

# Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história

Family medicine and quaternary prevention: a long history

*Medicina familiar y prevención cuaternaria: una larga historia*

Armando Henrique Norman<sup>1</sup> , Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC

## Resumo

Este artigo revisita a constituição da medicina de família e comunidade (MFC) como especialidade médica e as suas raízes que favoreceram o nascimento do conceito de prevenção quaternária (P4). Evidencia que a tradição da medicina à beira de leito, a função-filtro dos MFCs - fortalecida por sistemas nacionais de saúde organizados a partir da atenção primária à saúde (APS) – e, a abordagem biográfica de Balint, favoreceram o processo de proteção da saúde dos pacientes. Desde seus primórdios, a MFC esteve vinculada a uma abordagem holística, humanista e integral da pessoa, coerente com a P4. Entretanto, dois momentos históricos tensionaram a abordagem da MFC. O primeiro foi a estruturação da biomedicina especializada nos hospitais, que centrou a abordagem nas doenças vistas como lesões corporais. O segundo foi o nascimento da medicina baseada em evidências (MBE), na década de 1990, que refinou o modelo biomédico amplificando o grau de abstração das intervenções biomédicas, vinculando-as às medidas de impacto no coletivo dos doentes. A medicina hospitalar e a MBE trouxeram avanços importantes ao cuidado, mas ampliaram seu potencial iatrogênico. A MBE construiu uma hierarquia de evidências de tamanha valorização na comunidade médico-científica que vem sendo aplicada acriticamente de forma protocolar. Esse processo vem afastando a abordagem holística e individualizada dos MFC, multiplicando o potencial de danos iatrogênicos e a medicalização. Existe uma necessidade redobrada da P4, a ser informada pela MBE e simultaneamente aplicada à própria MBE. A P4 implica um olhar crítico do MFC sobre o *modus operandi* da biomedicina, de maneira a viabilizar uma prática humanizada e desmedicalizante na APS.

**Palavras-chave:** Medicalização; Prevenção Quaternária; Medicina Baseada em Evidência; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

### Autor correspondente:

Armando Henrique Norman.  
E-mail: ahnorman@hotmail.com

**Fonte de financiamento:**  
declaram não haver.

**Parecer CEP:**  
não se aplica.

**Procedência:**  
não encomendado

**Avaliação por pares:**  
Externa.

Recebido em: 29/04/2020.

Aprovado em: 12/10/2020.

**Editor Associado:**  
Antônio Augusto Dall'Agnol Modesto

**Comocitar:** Norman AH, Tesser CD. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2502. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2502](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2502)



## Abstract

This article revisits the constitution of family and community medicine (FCM) as a medical specialty and its roots, which favoured the birth of the concept of quaternary prevention (P4). It shows that the bedside medicine tradition, the FCM gatekeeper function - strengthened by national health systems organised through primary health care (PHC) - and Balint's biographical approach have facilitated the process of protecting patients' health. Since its beginnings, FCM was linked to a holistic, humanistic and integral approach to the person, consistent with P4. However, two historic moments have strained the FCM approach. The first was the structuring of specialised biomedicine in hospitals, which centred the approach on diseases seen as bodily injuries. The second was the birth of evidence-based medicine (EBM) in the 1990's, which refined the biomedical model by amplifying the degree of abstraction of biomedical interventions, linking them to measures of impact on collective of patients. Hospital medicine and EBM have brought important advances in care but have expanded their iatrogenic potential as well. EBM has built a hierarchy of evidences of such importance in the medical-scientific community that has been applied uncritically via protocols. This process has steered FCMs away from holistic and individualised approach to patients' care, multiplying the potential for iatrogenic harm and medicalisation. There is an increased need for P4 to be informed by EBM and simultaneously applied to EBM itself. Thus, P4 requires a critical gaze by the FCM on the *modus operandi* of biomedicine, in order to make possible a humanised and demedicalising practice in PHC.

