



IMPACTO DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NO ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO

Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

Médica e Médica Dentista

Instituto Superior de Ciências da Saúde Assistente

julia@antunes.net

Fecha de recepción: 2 de Septiembre de 2013

Fecha de admisión: 1 de Noviembre de 2013

ABSTRACT

Quaternary prevention is more than a Philosophy , it is a concrete answer and a solution to many complex problems that affect Medicine.

In 1981, Illich recognized iatrogenic complications, as clinical, social and cultural. The first, gained such a dimension that has become the third leading cause of death in the U.S. , in 2000 as referred by Starfield .

When you live more, much more, you want quality of life and not just life subject of increasing comorbidities, with all the parade of treatments, medications that we already know are not without risks , far from it, we know that over five drugs per day represent the 50% probability of drug-drug interactions and seven drugs 100 % .

In elderly attending the reduction of functional reserve, there is a greater risk of iatrogenic problems , adverse reactions and drug interactions, truly unpredictable , these highly medicalized societies in which are accounted diagnoses instead of investigating patterns of disease .

So quaternary prevention reminds us that both preventive and curative care in excess behave as risk factors for health , reaching in the case of using preventive medications, millions of individuals who are confident in Medicine . The idea of extending the use of drugs to healthy populations , as preventive actions, expands the pharmaceutical market, which accounts simultaneously increasing profits and losses in economies around the world.

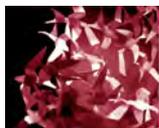
Quaternary prevention itineraries in health and disease, may contribute to successful aging about witch many important authors have spoken on.

Key words: Quaternary Prevention, successful aging, comorbidity .

RESUMEN

A prevenção quaternária é mais que uma Filosofia, é uma resposta concreta e uma solução para vários problemas delicados que atingem a nossa Medicina.

Em 1981, Illich reconheceu as iatrogenias, clínica, social e cultural. A primeira, ganhou tal dimensão que se tornou a terceira causa de morte nos EUA, como em 2000 refere Starfield.



Quando se vive mais, muito mais, deseja-se qualidade de vida e não apenas vida sujeita a comorbidades crescentes, com todo o cortejo de tratamentos, medicações que já sabemos não serem inúteis, bem longe disso, pois sabemos hoje que mais de cinco medicamentos por dia representam a probabilidade de 50% de interações medicamentosas e sete medicamentos 100%!

Nos idosos atendendo à redução da reserva funcional, há um maior risco de problemas de iatrogenia, reações adversas e interações medicamentosas verdadeiramente imprevisíveis, nestas sociedades altamente medicalizadas em que se contabilizam diagnósticos em vez de investigar padrões de doença.

Assim a prevenção quaternária lembra-nos que tanto cuidados preventivos como curativos em excesso, comportam-se como factores de risco para a saúde, atingindo no caso notável do uso de medicamentos preventivos, milhões de indivíduos confiantes na Medicina. A perspectiva de alargar a utilização de medicamentos à população saudável, a título preventivo, expande enormemente o mercado farmacêutico, que contabiliza lucros crescentes e paralelamente prejuízos enormes nas economias em rotura no mundo actual.

A prevenção quaternária nos itinerários de saúde-doença, pode contribuir para o envelhecimento bem sucedido de que tantos e importantes autores nos têm falado.

Palabras clave: Prevenção quaternária, envelhecimento bem sucedido, comorbidade.

INTRODUÇÃO

Actualmente, o envelhecimento, já não é apenas sinónimo de patologia e declínio, tendo surgido nos últimos anos o conceito de envelhecimento bem sucedido ou *successful ageing*. São tantas as perspectivas, sobre o tema, que já não há consenso sobre de que realmente se trata (Deep, Jeste 2006).

