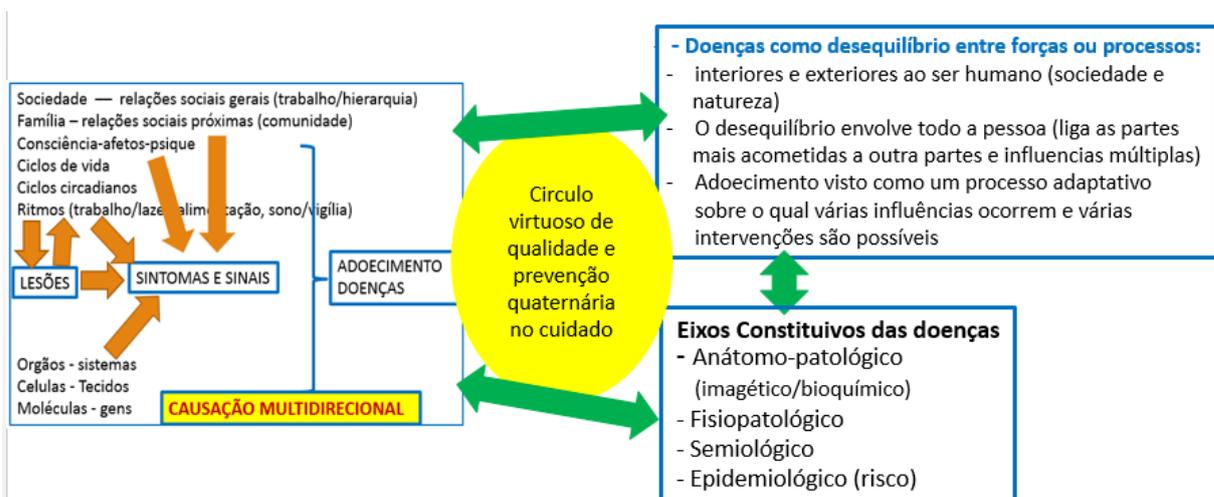
Por outro lado, os outros pólos das concepções de doença e causação, a concepção dinâmica de adoecimento e a noção multidirecional de causação, associados com um uso equilibrado e contextualizado dos quatro eixos constitutivos das doenças ou dos adoecimentos, de forma adequada e singularizada em cada situação clínica, protege o usuário dos perigos do círculo vicioso acima descrito. Pode-se generalizar que qualquer que seja o adoecimento, há que se ter preferência por uma concepção dinâmica de doença e adoecimento com uma causação multidirecional, já que elas são adequadas a todos os eixos, particularmente aos eixos fisiopatológico, semiológico e epidemiológico.

Há situações em que o uso da noção de causação ascendente e de doença enquanto problema anátomo-patológico reduzido é satisfatório e justificável, sobretudo em situações de maior risco ou gravidade, ou em que a intervenção terapêutica é muito danosa por si. No entanto, em grande parte da demanda da APS, situações crônicas reumáticas, endócrinas, psíquicas, quadros recorrentes, osteomusculares (muitos destes com alto teor de dissociação clínico-radiológica²²) e

em muitos casos agudos, sintomas inexplicáveis, etc. uma abordagem funcional e dinâmica é muito mais protetora e construtora de sentidos educativos para o autocuidado e a participação no tratamento do que uma abordagem ontológica, centrada em patologias e buscas de diagnósticos exatos, comprovados, geradores de cascatas de intervenção. Como na APS a maioria dos casos são indiferenciados e/ou de grande complexidade, a abordagem dinâmica assume maior importância, dada sua flexibilidade no enfoque dos fenômenos do adoecimento e sua consideração das transformações ao longo do tempo do processo de vida e cuidado.

Independentemente da situação, como uma diretriz para a prática da P4, é possível sustentar que, em geral, deve haver preferência por uma concepção dinâmica e funcional com causação multidirecional para abordar e explicar os problemas e adoecimentos, valorizando a vivência dos doentes, administrando a grande gama de sintomas (geralmente pouco enquadráveis em patologias) e construindo interpretações contextualizadas que dêem algum sentido às vivências e contribuam para a terapêutica, utilizando o tempo, o acesso fácil, a longitudinalidade e outros possíveis recursos terapêuticos como aliados. É possível, então, visualizar um círculo virtuoso no uso equilibrado dos eixos constitutivos das doenças, associado a uma concepção dinâmica de doença e de causação multidirecional, que inclui causação descendente, que será protetora do usuário e promotora de uma melhor qualidade do cuidado, adequando recursos interpretativos biomédicos diagnósticos e terapêuticos de modo seguro e apropriado a cada situação. Tal círculo está ilustrado na figura 4.

Figura 4. Círculo virtuoso de proteção e prevenção quaternária no cuidado



A partir destas duas combinações e suas direções distintas (círculos vicioso e virtuoso da figuras 3 e 4) é possível propor algumas diretrizes gerais para a construção e operacionalização da prevenção quaternária, em linhas ainda genéricas.

Tanto nos casos de adoecimento presente como nos casos de preocupação com a saúde futura, a concepção dinâmica e processual dos adoecimentos é a mais recomendada, constituindo-se em instrumento de operacionalização da prevenção quaternária por meio da linguagem: ela depende da escolha e do cuidado com as palavras. Estas devem ser do universo cultural dos doentes e precisam ser cuidadosamente utilizadas para que suas crenças, ansiedades e medos possam ser calmamente acolhidos e processados conjuntamente, de modo a tematizar de forma tranquila a complexidade e a incerteza inerentes ao processo do cuidado.

Todavia, a tranquilidade e o cuidado com as palavras devem ser especialmente atentos no caso da preocupação com o adoecimento futuro (prevenção), já que nela, deve-ser ter muito mais cautela e rigor na realização ou recomendação de ações preventivas, sobretudo nas ações preventivas aditivas e na abordagem de alto risco, **conforme discutido na Parte 1**.

Estabelecida esta base conceitual orientadora genérica, podemos agora especificar mais as estratégias de operacionalização da prevenção quaternária nos dois momentos principais já indicados: na interpretação diagnóstica e na pactuação de um plano terapêutico.

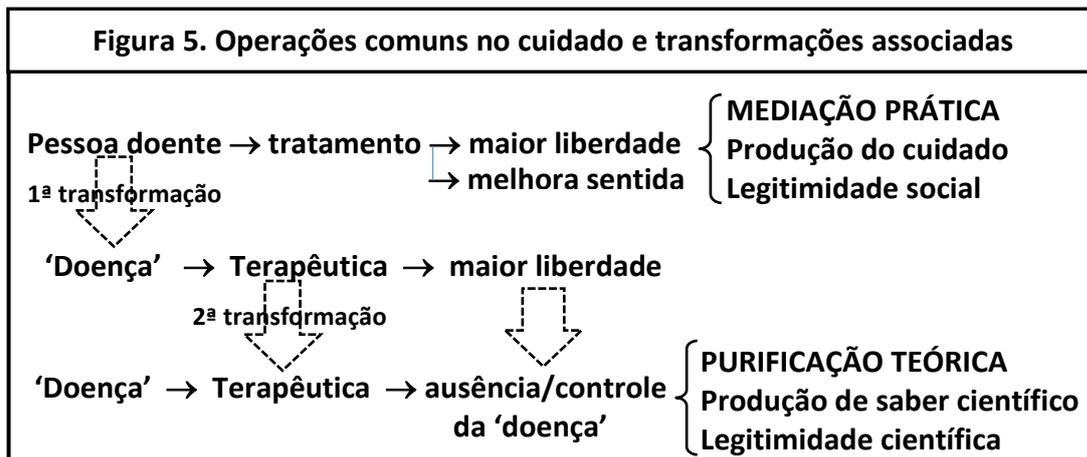
Prevenção quaternária na elaboração da interpretação

Resgatemos alguns aspectos gerais muito influentes nos atos cognitivos interpretativos orientados pela biomedicina. A construção do saber médico deu-se centrado nas doenças, peça central da abordagem científica dos adoecimentos na razão médica moderna (Luz, 1988)¹⁰. A abordagem biomédica dos doentes dirige-se, devido a essa centralidade, na direção da produção da elaboração diagnóstica vista como identificação de doenças (Camargo Jr; 2003, Tesser, 2007).

A produção de interpretações diagnósticas e seu uso clínico estão relacionados simultaneamente com dois processos distintos hoje cada vez mais associados. Primeiro, a missão de *curadores* dos profissionais, cuja ética prima pela cura/cuidado dos doentes, orienta de um modo pragmático, intersubjetivo e microsocial a construção de interpretações com mais ou menos legitimidade social,

relacionadas a proposição de tratamentos que almejam, fundamentalmente, uma eficácia terapêutica percebida/sentida/vivenciada pelos sujeitos envolvidos na interação. A cobrança da sociedade e dos doentes, obviamente, neste primeiro processo, é menos dirigida a interpretação e sua clareza e precisão para o doente; e é muito maior e esperada quanto a efetividade percebida do tratamento por ela acionado. O segundo processo, simultâneo e este primeiro, envolve uma aderência profissional e comumente institucional a uma estrutura sócio-técnica e simbólica de produção de saber e prática científicizados, com vasta legitimidade epistemológica social e científica, cujo cerne conceitual e cognitivo gira em torno das 'entidades doenças' conhecidas (variáveis na sua robustez quanto aos seus quatro eixos constitutivos - indo de sintomas sem explicação, passando por síndromes e chegando a 'patologias' bem definidas), cuja cura/controla através de recursos pré-estabelecidos e cientificamente testados é um mediador cada vez mais poderoso e em muitas situações incontornável, tanto para o processo do cuidado e a eficácia percebida pelos sujeitos (microsocialmente, empiricamente) quanto pela legitimidade 'científica' (pelos padrões metodológicos 'oficiais').

A figura 5 ilustra esses dois processos que ocorrem nos atos cognitivos e práticos dos profissionais em interação com os usuários da APS nos atendimentos clínicos, por um lado, de legitimação científica, e por outro, de operacionalidade vivencial.



Fonte: adaptado de Tesser (2007)¹¹

A cientificização da biomedicina envolveu a transformação dos adoecimentos singulares das pessoas em 'doenças' (primeira transformação da figura 7), homogeneizadoras das interpretações profissionais; e depois dos tratamentos em terapêuticas padronizadas para essa doenças (segunda transformação da figura 7).