**Keywords:** Medicalization; Quaternary Prevention; Evidence-Based Medicine; Family Practice; Primary Health Care.

## Resumen

Este artículo revisita la constitución de la medicina familiar y comunitaria (MFC) como una especialidad médica y sus raíces que favorecieron el nacimiento del concepto de prevención cuaternaria (P4). Muestra que la tradición de la medicina de cabecera, la función de filtro de los MFC - fortalecida por los sistemas nacionales de salud organizados en base a la atención primaria de salud (APS) - y el enfoque biográfico de Balint, favorecieron el proceso de protección de la salud de los pacientes. Desde sus inicios y predecesores, la MFC se ha relacionado con un enfoque holístico, humanista e integral de la persona, consistente con P4. Sin embargo, dos momentos históricos han tensado el enfoque de MFC. El primero fue la estructuración de biomedicina especializada en hospitales, que centró el enfoque en enfermedades vistas como lesiones corporales. El segundo fue el nacimiento de la medicina basada en la evidencia (MBE) en los años 90, que refinó el modelo biomédico al amplificar el grado de abstracción de las intervenciones, vinculándolas con medidas de impacto en el colectivo de pacientes. La medicina hospitalaria y la MBE han aportado importantes avances a la atención, pero han ampliado su potencial iatrogénico. La MBE ha creado una jerarquía de evidencia de tan gran valor en la comunidad médico-científica que se ha aplicado de manera acrítica vía protocolos. Este proceso se ha alejado del enfoque holístico e individualizado de los MFC y multiplica el potencial de daño iatrogénico y medicalización. Existe una mayor necesidad de que P4 sea informado por MBE y aplicado simultáneamente a la propia MBE. La P4 implica una mirada crítica por parte del MFC sobre el *modus operandi* de la biomedicina, a fin de hacer viable una práctica humanizada y desmedicalizante en la APS.

**Palabras clave:** Medicalización; Prevención Cuaternaria; Medicina Basada en la Evidencia; Medicina Familiar y Comunitaria; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A medicina de família e comunidade (MFC) foi reestruturada na América do Norte por meio de uma colaboração internacional que estabeleceu as credenciais da especialidade, em 1966.<sup>1</sup> A *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) foi fundada em 1972.<sup>1</sup> Na mesma década, alguns anos antes da conferência de Alma-Ata (em 1978), surge a medicina geral e comunitária no Brasil, em sintonia com essa tendência mundial.<sup>2</sup>

A MFC brasileira vem se nutrindo, em grande parte, da literatura estrangeira, principalmente anglo-saxônica, para fundamentar sua teoria e prática. Apesar do cuidado na atenção primária à saúde (APS) ser tematizado na literatura da saúde coletiva há muito tempo, sua abordagem enfoca relativamente pouco as especificidades da relação clínico-assistencial do médico na APS. Recentemente tem havido uma aproximação dessa temática pela crescente incorporação do MFC no meio acadêmico nas pós-graduações em saúde coletiva. O contexto brasileiro não exige, até o presente momento, uma formação específica e qualificada dos médicos para atuação na APS. Assim, os escritos do médico de família Ian McWhinney<sup>1</sup> passaram a ser os mais estudados, direta ou indiretamente, pela especialidade.

Neles se encontram as bases para o método clínico centrado na pessoa (MCCP), desenvolvido mais profundamente por Stewart et al., em 2010.<sup>3</sup>

Por outro lado, por meio de uma relação e colaboração internacionais, o conceito de prevenção quaternária (P4) vem ganhando notoriedade nacional, tanto nos serviços de saúde como no meio acadêmico/universitário.<sup>4</sup> Sinteticamente, P4 significa proteger os usuários de intervenções médico-sanitárias e medicalização desnecessária, evitando danos iatrogênicos.<sup>5</sup> Sabe-se que a biomedicina produz grande iatrogenia clínica individual, com repercussão coletiva.<sup>6</sup> Assim, a redução da medicalização é um dos objetivos explícitos da P4. Neste artigo, são exploradas algumas razões para que a P4 tenha surgido dentro da tradição da medicina de família e comunidade.