Na sua formulação original em 1987, Rowe e Kahn na dicotomia do envelhecimento “normal” versus “patológico” introduziram no primeiro a diferenciação entre envelhecimento dito “habitual” e o “bem sucedido” (Rowe, Kahn 1997) que comportaria três componentes a saber:

Doença e incapacidade - à presença/ausência de doença acrescentam a presença/ausência de factores de risco para doenças crónicas considerando assim um conjunto de idosos a envelhecer com baixo risco, dito “bem sucedido”;

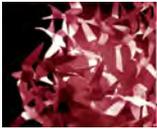
Funções cognitivas e físicas - em excelente condição

Motivação vital - sociabilidade presente, franca actividade produtiva remunerada ou não.

Trata-se de um conceito multidimensional, positivo a que se lhe acrescentamos o factor espiritualidade, identifica-se com os conceitos recentes da OMS (Bangkok Charter, 2005).

Este modelo apresenta no entanto limitações no sentido em que se dirige a uma elite, pois atingir critérios deste tipo não está ao alcance da maioria das pessoas (Masoro 2001). Habitualmente os itinerários de saúde e doença dos indivíduos ao longo da vida não contemplam estes níveis de exigência, nas vertentes de valores, cultura e sociedade (Holstein, Minkler, 2003).

Em 1990, P. Bates e M. Bates elaboram uma teoria sobre envelhecimento bem sucedido assente numa perspectiva psicológica em que há interacção entre selecção, optimização e compensação, isto é, o indivíduo escolhe os objectivos motivacionais de acordo com as suas capacidades biológicas, rentabiliza ao máximo a sua produtividade e adaptando ao máximo os recursos existentes (Baltes, Carstensen, 1996). Este é um processo adaptativo, dinâmico em que há revisão de metas em contextos de eventual redução de recursos e/ou capacidades. Aqui o “sucesso” contextualiza-se com metas pessoais subjectivamente valorizadas, que não têm que estar contextualizadas com objectivos universais normativos. Assim a saúde é um recurso ao serviço das aspirações individuais variáveis ao longo do tempo, heterogéneas com fases de crescimento, manutenção e regulação de



percas, com vista à melhor capacidade adaptativa segundo as circunstâncias pessoais, sociais e ambientais (Bates et al, 1999).

Em 2001, Godfrey elaborou o modelo sociocultural de envelhecimento bem sucedido em que se pretende contextualizar a experiência individual do envelhecimento na macroestrutura socioeconómica e cultural. Aqui os indivíduos são agentes activos que perspectivam metas e respectivas estratégias para as atingir. “Empowerment” é entendido como uma necessidade evolutiva absolutamente fundamental.

Nos itinerários do envelhecimento, a saúde deve ser entendida como um conceito multidimensional onde poderemos incluir a dimensão biológica, psicológica, espiritual, social ao longo da vida em que, embora as percas se salientem nas fases mais avançadas há sempre possibilidades de recuperação e crescimento em que o individuo é um agente activo que pode adaptar-se quer internamente quer externamente em conjunto com uma mutiplicidade de de determinantes individuais e ambientais que ganham significado nos itinerários de vida de cada individuo.

E porque se trata de envelhecimento, com realidades epidemiológicas e demográficas heterogêneas e em mudança, deparamos com a contextualização de novos problemas como a comorbilidade.

Comorbilidade uma realidade actual

O enorme aumento da esperança média de vida nos ultimos cinquenta anos descobriu novos padrões de morbilidade/mortalidade então completamente impensáveis. Mapeamos os itinerários de saúde /doença com a curiosidade inerente a novos desafios nomeadamente, a gestão da comorbilidade crescente nas nossas sociedades.

O envelhecimento populacional alia-se a uma baixa taxa de natalidade, onde já não há renovação de gerações, criando-se um hiato populacional que poderá ser preenchido com novas vagas de emigração e conseqente problemática associada.

Todos estes factos têm repercussões sobretudo na área da saúde, em que vamos assistindo a um aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas que parece estar longe de atingir o seu pico, o que condiciona a necessidade de mais cuidados (Kalache, 2002).

