

CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DESAFIOS ÉTICOS E LIMITES DA PRÁTICA CLÍNICA

Quaternary Prevention in Family and Community Medicine: Ethical Challenges and Limits of
Clinical Practice

Laenne Ágata Valentim

Especialista em Medicina de Família e Comunidade
Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)
Endereço: Cuiabá, Mato Grosso, Brasil
E-mail: laenne@gmail.com

Yudelsi Galan Ramirez

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5551-8867>
Especialista em Medicina de Família e Comunidade
Instituição: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Endereço: Santos, São Paulo, Brasil
E-mail: galanramirezyudelsi@gmail.com

Luiz Farias Cantalixto de Melo

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
Endereço: Manaus, Amazonas, Brasil
E-mail: luiz.f.cantalixto@gmail.com

Mariselma Argolo Ribeiro

Graduanda em Medicina
Instituição: Centro Universitário Afya Salvador
Endereço: Salvador, Bahia, Brasil
E-mail: selmaribeiro197@gmail.com

Janette Magali Gomes Paredes Moreira

Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Endereço: João Pessoa, Paraíba, Brasil
E-mail: janettemgs@gmail.com

Fabiane Andrade Amaro

Graduanda em Medicina
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas Afya - Abaetetuba

Endereço: Abaetetuba, Pará, Brasil
E-mail: fabianecamaro3@gmail.com

Laize Sebastiana Fernandes Bezerra

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)

Endereço: São Paulo, São Paulo, Brasil

E-mail: Laize.fernandes@uni9.edu.br

RESUMO

A prática médica contemporânea enfrenta o desafio de equilibrar avanços tecnológicos, racionalidade científica e princípios éticos, especialmente no campo da Medicina de Família e Comunidade. A ampliação das possibilidades diagnósticas e terapêuticas, embora benéfica, tem favorecido a medicalização excessiva e a perda da centralidade do cuidado. Nesse contexto, a prevenção quaternária surge como uma abordagem ética voltada à limitação de intervenções desnecessárias, à proteção do paciente e à valorização da prudência clínica. Este estudo, de caráter descritivo e analítico, baseou-se em uma revisão narrativa da literatura realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, considerando publicações relevantes sobre ética médica, medicalização e prática clínica na atenção primária. Os resultados indicam que a prevenção quaternária propõe um modelo de cuidado centrado na pessoa, que integra ciência, consciência e humanidade, resgatando o princípio da não maleficência e fortalecendo a autonomia do paciente. Apesar do reconhecimento conceitual e teórico, persistem lacunas quanto à sua aplicação prática e à formação profissional voltada à sua implementação efetiva. Conclui-se que a prevenção quaternária representa uma filosofia ética indispensável para a consolidação de uma medicina mais humana, racional e sustentável, reafirmando o papel essencial da Medicina de Família e Comunidade na promoção do cuidado integral.

Palavras-chave: Prevenção Quaternária; Ética Médica; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Medicalização.

INTRODUÇÃO

A prática médica contemporânea tem se desenvolvido em meio a intensas transformações científicas, tecnológicas e socioculturais, que ampliaram as possibilidades diagnósticas e terapêuticas, mas também introduziram novos desafios éticos e clínicos. O avanço da biotecnologia, a expansão dos rastreamentos populacionais e a crescente disponibilidade de exames e tratamentos trouxeram benefícios inegáveis à saúde pública, porém, também contribuíram para o fenômeno da supermedicalização e para a redefinição dos limites entre saúde e doença (Tesser & Norman, 2021; Jamoulle, 2015; Andrade & Carvalho, 2023). Nesse contexto, emerge a necessidade de refletir criticamente sobre o papel do médico e o sentido da intervenção clínica, especialmente na Atenção Primária à Saúde, onde se concretiza a essência do cuidado integral e contínuo (Martins et al., 2018; Wagner, 2015). A Medicina de Família e Comunidade, por sua natureza abrangente e centrada na pessoa, torna-

se um campo privilegiado para essa reflexão, pois é nela que se manifestam, de forma mais evidente, os impactos das práticas preventivas sobre o cotidiano das pessoas e sobre a ética do cuidado (Fuentes et al., 2016; Otte & Pou, 2024).