## A origem da medicina de família

AMFC nasce a partir da medicina geral ou do médico generalista.<sup>1</sup> Na história da medicina existe uma ausência de literatura comparativa entre os diversos países a respeito da origem do *general practitioner* (GP) durante o século XIX e começo do século XX.<sup>7</sup> Segundo Loudon<sup>8</sup>, o GP surgiu por volta de 1840, no Reino Unido, quando havia uma identidade médica corporativa em torno do título de *general practitioner*. Em parte, isso ocorreu devido aos arranjos sociais e institucionais no Reino Unido, como o estabelecimento, em 1812, da Sociedade de Boticários e Cirurgiões-Boticários, que depois foi renomeada de Associação de Médicos Práticos Gerais (*Association of General Medical Practitioners*). A partir de 1815, os médicos práticos da época (boticários, cirurgiões-boticários e parteiros) passaram a ser obrigados a cursar cinco anos de estudos formais para obter a Licença da Sociedade de Boticários (*Licentiate of the Apothecaries – LSA*).<sup>7</sup> Adicionalmente, ao filiar-se e tornar-se membro do *Royal College of Surgeons of London (MRCS)*, os profissionais recebiam um diploma dessa sociedade. Essa dupla certificação (*LSA/MRCS*) passou a ser o padrão de médico generalista do século XIX.<sup>1,7</sup>

De acordo com Foucault<sup>9</sup>, em “O Nascimento da Clínica”, no final do século XVIII houve uma mudança do olhar sobre os corpos e os fenômenos patológicos. A origem e a causa das enfermidades passaram a se localizar nas profundezas dos corpos, em seus órgãos e sistemas. Antes predominavam várias teorias, tais como a miasmática e as humorais, assim como as classificações das doenças acompanhavam uma lógica semelhante à da botânica, categorizando-as em gênero e espécie.<sup>10</sup> O estudo de John Snow sobre o surto de cólera no Reino Unido, em 1854, ilustra essa contradição. A proposição de Snow, de que algo na água era responsável pelos casos de cólera, era incompatível com o paradigma miasmático vigente na época.<sup>11</sup>

Apesar da dissecação e do estudo da anatomia humana existirem nos séculos anteriores ao “nascimento da clínica”, eles estavam desprovidos de um olhar positivista sobre os corpos e menos ainda sobre as doenças, que depois foram vistas como sediadas nesses corpos. Assim, os médicos do final do século XVIII e início de século XIX estavam ainda centrados na pessoa. Os sintomas e sinais que o paciente apresentava eram interpretados com base nos hábitos e na constituição da pessoa, bem como em fatores emocionais, sociais e ambientais.<sup>12</sup> Como não havia uma relação anatomoclínica, o exame físico estava limitado à observação, tomada de pulso, uroscopia e uma palpação não sistemática.<sup>7</sup> É essa tradição que organizava o saber e a prática do GP durante boa parte do século XIX. Porém, a medicina laboratorial e hospitalar começava a se fortalecer no final do século XIX, deslocando o foco da consulta do domicílio do

paciente para o consultório do hospital. Há uma mudança simbólica e cultural na medicina, organizada em torno da maca de exame, do estetoscópio, do otoscópio, do oftalmoscópio, do esfigmomanômetro (no final do século XIX) e do uso do microscópio.<sup>7</sup> A patologia orgânica e os dados laboratoriais passaram a ser o centro da medicina hospitalar. Os sinais e sintomas passaram a ter valor caso tivessem relação com algum órgão ou sistema.