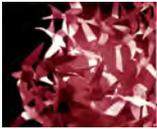
Estas doenças crónicas são detectadas cada vez mais precocemente e em maior número, levando a que se viva cada vez mais anos “com doença” o que desafia enormemente a capacidade de sustentabilidade financeira das politicas economicas adoptadas. Perante a importância destes factos, a OMS criou em 2004 o departamento de doenças crónicas e de promoção da saúde. Nos últimos anos esta mudança de paradigma, viria a afectar profundamente a ciência e arte médicas, essencialmente na vertente prática.

Há 40 anos Feinstein definiu comorbilidade como “uma doença associada que deriva de outras doenças” e mais tarde como “qualquer entidade adicional que surgiu ou que pode ocorrer durante o curso clinico de uma dada doença-índice num doente”.

Em 1993 Schellevis, considerou a comorbilidade concorrente, agrupada, causal e a que complica uma doença ou seja para que uma ocorra tem que existir outra. Van den Akker et al existe a comorbilidade e a multimorbilidade, sendo a primeira coincidente com a definição inicial de Feinstein e a segunda categoriza-a em simples, associada e causal.

Em equipa, o médico do Futuro terá de gerir estas complexidades, privilegiando a relação médico-doente, tentando encontrar soluções num mar de grandes incertezas!

Perante os desafios da comorbilidade, multimorbilidade ou polipatologia, corre-se por vezes o risco de somar diagnósticos em vez de encontrar padrões de doença, o que origina aumento do numero de fármacos utilizados e a conseqente e possível iatrogenia, as interacções medicamentosas, as reacções adversas e em ultima análise a medicalização da sociedade.



O medicamento

É definido como “toda a substância ou associação de substâncias apresentadas como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico, ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Infarmed 2006).

A evolução dos medicamentos ao longo do tempo é fabulosa: das plantas à terapia de síntese, evoluiu-se para os produtos biológicos, imunobiológicos, terapias celulares, olhando para as terapias genéticas vindouras, na verdade os avanços têm sido enormes !

Curiosamente, o número de novas moléculas terapêuticas não foi assim tão grande, mas a redução de custos inerente ao processo tecnológico, as novas indicações para os princípios já existentes, as novas vias de administração, a melhoria da posologia ou biodisponibilidade são já uma realidade (Infarmed 2007).

Surge o conceito de valor terapêutico acrescentado para comparar medicamentos entre si: sublinhando-se o impacto na morbimortalidade e qualidade de vida como factores de comparação.

Sabemos que 30% da medicação prescrita não é usada e que as características sócio - demográficas, a relação médico doente, a perspectiva de efeitos secundários ,as crenças, são alguns dos factores que influenciam o consumo de medicamentos (Gaither 2001) .

Horne e Weinman (1999) observaram menor adesão á terapêutica quando os medos com os efeitos adversos superam a crença na necessidade do medicamento.

A maior disponibilidade de medicamentos não se tem acompanhado de melhor utilização, eficiência e racionalidade bem pelo contrário a banalização é a regra, em que o uso indiscriminado e excessivo tem aumentado a iatrogenia significativamente, com todos os problemas daí decorrentes. Hoje sabemos que a utilização de cinco medicamentos tem 50% de probabilidade de ocorrência de uma interacção medicamentosa que aumenta para 100% no caso de sete medicamentos (Monteiro et al,2007)

Em 2004 a O.M.S, refere que o uso racional de medicamentos “requer que os doentes recebam medicamentos apropriados ás suas necessidades clínicas em doses que satisfaçam as suas próprias necessidades individuais, por um período adequado de tempo, e com o menor custo para eles e suas comunidades”

Podemos considerar uso não racional de medicamentos, a não prescrição de acordo com as guidelines, a automedicação inapropriada, entre muitos outros parâmetros susceptíveis de monitorização, tanto no panorama nacional como internacional sendo os custos inerentes elevados, a redução da qualidade da terapia farmacológica, o aumento das reacções adversas, mesmo da morbimortalidade (WHO, 2004).