A ética dos profissionais deve primar pela cura/cuidado dos doentes ou usuários, mas seu saber é voltado para cura/controle das doenças, e elas tem tamanha legitimidade que cresceram em importância e ameaçam sempre monopolizar a atenção, como objeto do trabalho médico, mesmo na APS (Tesser, 2007). O desencontro e comum divergência entre esse dois processos e suas possibilidades de concretização é reconhecido há décadas e iniciativas de reforma e melhoria na abordagem clínica na APS já foram estruturados. Todavia, eles tem como limite a imutabilidade até o presente da centralidade do saber biomédico nas doenças (Luz, 1988) e mais recentemente também nos seus riscos.

As necessidades de um novo método clínico centrado nos pacientes¹² a orientar o cuidado na APS e na MFC são, com efeito, subprodutos dessa tensão constituinte da biomedicina, cada vez mais polarizada para o pólo científico, cujo 'paradigma', no sentido kuhniano (Kuhn, 1987)¹³, apresenta incontáveis anomalias, a exemplo da própria subjetividade do doente (Guedes et al., 2006)¹⁴. Mas mesmo numa abordagem que almeja centrar-se nos usuários e na sua vivência do adoecimento e tratamento, a primeira operação cognitiva (acompanhada de uma transformação epistemológica) ocorrida no cuidado clínico (indicada na figura 7) é a produção da elaboração ou interpretação diagnóstica. É nessa direção que se processa a primeira parte da consulta de qualquer atendimento médico, e também no modelo aprimorado de Calgary-Cambridge que aqui usamos. Simultaneamente, no pólo da legitimidade científica, opera nesse mesmo momento uma força quase sem concorrência, de enquadramento e redução da situação trazida pelo usuário a uma (ou mais de uma) doença. Essa segunda transformação induz a padronização do diagnóstico, viabilizada pela homogeneização das (diversas) situações trazidas pelos doentes (também diferentes entre si), transformadas em doenças, como elemento de homogeneidade e objetividade do saber médico, permitidor das comparações presentes nos ensaios clínicos que produzem a eficácia 'comprovada cientificamente'.

A terapêutica, desde o final do século XIX, pelo menos, centra-se quase exclusivamente no uso de substâncias químicas (Almeida, 2002)^{5Almeida} (ou cirurgias, em casos específicos, se necessário). A situação de concentração da legitimidade epistemológica no pólo científico dessa polaridade ilustrada na figura 7 é tamanha que a legitimidade social (e institucional) é cada vez mais medida or ele. Isso, associado com a força crescente da medicina baseada em evidências na MFC na

sua forma concretamente exercida nas instituições, que direcionam-se a protocolização e padronização geral das condutas, tende a obscurecer o potencial de elaboração diagnóstica centrado no profissional para além das categorias pré-prontas e homogêneas das doenças e síndromes. As instituições de saúde e diretrizes clínicas dos sistemas nacionais de saúde para a APS induzem um uso da medicina baseada em evidências que tende para uma protocolização das condutas, que foi chamado inclusive de medicina burocrática (Harrison et al., 2002)¹⁵.

A concepção ontológica está intimamente associada, embora frequentemente de forma subliminar, a essa força redutora e objetivante do saber médico centrado nas doenças, também centrado no eixo anátomo-patológico, dado que o seu caráter de objetivação das 'doenças' infunde nelas um *status* de realidade independente, como se fossem um ente separado e objetivo. Mesmo quando se utiliza a noção de 'problema' para fugir do reducionismo envolvido no enquadramento nosológico, o que é realizado comumente na APS pelos MFC de forma adicional aos diagnósticos, esse uso tende mais a uma identificação de um tema restrito problemático de relevância clínica para o cuidado, do que para uma elaboração diagnóstica com poder compreensivo/explicativo da situação, geradora de um tratamento. O potencial de sobremedicalização dessa força que opera tecnicamente através do uso do saber médico pelo profissional nos encontros clínicos na APS é muito grande¹⁶, com potenciais danos e efeitos cascata (ainda que, por vezes, apenas decorrentes da terapêutica), que demandam P4.

Por outro lado, paralelamente, devido ao viés da formação hospitalar e da dominação das especialidades focais sobre sua formação (Norman e Tesser, 2009)¹⁷, os médicos frequentemente têm automatismos inconscientes, que quase sempre atuam numa direção pró-intervencionista. Dentre vários fatores influentes nessas tendências muitas vezes inconscientes dos profissionais (Tesser, 2009)¹⁸, destacamos, os "filmes de terror" sobre as doenças graves, que as especialidades médicas inculcam nos estudantes de medicina, associado ao fato vivencial de que no hospital eles ganham uma veracidade impactante ao se assemelharem a abundância de doentes graves ali presentes, ao contrário da sua raridade na APS.

Isso induz a que os profissionais tendam a fazer diagnósticos por exclusão da possibilidade de doenças, o que só deve ser feito em bem poucos e específicos casos, em vez de construir interpretações no processo diagnóstico (pois na comunidade - na APS, diferentemente do ambiente hospitalar ou do ambulatório

especializado, os adoecimentos são abundantes mas as doenças graves são raras). Isso gera frequentemente excesso de solicitação de exames complementares, que não raro produzem efeitos cascata de intervenções, com grande potencial de danos. Aqui há um ponto-chave de operacionalização da P4 que consiste em centrar o processo de elaboração diagnóstica numa lógica construtiva e probabilística, evitando a lógica de exclusão de possibilidades de doenças (salvo exceções).

Porém, supondo bem orientada a direção da elaboração diagnóstica, outra tendência comum é interpretar os problemas dos usuários em termos de doenças, o que induz um excesso de medicalização, derivado da incapacidade de os profissionais se autorizarem a construir, eles mesmo, uma interpretação dos problemas clínicos dos usuários - em que, claro, seu conhecimento biomédico comumente participa, mas também outros conhecimentos científicos (e alguns não científicos) entram, as vezes de tal modo que a interpretação praticamente pode não envolver doenças específicas.

Em tempos de hipervalorização da medicina baseada em evidências (e ela é de fato muito importante na MFC), isso é relevante porque, se cada médico deve dominar um teor básico de conhecimento clínico escrutinado pelas boas evidências tipo POEM (patient oriented evidence that pattern) (Rosser e Shafir, 1998)¹⁹, e saber acessar evidências de boa qualidade desse tipo, também pode e deve se autorizar a criar interpretações diagnósticas por si mesmo, compartilhando-as com os usuários. Isso é importante para ressignificar as vivências, os sintomas e os sofrimentos, construindo-lhes sentidos existenciais, o que é crucial na miríade de situações e sintomas associados a sofrimentos psico-sociais, familiares, privação sócio-econômica, problemas afetivos etc, associados entre si e ou com sintomas e sinais físicos ou doenças. Quando uma 'doença' é diagnosticável, esta autorização deve agir no sentido de complexificar e ampliar a compreensão de sua presença, desenvolvimento e desdobramentos na pessoa, na sua vida, no seu momento e contexto de vida.

Outro motivo pelo qual isso é relevante é que as 'doenças' não têm sentidos existenciais: o processo de purificação teórica e objetivação das mesmas no saber biomédico depurou-as da maior parte deles (conotações existenciais, sentidos filosóficos, valores sociais, éticos, etc) no saber profissional. Não há doutrina na biomedicina que facilite essa ligação das doenças com um significado que faça sentido na vida dos doentes, auxilie-os a enfrentar os adoecimentos e contribua para

o tratamento, para além de significados mecanicistas-ontológicos do tipo “isso é uma infecção” ou um “problema na maquinaria corporal” (bioquímica? genética? imunológica? inflamatória? tudo isso junto?). De modo que essa construção de sentido deve ser realizada conjuntamente, pelo par profissional-usuário, em que o profissional tem certo protagonismo inevitável, pela sua posição de terapeuta. Mesmo que seja muita vezes o protagonismo de assumir sua ignorância e explorar os sentidos que os usuários vislumbram para o adoecimento ou os sintomas, ajudando nessa construção com saber profissional, fisiológico, fisiopatológico, psicológico, de ciclo de vida etc, e legitimar uma interpretação provisória construída conjuntamente.

Cabe, também, tranquilizar o usuário de que não se trata de doenças misteriosas graves, geralmente. Na maior parte das vezes, o profissional pode e deve ter competência para chegar nessa clareza tranquila, o que não é difícil se aprende a checar sinais/sintomas clínicos de alarme quando necessário. Isso protege os pacientes da obsessão por “diagnósticos” em termos de doenças, evita cascatas diagnósticas e os comuns desvios de atenção que elas geram; bem como muitos de seus efeitos adversos (falsos positivos, sobrediagnósticos, indicentalomas, situações limítrofes, etc). Ou seja, assumir a necessidade e legitimidade dessa construção interpretativa diagnóstica artesanal é fundamental para a qualificação do cuidado e o centramento dele no paciente, para sua proteção e evitação de novas intervenções desnecessárias.

Para isso é necessário que seja adotada uma concepção dinâmica dos adoecimentos, e um pensamento mais complexo do que o aprendido na formação médica, em que está pressuposta, via de regra, uma causação ascendente. A construção da interpretação de significativa parte dos adoecimentos na APS necessita envolver causação multidirecional e descendente, o que significa, hoje, ser interpretativa e singularizada, não sendo tal elaboração proporcionada pela medicina baseada em evidências ou por algum manual clínico, embora comumente seja recheada de saber biomédico.

Quando os profissionais, e depois os doentes, só se autorizam a pensar em termos de causação ascendente de doenças, isso os induz a tentativas excessivas de enquadramento de sintomas dispersos e difusos através de exames complementares, por um lado – o que pode causar dano; e, por outro lado, a desqualificar aquele muito que não é enquadrável. Se o profissional se autoriza a

seguir uma via que não se restringe aos seus algoritmos e saberes sobre doenças e síndromes, mas os incorpora num modo mais artesanal de construção de uma compreensão do que ocorre na vida do doente naquele momento, isso muda sua anamnese; faz ela circular e se interessar por histórias, assuntos, conflitos, conversas e valores dos doentes, facilitadores de uma apreensão da dinâmica do sujeito que convida o próprio a fazer uma pequena introspecção e autoavaliação, aberta e necessária para construção de interpretações envolvendo causas diversas. Ao fazê-lo, ficam facilitadas as condições relacionais e cognitivas para uma consensual construção da interpretação do problema, tanto em termos ascendentes quanto descendentes, e pactuação do tratamento, que ajuda a proteger o raciocínio clínico e o paciente de desvios e tendências intervencionistas atávicas da profissão médica.