A medicina hospitalar passou a ser um novo modelo do conhecimento médico. O modelo patológico, centrado nas abstrações das doenças - progressivamente reclassificadas em função de sua localização em órgãos, sistemas ou agentes etiológicos - colocou mais ênfase no aprendizado médico com seus pares do que com os pacientes. O desaparecimento da “pessoa enferma” - que caracterizava uma relação de aprendizado individualizada da cosmologia da ‘medicina à beira do leito’ - permitiu o surgimento do modelo de medicina hospitalar, com base em um complexo e sistemático acúmulo de conhecimento pela corporação médica.<sup>12</sup> No século XX ocorreu um fortalecimento da medicina hospitalar. Em 1910, o Relatório Flexner na América do Norte é um marco da sistematização da medicina laboratorial-hospitalar na formação médica.<sup>13</sup> O médico de família da época praticamente desaparece na América do Norte:

“Nos Estados Unidos, no princípio dos anos 1900, parecia que a medicina generalista era moribunda, se não morta [...]. O arquétipo do médico de família, amigo e conselheiro de todos havia, em grande parte, desaparecido em 1915. Os ambulatórios dos hospitais proviam serviços gerais para as massas de indigentes. A classe média norte-americana estava sendo assistida diretamente pelos especialistas focais.” (p. 347).<sup>7</sup>

Como dito anteriormente, seria necessário um esforço internacional para o reestabelecimento da medicina de família enquanto especialidade médica no continente norte-americano.

No Reino Unido ocorreu um movimento distinto da América do Norte, devido a questões de conjuntura cultural e socioeconômica. Os GPs tinham uma relação bem estabelecida com seus clientes. Essa relação patronal com os GPs - instituída individualmente ou por coletivos de trabalhadores - promovia um controle maior dos clientes sobre os médicos.<sup>10</sup> Adicionalmente, a elite e a classe média britânica viam com desconfiança a medicina hospitalar devido ao seu ambiente frio e não familiar. No hospital, os pacientes perdiam em poder e controle, tanto sobre os médicos como sobre seus tratamentos.<sup>12</sup> Além do mais, havia um compartilhamento da cosmologia sobre a causação da enfermidade entre GPs e seus clientes.<sup>10</sup> Essa relação patronal conduziu a um sistema informal de referência e contrarreferência entre GPs e especialistas. A forte ideologia da medicina hospitalar tornou os GPs dependentes do novo conhecimento médico, ao mesmo tempo em que os especialistas focais dependiam, para sua sobrevivência, do fornecimento de clientes pelos GPs. Essa relação favoreceu que a cosmologia da “medicina à beira do leito” sobrevivesse, apesar do crescimento da medicina hospitalar e especializada em órgãos, sistemas ou tipos de doenças, mesmo com a ocorrência das duas grandes guerras mundiais.<sup>12</sup>

É entre esses períodos belicosos que o termo atenção primária à saúde (APS) aparece na língua inglesa, em função do Relatório Dawson, de 1920.<sup>14</sup> Esse relatório propôs uma organização hierarquizada e regionalizada dos serviços coordenados a partir de um centro de APS. O surgimento do estado de bem-estar social britânico, no pós-guerra, favorece a criação do *National Health Service (NHS)*. O NHS segue a lógica do Relatório Dawson, que situa a atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde

e estabelece o GP como função-filtro (*gatekeeper*), formalizando uma relação já existente na sociedade britânica.<sup>15</sup>

### As raízes da prevenção quaternária

Partindo desse breve histórico, pode-se inferir que a medicina domiciliar e integral da pessoa está na raiz da prevenção quaternária. A resistência ao fatiamento do ser humano pelo modelo biomédico vai caracterizar os pressupostos da nova “medicina de família”. No processo de repensar a função do GP no Reino Unido, devido à ascensão da medicina hospitalar, um nome se destaca: o de Michael Balint<sup>16</sup>.