As reacções adversas a medicamentos s devem-se á variedade de medicamentos que são tomados e a probabilidade de múltiplas associações entre eles, tornando difícil detectar todas as possíveis reacções adversas nos ensaios clínicos que são efectuados antes da comercialização do medicamento.

Estes ensaios clínicos têm como objectivo detetar as reacções adversas mais frequentes, no entanto, podem existir reacções adversas raras ou de aparecimento tardio, que não são detectadas durante a fase experimental. Estas interacções levam a que um medicamento interfira na acção de outro: assim existem interacções medicamentosas benéficas que têm como objectivo tratar doenças concomitantes, reduzir efeitos adversos, prolongar a duração do efeito, impedir ou retardar o surgimento de resistência bacteriana, entre outros. Enquanto que as interacções indesejáveis, irão reduzir o efeito do medicamento, levam a um resultado em sentido contrário ao esperado, aumentando a ocorrência e sucessão de reacções adversas sem aumento do benefício terapêutico.

O Sistema Nacional de Farmacovigilância surgiu em 1992, integrado no Instituto da Farmacia e do Medicamento com o objectivo de “recolher, avaliar e divulgar informação sobre as Reacções



Adversas a Medicamentos (RAM), identifica-las examinar e analisar a possível existência de causalidade medicamento/reacção adversa, estabelecer métodos de obtenção de dados sobre RAM, avaliar o perfil de segurança dos medicamentos comercializados, elaborar normas técnicas de utilização de medicamentos, desencadear acções para reduzir os riscos dos medicamentos e coligir dados sobre o consumo de medicamentos” (Marques 2008).

O mito da saúde em comprimidos é o corolário da dependência farmacêutica muito presente nas nossas sociedades, assumindo várias qualidades e disfarces como o chamado “disease mongering”, ou “ask your doctor” que em última análise se associa ao despesismo crescente da saúde pago pelos contribuintes.

É necesario encontrar uma forma de contróle desta problemática, ágil, lógica, conducente a bons resultados, adaptável ás várias especialidades médicas, que seja aceite pelos profissionais : a prevenção quaternária!

A prevenção quaternária: arte e ciência

A prevenção quaternária tem justificação no âmbito desta problemática e preconiza algumas ferramentas de trabalho como a abordagem centrada na pessoa, a medicina baseada na evidência e cuidados de saúde longitudinais ao longo da vida .

Na consulta médica em vez da ansiedade de diagnosticar, deve-se ouvir e fazer com o paciente o itinerário das suas queixas e fragilidades e reflectir conjuntamente sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (Stewart 1995).

Acerca da evidência podemos considerar a Disease Oriented Evidence (DOE) e Patient Oriented Evidence that Matters-POEM (Rosser 1998). No primeiro caso, os estudos correlacionam-se com a tendência das pessoas para « isto é bom para aquilo », caso do controle do colesterol, da tensão arterial. No segundo caso, privilegia-se os efeitos concretos na saúde do paciente, se aliviou o sofrimento, se diminuiu a morbimortalidade, se houve menos custos associados. Um exemplo destas situações, sucedeu com a utilização das terapêuticas de reposição hormonal, num primeiro tempo melhoraram parâmetros como o colesterol total que diminuía aumentando a fracção HDL, concluindo-se que fazia bem ao coração. Num segundo tempo verificou-se que apesar do melhor perfil lípidico as mulheres morriam mais e portanto não estavam a viver mais e melhor, esfumando-se as esperanças com a THS.

Outra técnica importante é a prestação de cuidados longitudinais a indivíduos e famílias ao longo do tempo, em que é possível e muitas vezes faz sentido aplicar o conceito de «watchful waiting» ou «esperar para ver» (Gérvas 1997) particularmente no âmbito da medicina familiar.