Esse exercício interpretativo diagnóstico, que ocorre simultaneamente ao enquadramento nosológico se este for possível (e em parte sempre será, ainda que com diagnósticos apenas descritivos), envolvendo causação descendente, sempre deve ser realizado com cuidado e cautela, para não ocorrer de o profissional 'dar palpite' e ou fazer 'interpretose' na vida alheia. Aqui está incluído o que Balint (1988)²⁰ chamou de 'função apostólica do médico', exercida em geral inconscientemente, com potencial de dano, e que merece P4. Essa função, inevitável na prática clínica, deve ser crítica e conscientemente realizada, e se refere ao fato de que os médicos vêm-se na condição e necessidade de orientar, aconselhar e interpretar situações de vida dos doentes em que seu saber técnico, centrado nas patologias e na fisiologia, é amplamente insuficiente. Balint identificou a tendência de ocorrer uma 'pregação' pelo profissional para o paciente a partir de seus valores e do que concebe como sendo uma vida, postura, atitude e comportamento saudáveis, corretos, desejáveis. Um cuidado e consciência para evitação desse automatismo se consegue aprender, para além de um processo contínuo de amadurecimento e auto-conhecimento do profissional, com algum treino, que torna o profissional facilitador e delicado proponente de questões e hipóteses interpretativas para os pacientes. Trata-se de estimular sua auto-reflexão e ligar esta com a interpretação construída pelo profissional, se ela existir.

Se não existirem interpretações elaboradas pelo profissional, como já mencionamos, é geralmente possível construir juntos uma interpretação ou 'oficializar' a versão do paciente. Ou ainda, assumir uma ignorância sobre a natureza

do adoecimento, minimizando o risco de dano da função apostólica, sobretudo desenvolvendo a responsabilidade de decisões existenciais aos sujeitos, nas ocasiões de aconselhamento. Se uma normatividade decorrente da posição de terapeuta médico é comum e frequentemente incontornável, manejá-la com responsabilidade e minimizar ou mesmo recusar tal normatividade quando isso é possível e adequado é uma importante tarefa de P4.

Na prática, todavia, algum grau de elaboração diagnóstica descendente é comumente realizado mais ou menos conscientemente, quando se abre espaço para agenda do usuário e se centra o cuidado nele, em geral no sentido de adequação da terapêutica a situação, valores, preferências, entedimentos e possibilidades do doente. Bem mais do que isso, o que aqui propomos é que a elaboração diagnóstica com causação descendente (assim como a ascendente) seja tomada conscientemente como legítima necessidade de P4 e de qualificação da clínica, resgatando a legitimidade e a responsabilidade dessa construção para o profissional em diálogo com seu usuário. Isso significa destacar o lado artesanal da interpretação como não só legítimo mas como necessário para a prática clínica e a P4.

Deve ser lembrado que não se trata de simular uma sessão de terapia; tudo ocorre em 5 a 10 ou 15 minutos, as vezes 20 ou mais, se a situação é muito complexa. Em não se conseguindo a construção de uma interpretação singular satisfatória quando isso é necessário, é importante lembrar que cada encontro é só um dentro de uma série deles, na APS. E também resgatar que outros profissionais da equipe e de fora dela, conforme as possibilidades locais, podem ser mobilizados, em múltiplos ambientes, da casa ao serviço de saúde, para amplificar os dados e as conversas, os pontos de vistas e as competências profissionais em interação, para a produção de melhores interpretações (e terapêuticas).

No entanto, na prática clínica cotidiana, a conversa (anamnese) e o exame físico resolvem algo em torno de 70% das interpretações, sem recurso a exames complementares (Peterson et al, 1992; McDonald et al., 2009)^{21,22} ou outros profissionais. Este é um espaço-tempo em que a P4 atua intensamente de forma subliminar, ou seja, é dependente da qualidade geral do cuidado e pressiona a que a qualidade seja aumentada, para construir a relação de cura e cuidado, permitir o livre e desimpedido fluxo da narrativa do usuário, o diálogo investigativo, o exame físico dirigido e a produção de uma interpretação diagnóstica adequada. Sem isso, é difícil haver segurança para evitar as tendências de pedir exames por 'via das

dúvidas', ou para acalmar o paciente, ou porque é mais rápido, ou como uma via de ganhar algum tempo (até o retorno com os resultados).

Uma forte e harmoniosa relação profissional-usuário necessita de fluxo de comunicação livre e desimpedido, muito facilitado pela postura acima sintetizada de apreensão ampla e detalhada da situação do adoecimento do doente no seu momento de vida. O estímulo empático e simpático à livre narrativa é a melhor forma de obter os dados anamnéticos mais valiosos e necessários para os diagnósticos, quaisquer que sejam eles (doenças e ou interpretações singularizadas construídas). Isso é operacionalizado na recomendação de que os primeiros dois minutos das consultas devem ser dedicados a escuta dos doentes sem interrompê-los nem dirigir sua narrativa, pois médicos, tanto generalistas como especialistas, são em geral impacientes na sua escuta e a abortam frequentemente redirecionando o relato (Roshan et al, 2000; Rhoades et al, 2001; Beckman e Frankel, 1984; Friedman et al, 2009; Marvel et al., 1999)^{23,24,25,26,27}. Sabe-se que, geralmente, os pacientes falam quase tudo o que precisamos saber nesses dois minutos (Rabinowitz et al., 2004)²⁸, às vezes com alguns estímulos adicionais abertos (é só isso? Como tem sido viver isso? Conte-me mais detalhes. O que significam para você esses sintomas? Você vê alguma relação disso com algum acontecimento/situação porque está passando ou passou pouco antes do início dos sintomas?).

Como já dissemos, uma concepção dinâmica de saúde-doença, causação pensada multidirecionalmente e harmoniosa relação terapêutica são fundamentais para proteção do doente, pois a tendência para o excesso de intervenção é frequentemente ligada a concepção ontológica das doenças, em que as mesmas são vistas como entidades 'maléficas' com vida própria, que estão sempre à espreita, travestidas de sinais comuns. Nessa lógica, é comum um tônus emocional ansioso e temeroso, que pode estar no doente e invadir o profissional, e vice-versa; o qual induz procedimentos de diagnose e terapêutica para além do necessário. Tratar e ou manejar esse medo e/ou insegurança é uma das tarefas da P4. Quando ele existe nos doentes, tudo fica mais difícil se não se consegue identificá-lo, acessar a sua fonte ou entrar, por alguma via, no seu processo de geração e expressão, reorientando-o, dissolvendo-o, acalmando-o. Uma boa estratégia é uma forte relação e boa escuta, como acima sugerimos, que ajudam a acessar medos muitas vezes não falados inicialmente nos atendimentos. Também é importante não gerá-los nem retroalimentá-los.

Devemos lembrar que exames pedidos sem bons motivos para sua solicitação são candidatos a pequenas tragédias que nunca são sentidas como tais, pois sempre se acredita nos resultados: eles podem desviar a atenção e comumente geram muitos falsos-positivos e diagnosticam incidentalomas (Mariño, 2015)²⁹. A maioria dos incidentalomas significam sobrediagnóstico, e são derivados do uso maciço, frequentemente abusivo, de procedimentos de diagnóstico por imagem, cada vez com mais alta resolução. Os exames complementares pedidos sem um bom motivo e principalmente os rastreamentos (*screenings*) geram muitos sobrediagnósticos: diagnósticos corretos cujas doenças não terão consequências clínicas para pessoa, contrariamente à crença arraigada de que se há doença então ela vai se expressar e a pessoa vai adoecer. Isso ocorre inclusive em casos de câncer, o que é muito contra-intuitivo. Ou seja, nem sempre diagnosticar uma doença faz bem. Seria preciso saber se ela vai ter consequências clínicas, vai fazer a pessoa adoecer, sofrer, morrer, e isso é difícil, muitas vezes impossível. Na dúvida, feito o diagnóstico, a tendência geral é tratar, e em muitos casos, especialmente câncer, quase todos são tratados. Dentre estes, o grupo das pessoas que não sofreriam consequências clínicas sofreu danos; mas, não fica sabendo disso e julga-se beneficiado pela intervenção. Isso não é uma pequena fração dos casos diagnosticados por rastreamento, as vezes é uma grande parte deles, como é estimado no rastreamento do câncer de mama, por exemplo (Tesser e Campos, 2016)³⁰, conforme foi discutido no capítulo 2.

Ao incluir a prevenção quaternária na elaboração e socialização da interpretação das queixas do usuário (fase do diagnóstico) o profissional de saúde deve ter muito cuidado com as palavras, pois elas podem: a) causar iatrogenia, por meio da rotulação e/ou efeito nocebo; b) dificultar a compreensão do sentido das intervenções a serem propostas e assim comprometer a participação da pessoa no processo de cuidado; e c) induzir a reorganização simbólica e afetiva no paciente, preparando-o para o tratamento, o que é sempre desejável. A palavra é um potente instrumento terapêutico para induzir efeitos inespecíficos poderosos (efeito placebo), e este é, sabidamente, subaproveitado na biomedicina, tanto que McWhinney (2010)⁹ o utilizou como uma 'anomalia' para questionar o modelo biomédico.

Tanto nos casos de adoecimento presente como nos casos de preocupação com a saúde futura, a concepção dinâmica e processual é a mais recomendada, constituindo-se em instrumento de operacionalização da prevenção quaternária por

meio da linguagem: ela depende da escolha e do cuidado com as palavras. Estas devem ser do universo cultural dos doentes e precisam ser cuidadosamente utilizadas para que suas crenças, ansiedades e medos possam ser calmamente acolhidos e processados conjuntamente, de modo a tematizar de forma tranquila a complexidade e a incerteza inerentes ao processo do cuidado.

A palavra é a maior ferramenta e meio de concretização da prevenção quaternária, associada com as decisões do profissional em parceria com o usuário. Por isso, deve-se evitar expressões populares ou técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. É comum a fase de diagnose se restringir a uma conversão terminológica dos sintomas para jargão técnico: “dor nas costas” transforma-se em lombalgia, “dor de cabeça” em cefaleia. Alguns termos técnicos que vão sendo difundidos na sociedade necessitam explicações adicionais, devendo-se explicar que colesterol, hipertensão, obesidade e outras condições não são doenças. Assim, pensar e falar processualmente é um auxílio na comunicação e na prevenção quaternária: comunicar que a pressão está um pouco alta e merece atenção é preferível e diferente de usar a palavra “hipertensão” ou “hipertenso”, que implica ou sugere simbolicamente um diagnóstico de “doença” crônica, incurável, associada a drogas, restrições dietéticas e controles laboratoriais vitalícios (Norman e Tesser, 2015).