Balint desenvolve um arcabouço teórico completo que denominou como medicina biográfica.<sup>12</sup> O foco do GP não estaria localizado no interior silencioso dos processos patológicos dos corpos, mas sim na biografia e no ambiente do paciente. Isso não significava abandonar a patologia orgânica; para o médico de família a abordagem da medicina hospitalar teria uma função subsidiária na sua prática assistencial. A medicina biográfica favorecia a relação médico-paciente de modo a auxiliar os pacientes na organização de seus complexos processos de adoecimento.<sup>12</sup> Assim, a medicina biográfica ajuda a ressignificar os casos indiferenciados e as rotuladas “trivialidades” do mundo real da assistência na APS. Vistas antes como “impurezas” pelo modelo hospitalar das patologias orgânicas, essas “trivialidades” passaram a ser a centralidade da problemática médica. Ou seja, o paciente deixa de ser apenas um receptáculo passivo de patologias orgânicas.

Outro aspecto importante da pesquisa de Balint é o que denomina de “função apostólica” ou “idiosincrasias do médico”, i.e., *“um conjunto de crenças bastante firmes [...] quase nunca explicitamente declaradas, mas que são muito fortes [...] e que] equivale a uma restrição da liberdade do médico, de maneira que certos modos e formas [de viver] simplesmente não existem para ele.”* (p. 684).<sup>17</sup> Tais idiosincrasias, relativas a valores morais, éticos, sociais e modos de viver, estavam implícitas em muitas dificuldades relacionais entre os GPs e seus pacientes. Durante muitos anos, Balint organizou seminários dedicados a melhoria da relação médico-paciente, a partir de narrativas dos próprios médicos. Essas narrativas envolviam geralmente pacientes difíceis, problemáticos, graves, etc., e/ou com os quais os GPs tinham dificuldades de pactuação, adesão ou relacionamento, que em alguns casos podiam se prolongar e/ou estar envolvidas em desfechos negativos. Isso demandava, para Balint, um processo de autoconhecimento e amadurecimento não só cognitivo, mas emocional, moral e existencial. Para o autor, esse é um processo possível e importante de ocorrer durante a vida profissional, de modo a aumentar o grau de flexibilidade, sensibilidade, empatia, iniciativa e sabedoria humanas, existenciais e clínicas dos GPs.

Por sua vez, a P4 exige um olhar crítico sobre a própria prática assistencial. Esse aspecto reflexivo na tradição da medicina é revisitado por McWhinney<sup>1</sup> e, mais recentemente, por Roger Neighbour<sup>18</sup>. Para McWhinney,<sup>1</sup> um dos aspectos que torna os MFCs diferentes dos especialistas focais é o fato de serem reflexivos: *“Só podemos atender aos sentimentos e emoções de um paciente se conhecermos os nossos, mas o autoconhecimento é negligenciado na educação médica, talvez porque o caminho para esse conhecimento seja longo e difícil.”* (p. 436).<sup>1</sup> Neighbour afirma que o médico de família deveria estar confortável com o “leigo ou amador” que existe em seu interior. Para o autor, o MFC requer não somente o ajuste constante do foco de suas lentes, tanto para os detalhes como para o contexto dos pacientes,

mas também para dentro de si mesmo. Essa simultaneidade do “olhar para fora” e “olhar para dentro” são os pilares da prática da prevenção quaternária.

Outro marco que forjou a MFC foi a organização de serviços universais de saúde estruturados a partir da atenção primária. Esse arranjo institucional sedimentou a função-filtro do médico de família na proteção de seus pacientes frente aos excessos da biomedicina. Nesse sentido, o NHS produziu uma ruptura inicial entre os especialistas focais (*consultants*) e os GPs, forçando uma estruturação da formação dos GPs. Por exemplo, o *College of General Practitioners*, fundado em 1952, buscou solidificar uma identidade acadêmica dos GPs que não fosse apenas uma “versão atenuada do especialista hospitalar.” (p. 790).<sup>19</sup> A primeira edição do relatório do (*Royal*) *College of General Practitioners* (de 1965) intitulado “*Present State and Future Needs of General Practice*”, estabelecia que os médicos de família deveriam proteger seus pacientes das “hospitalizações incorretas ou desnecessárias”, bem como de “*investigações ou tratamentos desnecessários, às vezes desagradáveis e potencialmente danosos, por vezes mal indicados por especialistas entusiásticos, mas ignorantes dos problemas sociais e pessoais subjacentes dos pacientes.*” (p. 6).<sup>12</sup>