Historicamente, o conceito de prevenção foi organizado a partir de uma lógica cronológica, estabelecendo-se níveis que correspondiam a diferentes momentos do processo saúde-doença. A sistematização proposta por Leavell e Clark, em meados do século XX, consolidou os níveis primário, secundário e terciário, orientando práticas voltadas, respectivamente, à promoção da saúde, à detecção precoce de agravos e à reabilitação de sequelas. Essa estrutura, embora amplamente adotada, baseava-se em uma visão linear e biologicista da doença, na qual o cuidado médico se definia pela cronologia dos eventos patológicos. Com o amadurecimento do pensamento crítico em saúde e o surgimento de abordagens mais humanistas, tornou-se evidente a limitação desse modelo para explicar as complexidades da prática clínica e para lidar com os excessos gerados pela expansão tecnológica da medicina (Depallens et al., 2020; Tesser, 2017; Krogsboll et al., 2012).

A partir dessa reflexão surgiu o conceito de prevenção quaternária, introduzido no final do século XX como uma resposta ética e prática aos efeitos adversos da supermedicalização (Jamouille, 2015). Diferentemente dos níveis anteriores, a prevenção quaternária não se baseia na cronologia da doença, mas em uma perspectiva pragmática e relacional, que considera o encontro entre médico e paciente como o núcleo da ação clínica (Martins et al., 2018; Bae & Jamouille, 2016). Ela busca proteger os indivíduos de intervenções desnecessárias, diagnósticos excessivos e tratamentos sem benefício comprovado, resgatando o princípio hipocrático de “*primum non nocere*” — antes de tudo, não causar dano (Wagner, 2015; Widmer, 2015). Essa abordagem propõe uma revisão crítica do papel do médico e da finalidade do ato clínico, deslocando o foco da detecção e do controle da doença para a prudência, o diálogo e o discernimento ético no cuidado (Andrade & Carvalho, 2023; Otte & Pou, 2024).

Na Medicina de Família e Comunidade, a prevenção quaternária adquire relevância singular, pois está diretamente relacionada à prática clínica cotidiana, caracterizada pela longitudinalidade, integralidade e centralidade da pessoa (Tesser & Norman, 2021). O médico de família atua em um espaço onde a linha entre prevenção e excesso é particularmente delicada, exigindo a capacidade de reconhecer quando intervir e, sobretudo, quando não intervir (Fuentes et al., 2016). O desafio ético da prática clínica nesse campo envolve equilibrar o conhecimento científico com a sensibilidade moral, evitando tanto a omissão quanto a iatrogenia decorrente de ações desnecessárias (Tesser, 2017; Martins et al., 2018). Além disso, a influência de fatores externos — como políticas de saúde, interesses comerciais e expectativas

sociais — amplia a complexidade das decisões médicas e reforça a importância de uma postura crítica e ética diante das práticas preventivas (Krouss et al., 2016; Andrade & Carvalho, 2023).

A relevância do estudo sobre a prevenção quaternária reside, portanto, em sua contribuição para repensar a prática médica a partir de uma perspectiva mais ética, racional e centrada na pessoa (Depallens et al., 2020). Em tempos de crescente pressão por produtividade, exames complementares e condutas padronizadas, discutir os limites da prevenção e o papel do médico na contenção de danos torna-se essencial para preservar a autonomia do paciente e a integridade da relação terapêutica (Tesser & Norman, 2021; Jamouille, 2015). A abordagem quaternária propõe não apenas uma técnica clínica, mas uma filosofia de cuidado baseada no respeito, na escuta e na consciência dos limites da medicina (Andrade & Carvalho, 2023; Wagner, 2015).

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar os desafios éticos e os limites da prática clínica na Medicina de Família e Comunidade à luz do conceito de prevenção quaternária, destacando suas implicações para o cuidado integral, para a formação médica e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Busca-se, por meio de uma revisão de literatura, compreender como a prevenção quaternária pode orientar uma prática médica mais prudente, ética e centrada na pessoa, contribuindo para o fortalecimento dos princípios da Atenção Primária à Saúde e para o aprimoramento da relação entre ciência, consciência e cuidado.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com abordagem descritiva e analítica, voltada à sistematização do conhecimento disponível sobre a prevenção quaternária na Medicina de Família e Comunidade e suas implicações éticas e clínicas. A escolha desse tipo de revisão se justifica pela natureza conceitual e reflexiva do tema, que demanda uma análise interpretativa de publicações científicas provenientes de diferentes contextos e tradições teóricas, permitindo integrar aspectos epistemológicos, práticos e éticos da atuação médica.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, reconhecidas pela abrangência e relevância na indexação de periódicos nacionais e internacionais da área da saúde. A pesquisa utilizou descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), combinados com operadores booleanos, de forma a garantir amplitude e especificidade nos resultados. As estratégias de busca incluíram as seguintes expressões: (“Prevenção Quaternária” OR “Quaternary Prevention”) AND (“Medicina de Família e Comunidade” OR “Family and Community Medicine” OR “Primary