A P4 no momento da elaboração diagnóstica, como vimos, demanda um uso criterioso do saber biomédico (centrado em patologias) e uma construção artesanal de interpretações diagnósticas singulares, a qual demanda, por sua vez, referências de saber. Uma delas é o próprio saber clínico biomédico, das ‘doenças’, mas também os saberes fisiológicos e fisiopatológicos. As outras áreas e saberes da biomedicina, da MFC e de outras profissões, como o saber psicológico, dos ciclos de vida etc., são outros saberes valiosos a fornecerem subsídio para interpretações, apesar de que a conexão do saber ‘psí’ com os diversos problemas clínicos, em seu atravessamento corporal, dores, etc. é muitas vezes insuficiente e limitado.

O manejo da relação profissional-usuário e a resignificação dos sintomas e processos de vida são importantes nessas interpretações diagnósticas, envolvendo ou não doenças. Todavia, não é raro que apareça um vazio de interpretação e de terapêutica para muitos sintomas e problemas dos doentes. Nesse casos, muitas vezes o manejo terapêutico com farmacoterapia não compensa os danos, o manejo simbólico via relação e resignificação do quadro é insuficiente e a construção de

interpretações singularizadas envolvendo causalção descendente também é pouco produtiva. Nesses casos, frequentemente se usa da autoridade médica para tranquilizar e desqualificar os sintomas ou algum artifício inespecífico de intervenção visando efeito placebo. Uma potencial fonte de recursos nessas situações, a serem usados parcimoniosamente para proteção e cuidado do usuário, são os saberes e técnicas de outros sistemas médicos complexos ou práticas hoje etiquetadas como medicinas ou práticas complementares ou integrativas.

Alguns deles, notadamente os sistemas médicos vitalistas e ou tradicionais, organizados em racionalidades médicas² (Nascimento et al, 2013)³¹, como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa ou indiana, portam saberes, doutrinas e cosmologias, sistemas diagnósticos e terapêuticos distintos da biomedicina, que podem se mostrar úteis como recursos interpretativos, geradores de tratamentos coerentes com esses sistemas (discutidos no capítulo 4), que podem ser aceitáveis eticamente, relativamente seguros e com eficácia perceptível, contribuindo no enriquecimento do cuidado e na P4. Eles permitem, por hipótese, abordagens férteis para a construção interpretativa e pluralização terapêutica, e poderiam enriquecer os recursos de saber dos profissionais da APS ora monopolizados pela biomedicina, que se pensa, em geral, dentro de uma razão moderna, como única portadora de racionalidade, confiabilidade e eficácia quanto à saúde-doença.

Como se sabe, a biomedicina (e a tradição científica em geral) não reconhece fora de si saberes estruturados de boa qualidade e confiáveis, particularmente em saúde-doença. Todavia, há poucas mas crescentes evidências diretas e indiretas sobre a qualidade e a segurança de pelo menos alguns desses saberes e práticas. Uma pequena parte dessas evidências vem da própria ciência biomédica, como ocorreu, por exemplo, com a acupuntura. Derivada da medicina tradicional da China, cujos saberes são exóticos e milenares, nos últimos 30 anos houve um crescimento acentuado das pesquisas básicas e clínicas que legitimaram o uso dessa técnica terapêutica em muitas situações e para muitos problemas, notadamente para analgesia. Mas não ocorreu o mesmo com os saberes tradicionais de base da medicina tradicional ou clássica chinesa. Embora tais saberes e

² Racionalidade médica é uma categoria analítica operacional desenvolvida por Luz (Luz e Barros, 2012) para investigação e análise comparativa de sistemas complexos e estruturados de saber/prática de cuidado à saúde-doença, que comportam uma doutrina médica (explicações para os adoecimentos e curas), uma dinâmica vital (equivalente a fisiologia, da biomedicina), uma morfologia humana (análoga a anatomia), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico, articulados entre si e fundamentados em um sexta dimensão subjacente, uma cosmologia ou cosmovisão (concepção de universo ou natureza e de ser humano ali inserido).

respectivas práticas sejam socialmente cada vez mais admitidos no ocidente, não são reconhecidos como confiáveis e pouca pesquisa sobre os mesmos tem sido desenvolvida, de modo a investigar o potencial de veracidade, confiabilidade, segurança e eficácia que sua conformação, persistência e testagem social (por vários séculos, algumas vezes) pode significar (veja, por exemplo, Hankey, 2005). Em geral, nas últimas três décadas tem havido um *boom* de pesquisas sobre práticas, técnicas e ou produtos terapêuticos ditos complementares ou alternativos, mas de modo a quase desconsiderar os saberes de origem que orientam seu uso. Tais estudos, na grande maioria, testam essas técnicas e produtos do mesmo modo que se testam fármacos biomédicos, de modo orientado pelos alicerces biomédicos (usando sua classificação das doenças, seus modos de uso e muitas vezes seus pressupostos de separação entre efeito específico e inespecífico etc). Tais pesquisas não (ou pouco) abordam os saberes subjacentes, as próprias racionalidades médicas não-biomédicas em si.

Esta ideia de valorização de outros sistemas de saber e prática, hoje ditos tradicionais e complementares, todavia, vai na direção contrária das concepções hegemônicas na biomedicina em geral e mesmo da MFC. Por exemplo, em Kuehlein et al.^{32:7} (artigo de formadores de opinião em P4), a busca de alternativas à medicina moderna é considerada um “recuo romântico às chamadas formas alternativas ou complementares de medicina”. Há nesse artigo a defesa da posição heróica da ciência e dos saberes biomédicos, pensados como os únicos dignos de crédito (Tesser, 2009)¹¹ Tesser2009 a informar o cuidado profissional em saúde, muito comum na ciência e na biomedicina. Há também uma redução dos problemas do saber e da intervenção biomédica, que se resumiriam a um déficit de empatia e compreensão humanas “para além das coisas mensuráveis e tecnicamente gerenciáveis” (p.7). Tal posição permanece, subliminarmente, refém de um cientificismo generalizado, apegada a um ideário conceitual e terapêutico monótonos, em que os recursos de ação especificamente dirigidos aos adoecimentos são concebidos apenas como orientados pelo saber biomédico, os fármacos ou cirurgias e orientações dietéticas e comportamentais, quando não se tem fármacos. Fora dessas possibilidades restaria apenas a atuação simbólica e o manejo da relação e da comunicação com o usuário, reconhecidas como potentes (mas uma potência destituída de especificidade interpretativa e terapêutica, diluída

conceitualmente, devido a sua imersão no efeito placebo ou inespecífico, sem sistematização ou exploração prática e técnica na tradição biomédica ou da MFC).

Essa posição é típica do pensamento moderno e expressa o que Santos³³ chamou de razão metonímica. A metonímia é uma figura de linguagem em que se toma a parte pelo todo. A analogia refere-se a tendência do pensamento moderno científico (no caso, biomédico) de assumir-se como sendo universal, único digno de crédito, o todo, quando, mais propriamente, é uma parte, um tipo de saber-fazer terapêutico, localizado temporal, social e culturalmente, ainda que globalizado e com um quase monopólio institucional nos serviços de saúde oficiais (salvo exceções, como na China). A ampla hegemonia das ciências e da biomedicina na maior parte das sociedades, todavia, não é argumento que justifique a adesão irrestrita à razão metonímica e a recusa do reconhecimento dos limites e problemas biomédicos, amplamente reconhecidos para além do déficit de compreensão e humanismo, embora estes também sejam frequentes. Tal hegemonia também não é argumento que impeça o reconhecimento, estudo e uso de saberes desenvolvidos por curadores e suas tradições de outras sociedades ou mesmo das sociedades ocidentais (como a homeopatia), tema a que retornaremos mais detalhadamente no capítulo 4. Por agora, comentemos brevemente a tese acima defendida.

Dentre os problemas e limites biomédicos estão os danos frequentes e a medicalização excessiva, objetos precípuos da P4. A posição metonímica restringe a P4 e a própria qualidade do cuidado clínico, ao restringir as possibilidades interpretativas (e conseqüentemente terapêuticas) ao estritamente consagrado na biomedicina.

A maior parte dos estudos e saberes que sustentam a afirmativa acima sobre a possibilidade de uso criterioso de medicinas complementares na APS e como recursos terapêuticos e de operacionalização da P4 vem de outras áreas da pesquisa científica, notadamente da pesquisa social e qualitativa. Estas vem mostrando há duas ou três décadas o crescente e persistente interesse progressivo das populações e dos profissionais de saúde biomédicos pelas práticas e terapias complementares. Dessas pesquisas vem algumas convergências a respeito das virtudes dessas práticas, como as seguintes, sinteticamente postas.

O uso de outros sistemas médicos ou práticas em saúde-doença simultaneamente (de forma associada ou alternativa) ao cuidado biomédico é amplamente aceito pelas populações (WHO, 2013)³⁴ e tem sido relatado como

positivo no cuidado na APS por profissionais, que o fazem por iniciativa própria (Queiroz, 2000; Tesser, 2009)^{35,36}. Pouco saber científico legitimador (sobre eficácia e segurança) existe sobre os mesmos, a não ser algumas de suas técnicas terapêuticas usadas no contexto dos ensaios clínicos biomédicos (como a acupuntura) e estudos dispersos. Kooreman et al. (2012)³⁷ mostram alguma eficácia geral nesse uso, enfocando homeopatia, antroposofia e acupuntura. Revisão ampla sobre custo-efetividade também sustenta otimismo a esse respeito (Herman, 2012)³⁸.

O uso das medicinas complementares é visto como fértil e natural por McWhiney (2010)³⁹, um clássico da MFC, que defende que a APS é o local natural para a incorporação desses saberes pelos sistemas de saúde. Pesquisas investigando os profissionais biomédicos, da APS e outros que praticam tais medicinas mostram que o caráter holístico e as intervenções mais brandas e menos iatrogênicas são alguns dos motivadores desse uso (Joos et al, 2010; Van Haselen et al., 2004; S.Thiago SC, Tesser, 2011; Tesser, 2009)^{40,41,42,43}.

Pesquisas antropológicas enfocando a experiência de usuários das medicinas complementares mostram que, com relação ao processo adoecimento-cuidado-cura, há uma relação de maior solidariedade e proximidade entre curador-doente, maior satisfação com a abordagem filosófica, cosmológica e de significação dos adoecimentos, com maior convergência entre os valores e crenças dos usuários com as mesmas e maior estímulo a participação dos pacientes, com uma facilitação da relação terapêutica (Andrade, 2006; Ernst, 2001; Sharma, 1992; OMS, 2002; Helman, 2009)^{44, 45,46,47,48,49}.