Nas décadas de 1960 e 1970 vários autores começaram a discutir os temas da medicalização e da iatrogenia médica. A medicalização refere-se ao processo pelo qual problemas antes não considerados, definidos ou tratados como problemas médicos passam a sê-lo, usualmente em termos de doenças ou transtornos.<sup>20</sup> As reflexões da filosofia e das ciências sociais sobre a expansão da jurisdição médica sobre os “problemas do viver” reverberam para dentro da MFC. Em 1982, Ivan Illich<sup>21</sup> (1926 - 2002) é convidado para fazer uma palestra no *Royal College of General Practitioners* em Dublin. Filósofo e historiador, Illich era crítico dos processos de medicalização. Para Illich,<sup>21</sup> além da iatrogenia clínica, a medicalização gera iatrogenia social e cultural. A iatrogenia cultural refere-se ao empobrecimento da capacidade culturalmente suportada das pessoas e comunidades para o manejo da maior parte dos sofrimentos, dores e adoecimentos, inerentes à vida. A iatrogenia social, associada à primeira, refere-se à expansão e reprodução de comportamentos mais passivos de doentes, produzidos pela medicalização. Ambas facilitam e induzem a progressiva dependência de serviços de saúde, sobretudo da APS. Paradoxalmente, Illich<sup>21</sup> acreditava que a função “pastoral” (i.e., de aconselhamento) dos médicos de família poderia contribuir na reversão desses processos: “*Conheço vários membros da geração mais jovem que, ao fazerem essa escolha, tinham a clara intenção de contribuir para a desmedicalização da vida de seus pacientes. Penso neles, acima de tudo, quando falo com vocês.*” (p. 463).<sup>21</sup>

Quatro anos mais tarde, Marc Jamoulle<sup>22</sup>, médico de família Belga, concebe a ideia de P4 ao refletir sobre uma tabela 2x2 em que cruza estado de saúde ou adoecimento com a presença ou ausência de doença medicamente diagnosticada. A definição de P4 proposta por Jamoulle<sup>22</sup> está ancorada em três pontos básicos: (a) proteção dos pacientes; (b) avaliação das intervenções médicas; e, (c) alternativas eticamente aceitáveis. A P4, assim, surge antes da medicina baseada em evidências (MBE) ganhar o prestígio acadêmico para se tornar o novo modelo de ensino e prática da medicina.

### **Prevenção quaternária: a era da MBE**

É a partir da década de 1990 que a MBE se torna progressivamente o padrão-ouro para a adoção ou não das intervenções médicas. Ela estabelece uma linguagem comum no meio acadêmico e médico do que seria aceitável como prática de boa qualidade (*the best practice*). As forças-tarefa para ações

preventivas americana e canadense, bem como o *The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, começam a fazer recomendações ou *guidelines* com base no paradigma da MBE; trata-se de um divisor de águas na história da medicina.<sup>23</sup> Assim, é natural querer reduzir e adaptar a P4 dentro dessa nova linguagem, em termos de risco e benefício da intervenção médica.<sup>24,25</sup>

Entretanto, a MBE trouxe um nível maior de abstração que o modelo da medicina hospitalar. Ela opera em um nível abstrato-populacional que anula a individualidade da “pessoa enferma”, da mesma forma que a medicina hospitalar foi aplicada à abordagem holística da tradição da medicina à beira do leito. A MBE trabalha com uma lógica probabilística-empiricista derivada dos ensaios clínicos randomizados e suas metanálises, bem como de um conceito universal e estandardizado dos corpos humanos.<sup>26</sup> A MBE representa um “salto quântico” em relação à tradição do pensamento naturalista/realista característico da fisiopatologia e dos experimentos laboratoriais da medicina hospitalar. Nesse processo, a MBE desloca o centro do poder dos especialistas focais e clínicos práticos para os “*experts*” médicos, pesquisadores, epidemiologistas clínicos e da saúde pública. A hierarquia da qualidade e tipos dos estudos permite questionar antigas práticas e restabelecer uma relação de poder pautada pela cartilha da MBE.<sup>27</sup> Assim, tornou-se possível questionar a validade do rastreamento do câncer de próstata à revelia dos urologistas ou a prescrição de estatinas para a prevenção primária, independentemente das diretrizes dos cardiologistas.<sup>28</sup>