Health Care”) AND (“Ética Médica” OR “Ethics” OR “Medical Ethics”) AND (“Medicalização” OR “Overmedicalization” OR “Overdiagnosis”). Foram também realizadas buscas complementares manuais nas listas de referências dos artigos encontrados, a fim de identificar estudos relevantes não capturados pelas expressões iniciais.

Foram definidos critérios de inclusão abrangendo artigos originais, revisões narrativas ou sistemáticas, ensaios teóricos e estudos qualitativos disponíveis em texto completo, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Consideraram-se publicações com enfoque na prevenção quaternária, ética clínica, limites da prática médica e sua interface com a Medicina de Família e Comunidade. Os critérios de exclusão envolveram duplicatas, resumos de eventos, editoriais desprovidos de fundamentação científica, estudos focados exclusivamente em doenças específicas ou em intervenções biomédicas sem relação com a temática ética da prevenção, e textos fora do escopo da Atenção Primária à Saúde.

O processo de seleção ocorreu em três etapas sucessivas. Na primeira, foi realizada a leitura de títulos e resumos para triagem dos estudos potencialmente elegíveis. Em seguida, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados, analisando-se sua relevância, coerência temática e rigor conceitual. Na última etapa, os textos foram submetidos a uma análise qualitativa interpretativa, orientada pela identificação de conceitos-chave e de eixos temáticos recorrentes. Após esse processo, foram incluídos doze artigos considerados centrais, cuja pertinência teórica e metodológica contribuiu para a consolidação da discussão apresentada.

A análise do material selecionado foi conduzida de forma integrativa, com enfoque na articulação entre ética médica, prevenção e prática clínica. As informações extraídas dos estudos foram organizadas em quatro eixos principais: (1) fundamentos teóricos e históricos da prevenção quaternária; (2) implicações éticas da prática médica e seus limites na contemporaneidade; (3) integração dos níveis de prevenção no contexto da Medicina de Família e Comunidade; e (4) desafios da prevenção quaternária frente à medicalização e à racionalidade biomédica. Essa estrutura permitiu a construção de uma síntese crítica, orientada pela compreensão das relações entre ciência, ética e cuidado, preservando a coerência interna do tema e sua relevância para a Atenção Primária à Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em fontes secundárias disponíveis em domínio público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O processo de levantamento, seleção e análise dos dados foi realizado de forma independente e criteriosa, assegurando rigor metodológico, transparência e confiabilidade na construção da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática clínica, especialmente no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, enfrenta o desafio de equilibrar princípios éticos, evidências científicas e pressões mercadológicas que permeiam o sistema de saúde contemporâneo (Andrade & Carvalho, 2023; Tesser & Norman, 2021). O exercício médico requer, além de competência técnica, uma postura comprometida com a equidade, a ética e o relacionamento interpessoal, fatores essenciais para a construção de vínculos terapêuticos e para a manutenção da confiança entre profissional e paciente (Fuentes et al., 2016; Martins et al., 2018). Entretanto, a dimensão científica da prática médica nem sempre é de fácil definição, sobretudo em um cenário em que o avanço tecnológico redefine constantemente o conceito de boa prática (Wagner, 2015; Jamouille, 2015).

Nas últimas décadas, os progressos tecnológicos transformaram profundamente o cuidado em saúde, tornando possíveis intervenções antes inimagináveis. Contudo, o impacto dessas inovações ultrapassa o campo biomédico e alcança aspectos éticos e sociais (Depallens et al., 2020; Otte & Pou, 2024). A ampliação da capacidade de diagnóstico e tratamento trouxe benefícios inegáveis, mas também contribuiu para a expansão dos limites da prática médica, muitas vezes conduzindo à medicalização excessiva de aspectos naturais da vida e à dependência crescente de recursos tecnológicos (Tesser, 2017; Tesser & Norman, 2021). Em contextos de elevado custo em saúde, delineia-se uma fronteira tênue entre a prática responsável e a chamada “má medicina”, marcada por excessos terapêuticos e pela transformação do paciente em consumidor (Krouss et al., 2016; Wagner, 2015).