A segurança desse uso como P4, para além do uso terapêutico, é proporcionada pelo contexto da APS e pelos critérios de uso híbridos, uma vez que na APS são os próprios profissionais biomédicos e MFCs os operadores ou mediadores desses recursos de saber e tratamento, que necessitam ser combinados e pactuados com os demais saberes biomédicos já presentes e atuantes no interior dos profissionais, bem como com as preferências e valores dos usuários. A segurança do exercício dessas outras medicinas quanto ao seu potencial de danos, sempre presente, parece ser viável de ser viabilizado em parte através do seu aprendizado pelos próprios profissionais biomédicos, que exercem uma mediação na APS sobre as escolhas terapêuticas envolvendo seus riscos e benefícios.

Em geral, essas medicinas são reconhecidamente menos perigosas que a biomedicina, o que lhes grangeou inclusive qualificativos como medicinas ‘doces’ ou ‘suaves’ (Laplantine e Rabeyron, 1989)⁵⁰. Todavia, se isso é claro na literatura antropológica que se debruça sobre praticantes e doentes, e nas pesquisas focadas em profissionais biomédicos híbridos que as utilizam, isso não tem sido reconhecido generalizadamente nas instituições e na biomedicina.

Além desses fatores, atributos como maior holismo e estímulo ao poder de autocura são quase generalizadamente atribuídos as medicinas complementares e tradicionais (Levin e Jonas, 2001)⁵¹. Os antropólogos, até hoje, com variações (Tavares e Bassi, 2012), utilizam o conceito de eficácia simbólica, proposto por Lévy-Strauss (1976), concebido como explicação para as curas ‘exóticas’ realizadas com sucesso por curadores de outras sociedades (não ‘européias’ ou ‘ocidentais’ ou ‘modernas’). Uma síntese muito grosseira da eficácia simbólica seria que ela é um equivalente aproximado ao efeito placebo, reconhecido pela biomedicina, com a diferença significativa de que a eficácia simbólica é especificamente produzida, em geral por meios, veículos, palavras e procedimentos “simbólicos”. Também uma maior integralidade na abordagem e uma maior facilidade para singularização dos tratamentos são relatados como virtudes desses saberes e práticas (Levin e Jonas, 2001; Tesser e Luz, 2008)^{52,42}levin, que crescem em procura pelas populações dos países de alta renda (WHO, 2013)³³WHO.

Tais saberes e práticas também facilitam o protagonismo epistemológico e ético dos profissionais, necessário na construção das interpretações e tratamentos artesanais e singularizados, muito dos quais envolvem causação descendente. Esta última parece ser amplamente facilitada em várias dessas outras medicinas, como homeopatia e a medicina chinesa, por exemplo (Tesser, 2012, 2013). Assim, a integração ou ao menos a complementaridade da causação material fisicalista biologicista ascendente (operada pela biomedicina, como regra, na APS) com causações em outras direções e descende é facilitada pelo uso de outros sistemas médicos ou terapias complementares para interpretação e tratamento, notadamente as medicinas vitalistas como as citadas. Elas necessitariam ser aprendidas para além dos saberes/práticas biomédicos e ou de forma acoplada a eles, pelos profissionais da APS, para seu uso e sua contribuição para a P4, dado que mínima parte desses recursos dispõe de evidências biomédicas de boa qualidade

corroboradoras de sua eficácia e segurança terapêutica, o que nos remete ao próximo tópico.

A operacionalização da P4 na terapêutica

Como primeira e fundamental prática de P4 na terapêutica, está a diferenciação dos problemas e demandas entre o presente e o futuro, ou entre cuidado ao adoecimento presente e ações preventivas. Como discutimos no capítulo 2, as ações preventivas merecem cuidadosa atenção, devido aos seus maiores requisitos éticos e técnicos de garantia de benefícios, menor incerteza e pouca ou nenhuma tolerância aos danos. Assim, a identificação de possíveis ações preventivas ou demanda por elas deve ser considerada como um sinal de alerta para a prevenção quaternária prioritária, devido ao seu grande potencial de danos e excesso de medicalização. Isso pode ser manejado a partir de saberes específicos como os propostos e articulados no capítulo 2, com ampla preferência para ações preventivas redutivas contextualizadas, bem negociadas e consensuadas com os usuários. Ações preventivas aditivas e na estratégia de alto risco, como controle de fatores de risco isolados ou rastreamentos devem ser considerados em cada caso frente as melhores e mais idoneas evidências científicas sobre desfechos finais, envolvendo o balanço danos x benefícios em estudos de intervenção de alta qualidade (ensaios clínicos) e observacionais quando disponíveis (populações reais). Lembramos que na dúvida sobre o balanço danos x benefícios nas ações preventivas aditivas, está indicada, conforme argumentado no capítulo 2, uma postura de tranquilo ceticismo resistente a ação, como proteção do usuário e P4. Quanto mais no futuro o adoecimento, mais rigor e P4 são necessários e prioritários.

Esta parte apresenta apenas algumas idéias e propostas sobre a P4 na terapêutica do adoecido, que não se propõem a fazer uma abordagem geral nem sintética deste tema, pois ele é amplo e complexo demais, desdobrando-se em muitos aspectos nas miríades de situações de cuidado na APS. Focamos aqui em algumas idéias que nos parecem relevantes, sem entrar na questão geral dos desafios da qualificação do cuidado ou da terapêutica da APS brasileira, que é intimamente associada ao problema da P4. Por isso, nossa abordagem é parcial. Contribuímos com propostas e reflexões sobre alguns poucos tópicos, alguns deles ainda por serem melhor desenvolvidos.

A P4 na terapêutica (do adoecimento presente) incide principalmente na decisão sobre a proposta terapêutica e sua socialização e pactuação, incluindo negociação sobre execução e orientações associadas. Ela é outro ponto fundamental da proteção do paciente.

Na APS podemos muito facilmente perceber o quanto de efeitos adversos e colaterais são produzidos com os tratamentos biomédicos na APS, pois cerca de 80% dos usuários ali atendidos recebem prescrição de fármacos⁵³ (Béria e Béria, 2013). Isto significa uma monotonia impressionante em termos de métodos e técnicas terapêuticas, que se concentram na sua grande maioria num único tipo de intervenção: uso de substâncias quimicamente purificadas como remédios para adoecimentos. Embora estejamos acostumados com isso, tal monotonia merece alguns comentários para que não seja tomada como natural ou inevitável.

Devemos considerar, como pano de fundo, que houve uma opção histórica no início do século 20, na biomedicina, pela quimioterapia (fármacos). Foi construída uma indústria e organizado um 'jogo' com regras mais ou menos claras, ainda que pouco ou insuficientemente seguidas, de segurança, de teste de efeitos e danos em ensaios clínicos etc, após catástrofes graves decorrentes da crença no poder apenas benéfico da medicina e da farmacoterapia, associadas a ganância e a falta de escrúpulo das indústrias farmacêuticas, que não mudaram no século XXI (Angel, 2007).

Os médicos delegaram totalmente para a indústria farmacêutica a produção dos seus remédios, de seus instrumentos e insumos terapêuticos. Não só a produção, mas a decisão sobre a produção e quase todo o (ou a maior parte do) processo de avaliação do uso desses remédios (Almeida, 2002). Há um imaginário profissional, em geral coincidente com um imaginário mais geral das sociedades modernas, em que está presente a crença de que o grosso dos tratamentos deve ser farmacológico, que os fármacos são poderosos e resolvem os problemas. A formação médica, sua tradição e seus métodos de produção e legitimação de saberes terapêuticos não se desenvolveram em outro sentido além de usar substâncias químicas purificadas como tratamentos para as doenças. Foi inculcado nos profissionais (e depois no doentes, ao longo do século XX) que os protagonistas das curas são os médicos e os fármacos (e cirurgias quando necessárias). Os médicos prescreveram por décadas, grosso modo, apenas fármacos, e com isso ensinaram os doentes e a sociedade a acreditar neles. Agora, apesar dos

quimioterápicos serem uma das grandes causas das intoxicações e danos, continuam muito receitados, e os doentes vem pedir mais.

Essa potência terapêutica pode ser verdadeira em algumas situações, mas há muitas outras, em abundância, na APS, em que isso não ocorre. O problema é que os médicos não aprendem mais nada. Não aprendem a identificar o que atrapalha o potencial de autocura já existente, dormente ou parcialmente vencido, para auxiliar no seu restabelecimento. Nem tampouco outras formas de ação terapêutica. Pouco conseguimos ligar a fisiologia com a fisiopatologia para produção de tratamentos que não farmacológicos, para além de medidas gerais de dieta e atividade física.

Nesse contexto, sem uma boa construção de uma interpretação que faça sentido para o doente e tenha vínculo com seus valores, crenças e seu momento vivido, será muito difícil pactuar um tratamento bem orientado, que desmitifique, relativize e considere a potência terapêutica e de sedação de sintomas, bem como a potência iatrogênica dos fármacos, que minimize seu uso, que diversifique as abordagens de tratamento, que oriente adequadamente seu uso quando julgado necessários.

A P4 implica a tarefa de autocontenção da prescrição de fármacos para quaisquer sintomas. Implica em trabalho de resignificação das expectativas dos doentes quanto às drogas, de uso de critério escrupuloso na prescrição, de exploração da desprescrição (Gómez Santana et al., 2015), particularmente devido ao envelhecimento populacional, amplificador dos danos pela diminuição progressiva da reserva funcional nos idosos, inclusive pela comum polifarmácia nos idosos (uso simultânea de fármacos). Isso só pode ser feito em conversa franca e tranquila, sem ilusões de que grandes mudanças no padrão de crenças dos doentes (e de comportamentos) serão obtidas rapidamente, quando julgados necessários, com uma só conversa. Uma negociação tranquila precisa ser feita, em um processo de cuidar ao longo do tempo. Um dos recursos muito simples é, na orientação e negociação da terapêutica, rebaixar os sintomáticos ao que eles são: recursos provisórios aliviadores de sintomas, com um incontornável lado tóxico e efeitos colaterais indesejáveis, por vezes abundantes e significativos, que devem ser tomados o mínimo possível. Outro recurso é não esquecer nunca de traduzir em linguagem acessível ao doente a ação desejada dos fármacos prescritos.