A MBE, ao sofisticar o modelo biomédico, facilitou a produção de protocolos e *guidelines* para balizar e/ou induzir financeiramente as condutas e práticas dos profissionais de saúde. Exemplo clássico é o pagamento por desempenho britânico, *The Quality and Outcomes Framework (QOF)*. O QOF mercantilizou os corpos e o cuidado na APS britânica ao atrelar uma soma expressiva dos ganhos dos GPs às metas estabelecidas via protocolos clínicos endossados pelo NICE.<sup>29</sup> Esse tipo de remuneração resultou em expressivo crescimento da prescrição de diversas medicações, dobrando-se a utilização de drogas para hipertensão e diabetes, com um incremento de 60% na prescrição de antidepressivos.<sup>30</sup>

Portanto, a MBE não é uma abordagem neutra e possui vieses importantes derivados em grande parte da influência do complexo fármaco-hospitalar, tais como: viés de seleção da amostra, exclusão de casos reais e complexos, foco em monodoenças, manipulação de dados, a não publicação de resultados negativos, entre outros.<sup>31,32</sup> Assim, a MBE pode ser entendida como um espaço dialético em relação ao poder e ao domínio do conhecimento médico.<sup>27,33</sup>

O ‘paradoxo’ da prática atual dos MFCs exige a simultaneidade entre o espírito crítico para com a MBE, bem como o domínio e uso cada vez maior da MBE. A tradição e escopo da P4 está enraizada em uma abordagem crítica dos processos de medicalização social e cultural e da potencial iatrogênese advinda do cuidado médico. Assim, a iniciativa de reduzir a definição da P4 à linguagem da MBE deveria ser refutada.

Essa reflexão ganha relevância ao considerar a tendência da aplicação acrítica do ‘paradigma’ da MBE. Infelizmente, existem conflitos de interesse dos financiadores das pesquisas clínicas, dos periódicos científicos das especialidades e mesmo nos centros de excelência médica. Esse contexto pode originar um incremento da medicalização e danos em escala populacional quando sua aplicação é generalizada. Exemplo clássico no passado foi a utilização da terapia de reposição hormonal. Também as estatinas como prevenção primária oferecem ganhos clinicamente irrelevantes e danos significativos, com larga escala na sua aplicação. Porém, nos ensaios clínicos e metanálises sobre estatinas em prevenção primária os registros dos danos até hoje permanecem opacos ao escrutínio da comunidade médica e científica.<sup>28</sup> A medicalização da prevenção e

dos fatores de risco ocorre nas populações longevas com doenças crônicas e multimorbidade por meio de *guidelines* de instituições nacionais e internacionais importantes sob o “selo” de qualidade da MBE. Esse contexto oferece um grande desafio para a implementação da P4 na prática dos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