A influência de interesses econômicos e industriais sobre o campo da saúde modificou a natureza da prática clínica (Andrade & Carvalho, 2023). O conhecimento científico, antes orientado para o cuidado, passou a ser frequentemente direcionado à gestão de riscos e à ampliação de mercados farmacológicos (Jamouille, 2015; Tesser & Norman, 2021). Esse fenômeno tem contribuído para a redefinição de parâmetros de normalidade e patologia, tornando difusa a distinção entre estar doente e ser considerado doente (Martins et al., 2018; Widmer, 2015). A medicalização de comportamentos cotidianos e a ampliação das fronteiras diagnósticas são expressões desse processo, impulsionadas tanto por políticas de prevenção ampliada quanto por interesses comerciais (Tesser, 2017; Bae & Jamouille, 2016). Assim, sentimentos humanos e variações comportamentais são, por vezes, reclassificados como condições clínicas passíveis de tratamento, o que levanta questões éticas quanto à autonomia e ao bem-estar do paciente (Wagner, 2015; Otte & Pou, 2024).

A busca pela prevenção e pelo controle de riscos, embora fundamentada em princípios de saúde pública, também tem contribuído para a mercantilização da medicina (Depallens et al., 2020; Andrade & Carvalho, 2023). A hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e outros

marcadores biológicos são frequentemente tratados como doenças em si, e não como fatores de risco, promovendo uma prática médica centrada na intervenção contínua (Krogsboll et al., 2012; Tesser, 2017). Essa mudança de paradigma reforça a ideia de que todos os indivíduos são potenciais pacientes, o que amplia o consumo de medicamentos e exames diagnósticos e desloca o foco da clínica da escuta e do cuidado integral para a administração de riscos (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018).

Prevenção Clínica e Continuidade do Cuidado na Medicina de Família e Comunidade

A prática da Medicina de Família e Comunidade exige do clínico a capacidade de tomar decisões adequadas diante de situações complexas, conciliando a abordagem científica com o cuidado centrado na pessoa (Martins et al., 2018; Andrade & Carvalho, 2023). Saber agir de forma correta e oportuna constitui um desafio constante, sobretudo em um campo que valoriza a continuidade do cuidado e a relação longitudinal entre médico e paciente (Fuentes et al., 2016). Essa continuidade é sustentada pela construção de vínculos, pelo conhecimento acumulado sobre a história clínica e pessoal do paciente e pela organização sistemática das informações ao longo do tempo. Assim, o médico de família assume papel central na coordenação das ações preventivas e no acompanhamento integral da saúde do indivíduo (Tesser & Norman, 2021; Otte & Pou, 2024).

A prevenção clínica, nesse contexto, caracteriza-se como um processo contínuo, que se estende por toda a vida do paciente e tem como objetivo o controle e o manejo precoce de condições que possam comprometer a saúde (Bae & Jamouille, 2016). A ênfase atual na prevenção representa uma ampliação do conceito de diagnóstico e reflete a evolução histórica da medicina no sentido de antecipar e controlar o aparecimento das doenças (Depallens et al., 2020; Tesser, 2017). No entanto, esse desenvolvimento recente traz implicações que demandam reflexão, uma vez que o excesso de intervenções preventivas pode deslocar o foco do cuidado integral para a vigilância permanente, transformando a prevenção em um fim em si mesma (Jamouille, 2015; Wagner, 2015).

Historicamente, o conceito de prevenção percorreu um longo processo de transformação. As primeiras medidas preventivas estavam ligadas à contenção de doenças comunicáveis, como as quarentenas instituídas na Croácia no século XIV. Somente nas primeiras décadas do século XX, contudo, a medicina passou a incorporar de forma sistematizada o conceito de prevenção clínica, impulsionada pela reorganização dos parâmetros de saúde e doença (Andrade & Carvalho, 2023). A substituição de termos como “lazarento” por “estado de saúde” simbolizou a transição de uma visão restrita da doença para uma perspectiva

mais abrangente, na qual a observação e o controle passaram a se estender também aos indivíduos aparentemente saudáveis (Tesser, 2017; Martins et al., 2018).

Essa evolução consolidou a prevenção como eixo estruturante das práticas de saúde, inicialmente voltadas às doenças transmissíveis e, posteriormente, ampliadas para o controle de condições crônicas e fatores de risco (Depallens et al., 2020; Krogsboll et al., 2012). Na Medicina de Família e Comunidade, essa abordagem assume caráter essencial, pois permite integrar a dimensão biomédica com a compreensão social e individual do adoecimento, fortalecendo o papel do clínico geral como mediador entre o cuidado técnico e o cuidado humano (Tesser & Norman, 2021; Andrade & Carvalho, 2023).