Um grupo particular de situações de alta prevalência e relevância na APS merece destaque quanto a necessidade de P4: os sofrimentos psíquicos. Apesar de suas características, tende-se comumente a priorizar uma abordagem ontológica em detrimento de uma abordagem dinâmica e contextualizada. Por exemplo, adere-se muitas vezes ao entendimento de que a causa dos transtornos são problemas bioquímicos (falta de serotonina na depressão). Porém, os profissionais esquecem que psicotrópicos têm uma vasta gama de efeitos por todo o corpo, muitas das quais são prejudiciais, e assim, este tipo de analogia, que simplifica o problema apenas como uma ‘reposição química’, deve ser enfaticamente evitada. Não existe nenhuma confirmação dessa hipótese, pois pouco se sabe a respeito das interações entre condições psicossociais e os processos bioquímicos (receptores e vias neurais) envolvidos nos chamados transtornos mentais, como afirma Gøtzsche (2014)⁵⁴ : *“A verdade é exatamente o oposto. No começo não há desequilíbrio químico, mas quando se inicia tratamento de doenças mentais com as drogas, criamos um desequilíbrio químico, uma condição artificial que o cérebro tenta neutralizar. Isso significa que o paciente fica pior quando tenta suspender a medicação, assim como um alcoólico também fica pior quando não há mais álcool, mas isso não significa que ele não tinha álcool no cérebro, quando começou a beber [...] e grande parte dos médicos prejudicam seus pacientes ainda mais, dizendo-lhes que os sintomas de abstinência significam que os mesmos ainda estão doentes e que necessitam continuar com a medicação.”*

Portanto, os sofrimentos e sintomas psíquicos ou mentais devem ser entendidos como quadros sintomáticos complexos (semiológicos) uma vez que sua construção conceitual (ontologizante) em “transtornos” é extremamente frágil, no mínimo, e também extremamente medicalizante (vide críticas ao DSM-V). Os profissionais de saúde devem fazer um esforço interpretativo (artesanal) qualificador do cuidado personalizado, construindo interpretações personalizadas, singularizadas e contextualizadas na situação existencial do usuário, nos casos mais graves com apoio de profissionais especialistas em saúde mental, com ativação de redes comunitárias de apoio. Por isso, no momento da interpretação do problema (formulação diagnóstica), deve ser utilizada uma abordagem dinâmica que ajude a ressignificar os processos que afetam a saúde mental e psicológica das pessoas.

Essa postura tem implicações para a fase seguinte de plano de cuidado, pois tende a restringir o uso de medicação, uma vez que os sofrimentos são explicados

em termos de processos e não rotulados como doença. O uso de sintomáticos químicos, sobretudo psicotrópicos, que interferem na consciência e na auto percepção das pessoas, deve ser prescrito muito criteriosamente (curto prazo e/ou mínima dose possível) (Gøtzsche, 2014), e sempre numa perspectiva de uso sintomático e complementar a um processo de reequilíbrio e reposicionamento subjetivo e psíquico que se processa independente do fármaco, que pode ser facilitado por ele, mas que o mantem como um sintomático temporário, e não como o tratamento principal. Se muitos sintomas físicos não-enquadráveis podem ser manejados através da demora permitida, usando o tempo como aliado, na saúde mental, a maioria dos tratamentos devem iniciar por medidas não farmacológicas de reposicionamento subjetivo, apoio social, expressão verbal e não-verbal, troca subjetiva, etc, e deve ser investido um esforço de personalização e vinculação dos usuários com essas medidas para que se aguarde um efeito de melhora, compensação e reequilíbrio, sempre que possível sem psicotrópicos. Isto significa que em se tratando de problemas de “saúde mental”, o significado da demora permitida deve ser modificado para uma preferência ativa e persistente por formas de expressão, trabalho e reelaboração da subjetividade, auto-conhecimento etc, consideradas como a terapêutica principal, e os fármacos entram se necessário ou temporariamente para alívio e ou sedação de sintomas, ou mesmo para permitir, em casos mais graves, as outras formas de cuidado, tratamento, expressão, etc⁵⁵ (Frosi e Tesser, 2015). Como regra, geral, eles devem ser considerados como um sintomático potente, perigoso e iatrogênico, de segundo escolha, de modo análogo a morfina para dores. Mesmo os casos, que demandam uso crônico, o psicotrópico não deve ser considerado o principal tratamento, e sim um tratamento paliativo crônico, facilitador de outras terapias e processos de vida visando reequilíbrio, reelaboração, crescimento e vida de modo o mais autônomo e com a maior rede de apoio social possível.

Ressalta-se ainda que os sintomas - inclusive psíquicos e comportamentais - muitas vezes são os únicos indicativos de processos subjacente desconhecidos, e a sedação dos mesmos pode implicar em perda de contato com o mesmo e maior cronificação dos processos⁵⁶ (Tesser, 2006). Além disso, no caso dos psicotrópicos, especialmente, isso implica em risco comum de manipulação de comportamento, de alienação do paciente de si mesmo e de simples controle de sua vida, o que é eticamente muito questionável e mesmo contra-indicado. É recomendada sempre

uma ênfase na ação da rede de segurança ou de apoio psicossocial - envolvendo agentes de saúde, enfermagem, recursos familiares e comunitários e profissionais “psi”, se necessário, e o uso singularizado de recursos facilitadores de autoconhecimento, expressão e reorganização da subjetividade (vivenciais, artísticas, culturais, espirituais, práticas corporais, etc). No Brasil, essas diretrizes tem ampla convergência com as propostas da reforma psiquiátrica e da chamada atenção psicossocial⁵⁷ (Costa-Rosa, 2013).

É muito importante, em casos de problemas corporais ou psíquicos, também, explorar outras formas de tratamento que não a quimioterapia, para além das medidas não farmacológicas já consagradas, assim como os valores, preferência e práticas dos doentes, conforme o caso e a situação, sem a ilusão de que muita coisa será encontrada nos portais de evidências, embora aos poucos apareçam evidências lá.

Comumente a prática terapêutica na APS e a P4 ficam reduzidas e pressionadas, na sua tarefa de simultaneamente tratar os doentes e protegê-los de danos iatrogênicos e de medicalização desnecessária, entre apenas dois modos de tratamento - em comuns situações em que cabe alguma terapêutica: ou o uso de fármacos ou o manejo da relação e ressignificação das vivências e sintomas (não contabilizamos aqui como uma opção distinta as medidas não-farmacológicas comuns nas doenças crônicas, nem as cirurgias). Nesses casos, se a quimioterapia já foi testada sem sucesso, ou não é indicada (por algum motivo ou mesmo por P4), ou o usuário não a quer ou não a suporta, aparece um vazio terapêutico que angustia tanto doentes como profissionais, que se desdobram como podem para manejar o cuidado e criar um “tratamento” em meio a esse “vazio terapêutico” da biomedicina. Isso, aliás, parece que ocorre mais frequentemente quanto melhor é a qualidade da prática clínica e mais ela é recheada de P4. Recai-se no manejo da relação e na construção de interpretações singularizadas a partir de “causação descendente”, etc, como acima mencionado, porém não raro o processo resulta insatisfatório.

Isso indica que uma tarefa da P4 para profissionais, escolas médicas, pesquisadores da APS e residências em medicina de família e comunidade é a exploração de saberes e técnicas terapêuticas diversas do uso da quimioterapia, que sejam de baixo risco de dano e aceitável eficácia. Significa dizer que precisamos inventar outras formas de avaliação de sua segurança e eficácia, uma vez que os

ensaios clínicos servem razoavelmente bem para os fármacos, mas pouco para outras formas de cuidado, notadamente as mais interativas, assim como as ligadas a interpretações diversas dos adoecimentos distintas das ‘doenças biomédicas’.

Há um problema que a biomedicina gerou para si mesma: o fato de que após oficializar os fármacos como seu tratamento de absoluta eleição, institucionalizou as regras e metodologias dos ensaios clínicos para sua aprovação e uso, e agora está presa nessas regras, inclusive a MFC. Elas podem funcionar para os fármacos, se forem seguidas com transparência e rigor – o que não ocorre muitas e decisivas vezes – mas funcionam relativamente mal para as muitas outras possibilidades de ação, que os curadores e pessoas de várias culturas e sociedades fizeram e continuam fazendo. Não há nenhuma razão científica ou argumento de peso para essa seleção monótona dos quimioterápicos como único modo de tratar, com base científica, os adoecimentos. Apenas ocorreu a opção histórica pregressa, em que havia coerência e articulação do uso dos fármacos com a teoria do sítio receptor dando plausibilidade teórica (“biológica”, no linguajar biomédico) e um “mecanismo de ação” para esse uso. Tal opção praticamente monopolizou, junto com a cirurgia, a terapêutica biomédica no século XX. Como a regra (social e científica) instituída de ‘comprovação’ de eficácia e segurança e de ‘oficialização’ de tratamentos gira em torno dos ensaios clínicos, concebidos para os fármacos, essa regra monopoliza as discussões e a legitimação de terapias em geral, e o grosso dos médicos e cientistas acham que tudo deve ser testado e validado como se fosse fármaco, o que é um relativo *non sense*. Parece óbvio e previsível que pouca coisa consegue passar por esta porta seletiva de validação, completamente montada para os fármacos, com os quais é possível realizar ensaios clínicos duplo-cegos aleatorizados, supondo sempre uma estrutura de saber homogeneizante dos adoecimentos que os conceitos e critérios diagnósticos operacionais das ‘doenças’ permitem. Assim, os ensaios clínicos dominam a validação de tratamentos e os fármacos continuam dominando a prática e a pesquisa médicas sobre terapêutica. As indústrias farmacêuticas, com isso, monopolizam o processo de produção e validação de terapêuticas, e a maior parte dos cientistas biomédicos e profissionais concordam, fechando o círculo vicioso.

Esse problema, já complexo, se complexifica mais se levarmos em conta que adoecimentos podem ser interpretados por outros saberes organizados e complexos, outras racionalidades médicas, enraizados em visões de mundo e de

homem de outras sociedades e culturas, não redutíveis aos da biomedicina. A biomedicina, não podendo interpretar esse saberes, só os tem desqualificado, por considerar-se (unilateralmente) a incomparavelmente melhor forma de cuidado e assim a única forma de saber-fazer em saúde-doença a ser legitimada socialmente e institucionalmente. Isso é uma frente ainda mais complexa de pesquisa que só pode ser mencionada neste momento, a que retornaremos na Parte III. Mas trata-se de uma questão crucial para que possam haver outros recursos de cuidado legitimados para serem usados nos serviços de saúde e mesmo pelos médicos (hoje talvez considerados não-biomédicos ou complementares) eticamente aceitáveis, além da quimioterapia-cirurgia, para além dos atuais tratamentos não farmacológicos hoje instituídos e o manejo da interação, da comunicação e da significação dos sintomas.