A prevenção quaternária teve sua origem na tradição de uma prática integral à beira do leito, centrada na pessoa e na comunidade. Essa cosmologia, em grande medida, se transformou ao longo do tempo e sobreviveu a influências sociais e históricas importantes. O surgimento do NHS, estruturado a partir da APS, estimulou a ressignificação da própria MFC, exemplificada pelas pesquisas e reflexões de Balint. Nesse contexto, a APS se constituiu em um espaço assistencial e formativo cuja abordagem teórica e prática extrapola os limites do modelo biomédico. Esse *locus* vivo de problematização possibilitou o amadurecimento do conceito da P4. O modelo biomédico, quer na sua roupagem mais tradicional da medicina hospitalar, quer na sua vertente mais recente da MBE, necessita estar a serviço de uma abordagem holística e centrada nos pacientes. Portanto, a P4 implica em se ter um olhar crítico dos médicos de família e comunidade sobre o *modus operandi* da biomedicina, de maneira a viabilizar uma prática humanizada e desmedicalizante na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. McWhinney IR, Freeman T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(1):5-10. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(1)2)
3. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2009;25(9):2012-20.
5. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - a qualitative study with general practitioners. BMC Fam Pract. 2017 Dez;18(1):99. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0667-4>
6. Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353:i2139. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
7. Loudon I. The concept of the family doctor. Bull Hist Med [Internet]. 1984; [2020-06-21]; 58(3):347-62. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6388688>
8. Loudon IS. James Mackenzie Lecture. The origin of the general practitioner. J R Coll Gen Pract. 1983 Jan;33(246):13-23.
9. Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª ed. São Paulo: Forense Universitária; 2011.
10. Jewson ND. Medical knowledge and the patronage system in 18th century England. Sociology. 1974 Set;8(3):369-85. DOI: <https://doi.org/10.1177/003803857400800302>
11. Koch T, Denike K. Crediting his critics' concerns: remaking John Snow's map of Broad Street cholera, 1854. Soc Sci Med. 2009 Out;69(8):1246-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.046>
12. Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. Soc Sci Med. 1979;13:1-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90002-6](https://doi.org/10.1016/0271-7123(79)90002-6)
13. Beck AH. The Flexner report and the standardization of American medical education. JAMA. 2004 Mai;291(17):2139-40. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.291.17.2139>
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005 Out;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
15. Norman AH. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de atenção primária à saúde no Reino Unido. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1945. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945)

16. Lakasing E. Michael Balint--an outstanding medical life. *Br J Gen Pract.* 2005 Set;55(518):724-5.
17. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet.* 1955 Abr;265(6866):683-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)
18. Neighbour R. *The Inner Physician: Why and How to Practise "Big Picture Medicine."* London: Royal College of General Practitioners; 2016.
19. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Sociol Health Illn.* 2008 Jul;30(5):788-803. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01081.x>
20. Cardoso RV. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015 Abr/Jul;10(35):1-10. DOI: [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1117](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1117)
21. Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract.* 1982 Ago;32(241):463-70.
22. Jamoulle M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015 Abr/Jun;10(35):1-3. DOI: [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064)
23. Harrison S. The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom. *Policy Polit.* 1998;26(1):15-31. DOI: <https://doi.org/10.1332/030557398782018293>
24. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018 Jan;24(1):106-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>
25. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract.* 2019;69(689):614-5. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706913>
26. Norman AH, Hunter DJ, Russell AJ. Linking high-risk preventive strategy to biomedical-industry market: Implications for public health. *Saúde Soc.* 2017 Set;26(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017172682>
27. Lambert H. Accounting for EBM: notions of evidence in medicine. *Soc Sci Med.* 2006 Jun;62(11):2633-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.023>
28. Tesser CD, Norman AH. Por que não recomendar estatinas como prevenção primária? *APS Rev.* 2019 Mar;1(1):39-49. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i1.15>
29. Norman AH, Russell AJ, Merli C. The quality and outcomes framework: body commodification in UK general practice. *Soc Sci Med.* 2016 Dez;170:77-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.009>
30. Spence D. Kill the QOF. *BMJ.* 2013 Mar;346:f1498. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1498>
31. Kelly MP, Heath I, Howick J, Greenhalgh T. The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics.* 2015 Out;16(1):69. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0063-3>
32. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis?. *BMJ.* 2014 Jun;348:g3725. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
33. Lambert H, Gordon EJ, Bogdan-Lovis EA. Introduction: gift horse or Trojan horse? Social science perspectives on evidence-based health care. *Soc Sci Med.* 2006 Jun;62(11):2613-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.022>