Evolução dos Níveis de Prevenção e a Centralidade da Doença na Prática Médica

A consolidação dos conceitos de prevenção na medicina moderna remonta à segunda metade do século XX, quando Leavell e Clark propuseram, no final da década de 1940, uma classificação sistematizada das ações preventivas em três níveis (Depallens et al., 2020; Martins et al., 2018). A prevenção primária foi definida como o conjunto de medidas destinadas a impedir o surgimento de doenças, atuando sobre seus fatores causais antes que afetem o indivíduo. A prevenção secundária, por sua vez, corresponde às estratégias voltadas à detecção precoce e à intervenção imediata, buscando reduzir a progressão e as consequências das doenças diagnosticadas. Já a prevenção terciária tem como foco a limitação das complicações e a reabilitação funcional de pessoas com condições crônicas ou sequelas, visando à recuperação da capacidade e à melhoria da qualidade de vida (Tesser, 2017).

Apesar de amplamente difundidos e ensinados nas formações médicas ao redor do mundo, os três níveis de prevenção apresentam diferentes interpretações conforme o contexto de aplicação (Depallens et al., 2020). Enquanto há consenso em torno da prevenção primária, os conceitos de prevenção secundária e terciária mostram variações de significado entre diferentes especialidades. Em cardiologia e na indústria farmacêutica, por exemplo, a prevenção secundária é associada a ações posteriores a um evento clínico, como infarto ou acidente vascular cerebral. Já para clínicos gerais e epidemiologistas, esse nível é compreendido como um conjunto de medidas aplicadas antes do aparecimento de sintomas ou eventos significativos, como o rastreamento e o diagnóstico precoce (Krogsboll et al., 2012; Bae & Jamouille, 2016).

O conceito de prevenção terciária, embora menos utilizado em publicações científicas, possui relevância significativa no cuidado em saúde (Martins et al., 2018). Essa etapa abrange não apenas o tratamento e a reabilitação, mas também ações voltadas à redução da morbidade e à maximização da qualidade de vida de pacientes com doenças de longa duração (Tesser & Norman, 2021). Em bases de dados como o DeCS, a prevenção terciária é definida como o

conjunto de medidas que buscam restaurar a funcionalidade e oferecer suporte após a instalação da doença, consolidando-se como um elo essencial entre a terapêutica e o cuidado integral (Andrade & Carvalho, 2023).

A partir dessa lógica sequencial, centrada na cronologia da doença, emergiu o conceito de prevenção quaternária, proposto por Jamouille na década de 1990 e posteriormente difundido por autores europeus e latino-americanos (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018). Essa nova categoria buscou definir os cuidados voltados à limitação dos excessos da prática médica e à proteção do paciente contra intervenções desnecessárias, retomando a dimensão ética do cuidado e ampliando o escopo da medicina para além da cura (Tesser & Norman, 2021; Andrade & Carvalho, 2023). Nesse modelo, a trajetória da saúde é representada por uma linha contínua, que se estende do nascimento à morte, na qual cada nível de prevenção ocupa uma posição específica de acordo com o momento do processo saúde-doença. Essa estrutura permite compreender o cuidado médico como um continuum dinâmico, em que a prevenção não se restringe à ausência de doença, mas se integra à promoção da vida e à preservação da autonomia do paciente (Wagner, 2015; Widmer, 2015).

Atendimento Centrado na Pessoa e a Dinâmica Relacional na Prática Clínica

A abordagem de atendimento centrado na pessoa proposta por McWhinney introduziu uma nova perspectiva na prática médica, deslocando o foco da doença para o indivíduo e suas experiências subjetivas de saúde e adoecimento (Andrade & Carvalho, 2023). Essa concepção ampliou o entendimento do cuidado ao considerar não apenas a dimensão biológica da doença, mas também os aspectos psicológicos, sociais e relacionais que permeiam o encontro clínico (Fuentes et al., 2016; Tesser & Norman, 2021). Nessa linha, Jamouille, em 1986, ao cruzar os conceitos de ciência e consciência, delineou quatro campos de interação entre médico e paciente, representando a complexidade das relações entre enfermidade e doença (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018). O uso do termo “nebulosa” ilustra a indefinição dos limites entre saúde e enfermidade, já que o julgamento clínico e a percepção do paciente nem sempre coincidem (Tesser, 2017).