Tal exploração de outras terapêuticas é um desafio para a biomedicina, que não o reconhece como tal, pois continua amplamente dominada pela mentalidade farmacoterápica, incluindo nisso a MFC. Tal desenvolvimento de novas formas de avaliação de segurança e eficácia de tratamentos distintos da quimioterapia é importante e crucial na APS e para a P4. A APS é um lugar privilegiado por sua vinculação próxima à vida, aos adoecimentos e a evolução dos doentes, pela sua orientação para a pessoa e não para desfechos intermediários - controle de sinais e de doenças, parâmetros bioquímicos, fatores de risco etc, - bem como pela sua maior proximidade com outras formas de cuidado (não-biomédico) presentes nas sociedades. Apesar das limitações e dificuldades, o uso de outras terapias tem sido amplamente crescente entre os profissionais biomédicos e na APS (WHO, 2013; Levin e Jonas, 2001).

Outros recursos fundamentais da P4 na terapêutica são o uso da não-prescrição, da demora permitida ou observação assistida (*watchful waiting*), em que se valoriza o tempo usando-o como aliado (e se pode propor ações seguras nesse tempo de reforço ao autoequilíbrio do doente, sempre que possível), acompanhando as situações que se resolvem sozinhas, com boa orientação/conselhamento e alguma paciência e tolerância. Se os quadros não melhoram, tendem a se esclarecer viabilizando interpretação diagnóstica, para o que é necessário acesso fácil ao profissional vinculado. Também um instrumento valioso para a P4 é o uso de evidências de boa qualidade e idôneas, de tipo POEM, que discutimos em outro momento (Norman e Tesser, 2009)⁵⁸.

As discussões acima permitem esquematizar graficamente de forma ilustrativa os principais momentos e estratégias de operacionalização da P4 no cuidado clínico ao adoecido, no fluxo da consulta como organizado pelo método Cambridge-Calgary aperfeiçoado, considerando os eixos constitutivos dos adoecimentos e as concepções de doença, como nas figuras 6 e 7 abaixo.

Figura 6: Inserção e operacionalização da prevenção quaternária

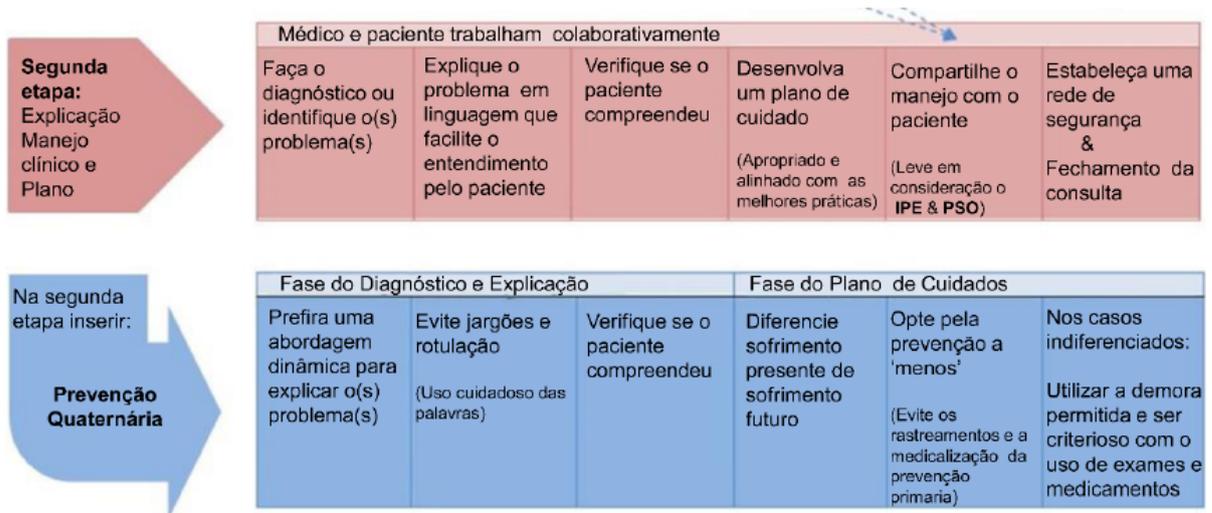


Figura 7: Prevenção quaternária: síntese das diretrizes para sua operacionalização

Prevenção Quaternária	Aumenta a sua necessidade na medida em que se distancia do sofrimento presente			
	ADOCIMENTO PRESENTE			ADOCIMENTO FUTURO
Tempo				
Eixo	Anatomopatológico	Fisiopatológico	Semiológico	Epidemiológico
Quadros clínicos	Bem definidos	Moderadamente definidos	Indefinidos/Complexos	Imateriais/Risco
Abordagem	Ontológica/Dinâmica	Preferencialmente Dinâmica	Dinâmica	Probabilística Prefira prevenção "a menos"
Manejo: Exames e Tratamento	Direcionados para a condição (i.e. tuberculose, angina pectoris, DPOC)	De acordo com o grau de disfunção e/ou severidade do quadro (ex. asma: leve, moderada e severa)	Excluir sinais de alerta Evitar excesso de sintomáticos Aguardar evolução do quadro (demora assistida)	Evitar a medicalização da prevenção primária Desencorajar <i>checkups</i> e/ou rastreamento (ex. PSA, mamografia <40 anos, etc)

Considerações finais

Desenvolvemos e defendemos a idéia de que a P4 se insere e é importante para a qualificação do cuidado clínico ao adoecido na APS na produção da interpretação diagnóstica e na proposição e pactuação da terapêutica, pressionando os profissionais na direção pouco em moda de uma maior artesanaria e singularização das elaborações diagnósticas, explorando causações descendentes e concentrando responsabilidade epistemológica nos profissionais, dado haver necessidade de uma abordagem mais ampla na APS do que o saber biomédico possibilita, para que se evite a sobremedicalização e os danos dela decorrentes, sem gerar muitos vazios interpretativos e ou terapêuticos (que desafiam a interação e a habilidade relacional e comunicativa dos profissionais; e frustram frequentemente os usuários).

Da mesma forma, a P4 exige e acarreta maior singularização terapêutica tanto no uso dos fármacos quanto no uso de outros recursos de tratamento, o que é facilitado por uma excelente escuta, uma forte relação profissional-usuário e uma autorização consciente aos profissionais para que exercitem elaboração de interpretações diagnósticas com causação tanto ascendente e como descendente, de forma dialogada e compartilhada como os pacientes.

O maior instrumento e veículo da P4, para além das decisões dos profissionais, é a palavra e a comunicação com os usuários, para o que um pensamento complexo, processual e dinâmico na abordagem dos adoecimentos e cuidados é estritamente necessário.

Na direção de um aumento da capacidade interpretativa e terapêutica com mínimo risco, pontuamos a possibilidade coerente de operacionalização da P4 através do aprendizado adicional pelos profissionais da APS do uso de outras práticas e racionalidades médicas, como as medicinas vitalistas (de que são exemplos mais conhecidos a homeopatia e a medicina tradicional chinesa/acupuntura), para cujos saberes não se tem nem terá validação científica a curto prazo, devido a sua grande diferença em relação a racionalidade biomédica.

Cabe mencionar que recente pesquisa (Faqueti, 2014)⁵⁹ identificou um uso comum de recursos não-convencionais por profissionais biomédicos capacitados em algumas trapias complementares da APS, não só de forma complementar mas também de forma preferencial inicial em pacientes que aceitam ou preferem tais práticas. Isso implica uma heterodoxa abertura para novas formas de entender os

adoecimentos e de agir clínico, que a APS e a P4 demandam cotidianamente dos profissionais, mas que, paradoxalmente, o cientificismo da medicina baseada em evidências e da MFC tendem a afastar. Em que pese algumas evidências crescentes apoiando tal uso, ele estará por muito tempo sob responsabilidade dos profissionais que obtêm formação nessas medicinas e práticas, os quais tem crescido consistentemente nas últimas décadas, especialmente nos países de alta renda, assim como seu uso pelas populações. Isso é uma frente inexplorada de pesquisa, no sentido de novas formas de avaliação de segurança e eficácia que sejam adequadas e adaptadas aos saberes e práticas exercidos nesse outro universo de saberes e práticas, que vem se impondo socialmente pelo procura das populações e pelo interesse, aprendizado e exercício dos profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

- Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança [Internet]. Revista do ISP. 2002 [cited 2008 feb 23]. Available from: http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm
- 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.
- Almeida ELV. As Razões da Terapêutica: empirismo e racionalismo na medicina. Niterói, RJ: EDUFF; 2002.
- Andrade JT. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA:EdUECE; 2006.
- Balint, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- Beckman HB.; Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, v.101, n.5, p.692-696, 1984. doi: 10.7326/0003-4819-101-5-692.
- Béria JU, Béria PL. Prescrição de medicamentos e adesão aos tratamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. (Orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4a.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, p.130-137.
- 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.
- Camargo Jr KR. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. *Revista das SBHC* 1993;9(31-40). Disponível em: http://www.sbhc.org.br/pdfs/revistas_anteriores/1993/9/artigos_3.pdf
- Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Chitnis, A., Dowrick, C., Byng, R., Turner, P., & Shiers, D. Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms (MUS). In Royal College of General Practitioners RCoP, Trailblazers, National Mental Health, editor. London: The Forum for Mental Health in Primary Care; 2011.
- Costa-rosa, A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Unesp, 2013.