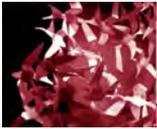
Para Starfield (2002) 40% dos pacientes que trazem um novo problema de saúde à consulta melhoram sem que tenha sido formulado um diagnóstico específico. No compasso de espera o diagnóstico pode ser afinado, reduzindo-se as possibilidades de falsos positivos e de falsos negativos dos testes diagnósticos. Por estas razões Gérvas & Pérez-Fernández (2006) referem “A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, factor de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o comprimento de sua obrigação mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária”

A prevenção quaternária será uma necessidade dos novos tempos tanto para modelar novas estratégias em saúde como para controlar a medicalização e a iatrogenia crescentes nas nossas sociedades particularmente no envelhecimento e na comorbilidade habitualmente presentes. Será uma mais valia no envelhecimento bem sucedido de que tantos autores nos falam.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L.M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, 91-6.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In BALTES, P. B., BALTES, M. M., eds. - *Successful aging: perspectives from the behavioral*. Cambridge: Cambridge University Press, Cap. 1, 1-34.
- Baltes, M. M., Carstensen, L. L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.
- Bangkok, Charter for Health Promotion in a globalized world (11 August 2005) [Em linha]. WHO [Consult. 11.08.2005]. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- Depp, C. A., Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1 6-20.
- Estatuto do Medicamento (2006), Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. 2006; Available from: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis.*, 23, 455-68.
- Gaither C, Kirking D, Ascione F, Welage L. (2001). Consumers' views on generic medications. *J Am Pharm Assoc.* 41, 729-36.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. (1997). Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 109. 549-52.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* , 20 Suppl 3. 66-71.
- Gérvás, J., Pérez Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*, 20 Suppl 3, 66-71.
- Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 89-99.
- Hespanhol, A., Couto, L; Martina, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64.
- Holstein, M. B., Minkler, M. (2003). Self, Society, and the "New Gerontology". *Gerontologist*, 43(6), 787-796.
- Horne R, Weinman J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research.* 47(6), 555-67.
- Illich, I. (1981). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4a Ed. São Paulo: Editora Nova Fronteira.
- Infarmed. (2007) *Current Status of Pharmaceutical Innovation in the EU*. PEP, editor. *Pharmaceutical Innovation: A New R&D Strategy in the EU*; 19-20 November 2007; Viseu, Portugal 2007.
- Kalache, A. (2002). O envelhecimento da população: a saúde e novos desafios sociais. In *Fórum Gulbenkian de Saúde. 4º Ciclo de Debates (2000/2001)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 11-23.
- Marques J. (2008). A evolução da Farmacovigilância em Portugal e no Mundo. *Unidade de Farmacovigilância do Norte*. Available from: <http://ufn.med.up.pt/documentacao2/5284177737.pdf>.
- Masoro, E. J. (2001). "Successful Aging" - Useful or Misleading Concept? *The Gerontologist*. 41(3), 415-419.



- Melo, M. (2007). A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 289-93.
- Monteiro, C., Marques, F.B., Ribeiro, C.F., (2007). Interações medicamentosas como causa de iatrogenia evitável. *Rev Port Clin Geral*, 23, 63-73.
- Rosser, W. (1996). Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract*, 42, 139-44.
- Rosser, W., Shafir, M. (1998). *Evidence-based family medicine*. Hamilton: BC Decker Inc.;
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997) . Successful aging. *The Gerontologist*. 37(4), 433-440.
- Schellevis, F.G. (1993). *Chronic diseases in general practice: comorbidity and quality of care* [Tese de doutoramento]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *JAMA* 284, 483-5.
- Starfield B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1a Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde.
- Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*. 2, 65-70.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Roos. S, Knottnerus, J.A. (1998). Multi morbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 51(5), 367-75.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Knottnerus, J.A. (2001). Psycho-social patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res*. 50(2), 95-102.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Knottnerus, Ja. (2000). Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Soc Sci Med*. 50, 1679-93.
- Van Den Akker, M., Buntinx, F., Roos. S., Knottnerus, J.A. (2001). Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol*. 54(7), 675-9.
- W.H.O. (2004). *Rational use of medicines by prescribers and patients*. 115th Session, Executive Board. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_40-en.pdf.