A prática clínica, nesse contexto, envolve a constante intermediação entre o conhecimento científico, que determina a presença ou ausência de doença, e a percepção subjetiva do paciente, que distingue estar enfermo de estar saudável (Martins et al., 2018). Essa relação dinâmica estabelece quatro campos distintos de atuação médica. No primeiro, quando o paciente se sente saudável e não há sinais de doença detectáveis, o foco recai sobre ações de prevenção primária, como imunização e educação em saúde (Depallens et al., 2020). No segundo campo, o paciente mantém-se assintomático, mas o médico busca identificar possíveis

enfermidades ocultas por meio de triagens e rastreamentos — caracterizando a prevenção secundária (Bae & Jamoulle, 2016; Krogsboll et al., 2012).

No terceiro campo, a presença da doença torna-se reconhecida tanto pelo médico quanto pelo paciente. Nessa fase, o tratamento é direcionado à recuperação funcional, ao controle de complicações e à reabilitação, compondo as ações de prevenção terciária (Martins et al., 2018). Condições como diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares exemplificam esse estágio, no qual a prática médica requer equilíbrio entre intervenção terapêutica e manutenção da qualidade de vida (Tesser & Norman, 2021).

O quarto campo, entretanto, representa um desafio peculiar. Trata-se das situações em que o paciente apresenta sintomas e sofrimento, mas o médico não identifica uma causa orgânica definida (Jamoulle, 2015). Essa discrepância pode gerar insegurança, descrença e, muitas vezes, levar à intensificação da medicalização (Andrade & Carvalho, 2023; Wagner, 2015). Fenômenos como o aumento das queixas funcionais, o medo excessivo de doenças e a busca constante por exames diagnósticos ilustram essa dinâmica. A exposição constante a informações sobre enfermidades, associada à percepção individual de vulnerabilidade, contribui para o surgimento de quadros de ansiedade e hipervigilância em saúde (Widmer, 2015; Tesser, 2017).

A compreensão desses quatro campos reforça a importância de uma prática médica que reconheça o paciente como sujeito ativo no processo de cuidado (Fuentes et al., 2016; Otte & Pou, 2024). O atendimento centrado na pessoa propõe que o médico atue não apenas como técnico da doença, mas como mediador do sofrimento humano, valorizando o diálogo, a escuta e o contexto de vida do paciente (Tesser & Norman, 2021; Andrade & Carvalho, 2023). Essa perspectiva permite identificar os limites entre prevenção, diagnóstico e tratamento, evitando a fragmentação do cuidado e reduzindo os efeitos adversos da medicalização excessiva (Jamoulle, 2015; Martins et al., 2018).

Integração dos Níveis de Prevenção e o Papel da Prevenção Quaternária na Medicina de Família e Comunidade

A perspectiva relacional entre médico e paciente sustenta o modelo contemporâneo de prevenção adotado na Medicina de Família e Comunidade, que organiza o cuidado em diferentes níveis interdependentes (Martins et al., 2018; Andrade & Carvalho, 2023). A prevenção primária envolve ações destinadas à eliminação ou redução dos fatores de risco antes da manifestação de uma doença, com ênfase na promoção da saúde, imunização, educação e mudanças de comportamento (Depallens et al., 2020). A prevenção secundária tem como foco a detecção precoce de agravos, permitindo intervenções oportunas que reduzam complicações

e impeçam a progressão de doenças (Bae & Jamouille, 2016; Krogsboll et al., 2012). Já a prevenção terciária busca minimizar sequelas e melhorar a qualidade de vida de pessoas com condições crônicas ou incapacitantes, por meio de acompanhamento contínuo, reabilitação e prevenção de recorrências (Tesser & Norman, 2021; Tesser, 2017).

A evolução desse modelo levou à formulação do conceito de prevenção quaternária, que amplia a visão tradicional ao incorporar uma dimensão ética e crítica da prática médica (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018). Essa abordagem visa identificar situações em que o paciente ou a população estão expostos à supermedicalização, buscando protegê-los de intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, além de propor condutas cientificamente fundamentadas e eticamente responsáveis (Andrade & Carvalho, 2023; Wagner, 2015; Widmer, 2015). O conceito reforça a necessidade de um cuidado clínico equilibrado, que valorize o julgamento crítico do médico e respeite os limites entre prevenção, tratamento e autonomia do paciente (Tesser & Norman, 2021; Otte & Pou, 2024).