- De Faria DL, Souza HS Considerações sobre a causação descendente: um problema difícil. *Clareira-Revista de Filosofia da Região Amazônica*, 2014, 1.1: 31-54.
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G., & Kasney, L. M. (). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 2010; 7(4), 209–221.
- Engel, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196.4286: 129-136.
- Ernst E. *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Manole; 2001.
- Faqueti A. *Medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários em Florianópolis/SC*. 2014. Dissertação. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129053>
- Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1980, 241pp.
- Friedman DS et al. Doctor-patient communication in glaucoma care: analysis of videotaped encounters in community-based office practice. *Ophthalmology*, v.116, n.12, p.2277-85, 2009. doi: 10.1016/j.ophtha.2009.04.052
- Fulder S. *The handbook of alternative & complementary medicine*. London: Vermilion; 1996.
- Gómez Santana MC, Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-8. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1021](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1021)
- Goswami A. *Evolução criativa das espécies : uma resposta da nova ciência para as limitações da teoria de Darwin*. São Paulo: Aleph; 2009.
- Gøtzsche P. *Psychiatry Gone Astray. Mad in America: science, psychiatry and community*. 2014 Jan 28 [acesso em 2014 Oct 07]. Disponível em: <http://www.madinamerica.com/2014/01/psychiatry-gone-astray/>
- Guedes CR, Nogueira, MI, Camargo JR, KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc saúde coletiva*, 2006; 11(4):1093-1103.
- Hankey, A. CAM modalities can stimulate advances in theoretical biology. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2005; 2(1):5-12.
- Helman CG. *Cultura Saúde e Doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* 2012(2):1-16. doi:10.1136/bmjopen-2012-001046
- Harrison S, Moran M, Wood B. Policy emergence and policy convergence: the case of “scientific-bureaucratic medicine” in the United States and United Kingdom. *British J Politics International Relations*. 2002;4:1-24. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-856X.41068>
- Illich, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- Jackson, J. L., George, S., & Hinchey, S). Medically Unexplained Physical Symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 2009; 24(4), 540–542. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-0932-x>
- 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)

- Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. Evidence-Based Complem Altern Medic. 2010; 2001:1-8. doi:10.1093/ecam/nep019.
- Kloetzel, K. Medicina Ambulatorial: princípios básicos. São Paulo: EPU, 1999.
- Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. Eur J Health Econ. 2012; 13(6):769–76.
- Kuehleln, T.; Sghedoni, D.; Visentin, G.; Gérvas, J.; Jamouille, M. Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral. Primary Care. Disponível em: http://www.primary-care.ch/pdf_d/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf Acesso em 23 fev. 2010.
- Kuhn, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Academic Medicine 2003;78(8):802-809
- Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Laplantine, F; Rabeyron, P. Medicinas Paralelas. São Paulo; Ed Brasiliense, 1989.
- Levin JS.; Jonas WB. (editores) Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.
- Luz, MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- 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)
- Marvel, M.K.; Epstein, R.M.; Flowers, K.; Beckman, H.B. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA, v.281, n.3, p.283-7, 1999.
- Mol, A. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento; 2007. p.63-77
- Myers S, Benson H. Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. Behavioral Medicine 1992;18:5-11.
- McDonald, D.D.; Fedo, J. Older Adults' Pain Communication: The Effect of Interruption. Pain Manag Nurs., 2009 , v.10, n.3, p.149–153, 2009.
- Mcwhinney, IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2013; 18(12):3595-3604.
- Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 2009;25(9)2012-2020.
- Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública 2009;25(9)2012-2020.
- 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)
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra, 2002.

- Peterson, M.C.; Holbrook, J.H.; Von Hales, D.; Smith, N.L.; Staker, L.V. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.*, 1992;156(2):163-5, 1992.
- Queiroz, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2000; 16(2):363-375.
- Rabinowitz I.; Luzzati, R.; Tamir, A.; Reis, S. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ*, v.328, n.7438, p.501-502, 2004. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7438.501>
- Rhoades, D.R.; McFarland, K.F.; Finch, W.H.; Johnson, A.O. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med.*, v.33, n.7, p.528-32, 2001.
- Ring, A., Dowrick, C. F., Humphris, G. M., Davies, J., & Salmon, P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social science & medicine*, 2005; 61(7):1505-1515.
- Roshan, M.; Rao, A.P. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. *J Assoc Physicians India.*, v.48, n.8, p.771-775, 2000.
- Rosser W, Shafir M. Evidence-Basedwiki Family Medicine. Hamilton. Ontário: B. C. Decker Inc.; 1998.
- Santos B S.; Meneses M P. (Org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
- Sayd, JD. Mediar, medicar, remediar; aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998
- S.Thiago SC, Tesser C.D. Terapias complementares na percepção de médicos/enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(2):249-257.
- Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- STEWART, M. [et al.] Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Sharma U. Complementary medicine today: practioners and patients. New York: Tavistock; 1992
- Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Tesser CD, Campos T. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cadernos de Saúde Pública*, 2015 (artigo aprovado)
- Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis* 17(3):465-484, 2007.
- Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)* jul/dez 2006;10(20)347-62.
- Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742
- Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):273-286.
- Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis*, Rio de Janeiro, 17(3):465-484, 2007.

- Tesser CD; Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Rev C S Col*, 2008; 13(1):195-206.
- Tesser, CD. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz, MT e Barros, NF (Org.). *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. 452 p.
- Tesser, C. D. . Produção de saber, racionalidades médicas e cuidado: ideias iniciais. In: Nascimento, MC; Nogueira, MI. (Org.). *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares*. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2013, v. 1, p. 80-105.
- Van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PA. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complement Ther Med*. 2004;12(1):6-16.
- World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. Geneva: World Health Organization; 2013.

-
- ¹ Jamouille 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)
- ² 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)
- ³ ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- ⁴ Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine* 2003;78(8):802-809
- ⁵ Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- ⁶ STEWART, M. [et al.] *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ⁷ SOAP - http://en.wikipedia.org/wiki/SOAP_note
- ⁸ De Faria DL, Souza HS Considerações sobre a causação descendente: um problema difícil. *Clareira-Revista de Filosofia da Região Amazônica*, 2014, 1.1: 31-54.
- ⁹ Goswami A. *Evolução criativa das espécies : uma resposta da nova ciência para as limitações da teoria de Darwin*. São Paulo: Aleph; 2009.
- ¹⁰ Luz, MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- ¹¹ Tesser CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis* 17(3):465-484, 2007.
- ¹² Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- ¹³ Kuhn, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- ¹⁴ Guedes CR, Nogueira, MI, Camargo JR, KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc saúde coletiva*, 2006; 11(4):1093-1103.
- ¹⁵ Harrison S, Moran M, Wood B. Policy emergence and policy convergence: the case of “scientific-bureaucratic medicine” in the United States and United Kingdom. *British J Politics International Relations*. 2002;4:1-24. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-856X.41068>
- ¹⁶ Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)* jul/dez 2006;10(20)347-62.
- ¹⁷ Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2009;25(9)2012-2020.
- ¹⁸ Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):273-286.
- ¹⁹ Rosser W, Shafir M. *Evidence-Based Family Medicine*. Hamilton. Ontário: B. C. Decker Inc.; 1998.
- ²⁰ Balint, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

-
- ²¹ Peterson, M.C.; Holbrook, J.H.; Von Hales, D.; Smith, N.L.; Staker, L.V. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.*, 1992;156(2):163-5, 1992.
- ²² McDonald, D.D.; Fedo, J. Older Adults' Pain Communication: The Effect of Interruption. *Pain Manag Nurs.*, 2009, v.10, n.3, p.149-153, 2009.
- ²³ Roshan, M.; Rao, A.P. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. *J Assoc Physicians India.*, v.48, n.8, p.771-775, 2000.
- ²⁴ Rhoades, D.R.; McFarland, K.F.; Finch, W.H.; Johnson, A.O. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med.*, v.33, n.7, p.528-32, 2001
- ²⁵ Beckman HB.; Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, v.101, n.5, p.692-696, 1984. doi: 10.7326/0003-4819-101-5-692
- ²⁶ Friedman DS et al. Doctor-patient communication in glaucoma care: analysis of videotaped encounters in community-based office practice. *Ophthalmology*, v.116, n.12, p.2277-85, 2009. doi: 10.1016/j.ophtha.2009.04.052
- ²⁷ Marvel, M.K.; Epstein, R.M.; Flowers, K.; Beckman, H.B. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, v.281, n.3, p.283-7, 1999.
- ²⁸ Rabinowitz I.; Luzzati, R.; Tamir, A.; Reis, S. Length of patient's monologue, rate of completion, and relation to other components of the clinical encounter: observational intervention study in primary care. *BMJ*, v.328, n.7438, p.501-502, 2004. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7438.501>
- ²⁹ Mariño MA. Incidentalomas: concepto, relevancia y retos para la práctica médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1053](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1053)
- ³⁰ Tesser CD, Campos T. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cadernos de Saúde Pública*, 2015 (artigo aprovado)
- ³¹ Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(12):3595-3604.
- ³² Kuehlein, T.; Sghedoni, D.; Visentin, G.; Gérvas, J.; Jamouille, M. Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral. *Primary Care*. Disponível em: http://www.primary-care.ch/pdf_d/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf Acesso em 23 fev. 2010.
- ³³ Santos B S.; Meneses M P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010.
- ³⁴ World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023*. Geneva: World Health Organization; 2013.
- ³⁵ Queiroz, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2000; 16(2):363-375.
- ³⁶ Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742
- ³⁷ Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*. 2012; 13(6):769-76.
- ³⁸ Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* 2012(2):1-16. doi:10.1136/bmjopen-2012-001046
- ³⁹ Mcwhinney, IR. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ⁴⁰ Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-Based Complem Altern Med*. 2010; 2001:1-8. doi:10.1093/ecam/nep019.
- ⁴¹ Van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, Fisher PA. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complement Ther Med*. 2004;12(1):6-16.
- ⁴² S.Thiago SC, Tesser C.D. Terapias complementares na percepção de médicos/enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(2):249-257.
- ⁴³ Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742.
- ⁴⁴ Andrade JT. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: EDUFBA:EdUECE; 2006.
- ⁴⁵ Ernst E. *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Manole; 2001.
- ⁴⁶ Sharma U. *Complementary medicine today: practioners and patients*. New York: Tavistock; 1992
- ⁴⁷ Fulder S. *The handbook of alternative & complementary medicine*. London: Vermilion; 1996.
- ⁴⁸ OMS. *Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra, 2002.
- ⁴⁹ HELMAN, Cecil G. *Cultura Saúde e Doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

-
- ⁵⁰ LAPLANTINE, F; RABEYRON, P. *Medicinas Paralelas*. São Paulo; Ed Brasiliense, 1989.
- ⁵¹ Levin JS.; Jonas WB. (editores) *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001.
- ⁵² Tesser CD; Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Rev C S Col*, 2008; 13(1):195-206.
- ⁵³ Béria JU, Béria PL. Prescrição de medicamentos e adesão aos tratamentos. In: Bruce B. Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R. J. Giugliani; Michael Schmidt Duncan; Camila Giugliani. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4a.ed.Porto Alegre: Artmed, 2013, v. , p. 130-137
- ⁵⁴ Gøtzsche P. Psychiatry Gone Astray. *Mad in America: science, psychiatry and community*. 2014 Jan 28 [acesso em 2014 Oct 07]. Disponível em: <http://www.madinamerica.com/2014/01/psychiatry-gone-astray/>
- ⁵⁵ Frosi RV, Tesser CD. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(10):3151-3161.
- ⁵⁶ Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):347-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
- ⁵⁷ COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica*. São Paulo: Unesp, 2013.
- ⁵⁸ Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(9)2012-2020.
- ⁵⁹ Faqueti A. *Medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários em Florianópolis/SC*. 2014. Dissertação. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129053>.