Os quatro níveis de prevenção, quando analisados de forma integrada, delineiam o papel essencial do médico de família na coordenação do cuidado e na construção de um acompanhamento longitudinal (Fuentes et al., 2016; Martins et al., 2018). A prática clínica moderna requer que esses níveis coexistam de maneira articulada, combinando ações preventivas e curativas conforme as demandas do paciente e o contexto de vida em que está inserido (Andrade & Carvalho, 2023; Tesser, 2017). Assim, o profissional pode atuar simultaneamente na orientação de hábitos saudáveis (prevenção primária), no rastreamento de doenças (prevenção secundária), no manejo de condições crônicas (prevenção terciária) e na limitação de intervenções excessivas (prevenção quaternária) (Jamouille, 2015; Wagner, 2015).

Esse modelo de atenção reflete a essência da Medicina de Família e Comunidade contemporânea, centrada na pessoa e sustentada pela integralidade, continuidade e racionalidade do cuidado (Fuentes et al., 2016; Tesser & Norman, 2021). Ele redefine a prática médica ao integrar ciência, ética e humanidade, fortalecendo a autonomia do paciente e promovendo um equilíbrio entre a prevenção e o respeito à experiência individual de saúde e adoecimento (Andrade & Carvalho, 2023; Otte & Pou, 2024).

Prevenção Quaternária e os Limites Éticos da Prática Clínica na Medicina de Família e Comunidade

A prevenção quaternária emerge como um campo essencial de reflexão sobre os limites da prática médica e os riscos associados à supermedicalização (Tesser & Norman, 2021; Jamouille, 2015). Ela propõe um olhar crítico sobre as intervenções realizadas em indivíduos saudáveis ou em situações nas quais o benefício clínico é incerto, questionando a expansão do

diagnóstico e do tratamento para além das reais necessidades do paciente (Wagner, 2015; Widmer, 2015). Nesse contexto, o desafio reside em equilibrar a aplicação do conhecimento científico com a prudência ética, especialmente diante da pressão por exames, prescrições e procedimentos motivados por expectativas do paciente, pela cultura da hipervigilância em saúde ou pela medicina defensiva (Andrade & Carvalho, 2023; Martins et al., 2018).

A relação entre médico e paciente constitui o núcleo da prática clínica e o ponto de partida para a prevenção quaternária (Fuentes et al., 2016). Esse encontro não se limita à transmissão de informações técnicas, mas envolve uma interação complexa entre ciência e consciência, na qual o conhecimento médico influencia percepções, emoções e comportamentos do paciente (Jamoulle, 2015; Tesser, 2017). A consulta clínica, portanto, representa um espaço de diálogo em que a responsabilidade profissional inclui não apenas diagnosticar e tratar, mas também reconhecer o momento em que a intervenção pode causar dano (Wagner, 2015). A prevenção quaternária, nesse sentido, atua como um princípio orientador que busca proteger o indivíduo de excessos diagnósticos e terapêuticos, resgatando o valor da escuta, do discernimento e da empatia no cuidado (Martins et al., 2018; Otte & Pou, 2024).

A tendência crescente à medicalização de experiências humanas naturais — como o envelhecimento, o sofrimento emocional e o medo da doença — reflete a fragilidade dos limites entre saúde e enfermidade (Tesser & Norman, 2021; Andrade & Carvalho, 2023). A ansiedade social em torno da perda da saúde e a valorização do corpo como símbolo de normalidade e sucesso impulsionam a procura por exames e tratamentos, mesmo na ausência de sintomas ou evidências clínicas (Tesser, 2017). Esse fenômeno contribui para a criação de estados de enfermidade sem base orgânica, classificados atualmente como distúrbios somatoformes, e evidencia a influência da cultura médica e dos sistemas de saúde na construção do adoecimento (Jamoulle, 2015; Depallens et al., 2020).

No âmbito da Medicina de Família e Comunidade, a prevenção quaternária reafirma o papel do médico como mediador entre o conhecimento científico e as necessidades reais do paciente, promovendo uma prática clínica ética, racional e centrada na pessoa (Fuentes et al., 2016; Martins et al., 2018). Essa abordagem valoriza o uso criterioso de recursos diagnósticos e terapêuticos, reconhecendo que o excesso de intervenções pode gerar dependência, iatrogenia e perda de autonomia (Wagner, 2015; Widmer, 2015). Ao incorporar a prevenção quaternária como dimensão fundamental do cuidado, a Medicina de Família e Comunidade reafirma seu compromisso com a integralidade, a humanização e a sustentabilidade do sistema de saúde (Tesser & Norman, 2021; Andrade & Carvalho, 2023).

Prevenção Quaternária como Campo de Intervenção Ética na Medicina de Família e Comunidade

A prevenção quaternária configura-se como um campo de intervenção voltado ao controle da ansiedade, à redução de danos e à limitação de práticas médicas desnecessárias, tendo como eixo central o relacionamento entre médico e paciente (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018). Essa dimensão do cuidado envolve ações contínuas que visam proteger o indivíduo dos riscos da supermedicalização e da excessiva intervenção diagnóstica ou terapêutica (Tesser & Norman, 2021; Wagner, 2015). No contexto da Medicina de Família e Comunidade, essa abordagem assume relevância especial, pois integra o cuidado clínico com a reflexão ética sobre os limites da prática médica e sobre o impacto das decisões profissionais na experiência de saúde do paciente (Fuentes et al., 2016; Andrade & Carvalho, 2023).

A aplicação dos princípios da Medicina Baseada em Evidências (MBE) insere-se diretamente nesse campo, uma vez que orienta a tomada de decisão clínica para além das pressões do mercado e das crenças pessoais, promovendo o uso racional dos recursos e evitando condutas desnecessárias (Andrade & Carvalho, 2023; Krouss et al., 2016). A prevenção quaternária representa o espaço em que médicos e pacientes podem se perder entre a incerteza diagnóstica e a ansiedade diante da possibilidade de doença (Tesser, 2017; Widmer, 2015). Para prevenir esse cenário, é essencial que a formação médica inclua o desenvolvimento de competências voltadas ao manejo das preocupações dos pacientes, bem como ao controle das próprias inseguranças do profissional (Otte & Pou, 2024; Fuentes et al., 2016).

O aprimoramento da comunicação clínica e o fortalecimento de práticas reflexivas constituem ferramentas indispensáveis para prevenir danos e reduzir intervenções excessivas (Jamouille, 2015; Martins et al., 2018). Médicos devem ser capazes de reconhecer quando é mais apropriado não realizar um procedimento, interromper uma investigação sem fundamento ou recusar a prescrição de medicamentos sem indicação comprovada (Tesser & Norman, 2021; Wagner, 2015). A adoção de medidas de garantia da qualidade assistencial, aliada ao uso crítico das diretrizes clínicas, contribui para preservar a integridade ética e científica da atuação profissional (Andrade & Carvalho, 2023; Krouss et al., 2016).

A prevenção quaternária também se relaciona à necessidade de evitar que o paciente migre para esse campo por influência de ações mal direcionadas nos outros níveis de prevenção (Bae & Jamouille, 2016). Informações incorretas disseminadas por meios digitais, rastreamentos indiscriminados e comunicação médica inadequada são fatores que podem gerar medo, insegurança e medicalização do sofrimento (Depallens et al., 2020; Tesser, 2017). Assim, o

controle rigoroso da conduta, da linguagem e das propostas terapêuticas torna-se essencial para minimizar os riscos iatrogênicos (Wagner, 2015; Widmer, 2015).

A transição de uma concepção de prevenção centrada na linha do tempo — baseada na história natural das doenças — para um modelo fundamentado na relação interpessoal amplia a compreensão da prática médica (Martins et al., 2018; Andrade & Carvalho, 2023). Essa mudança desloca o foco do diagnóstico e da intervenção para a autocrítica profissional e para o reconhecimento dos limites éticos do cuidado (Tesser & Norman, 2021; Jamouille, 2015). Nesse sentido, o campo quaternário assume papel formativo e reflexivo, voltado tanto à proteção do paciente quanto à autorregulação do médico, reafirmando o compromisso da Medicina de Família e Comunidade com uma prática prudente, ética e centrada na pessoa (Otte & Pou, 2024; Fuentes et al., 2016).

CONCLUSÃO

A análise da literatura evidencia que a prática clínica contemporânea, especialmente no contexto da Medicina de Família e Comunidade, atravessa um período de intensa transformação, marcado pela coexistência de avanços tecnológicos, demandas sociais e dilemas éticos. O desenvolvimento científico ampliou a capacidade diagnóstica e terapêutica, mas também provocou a expansão dos limites da prática médica, conduzindo à medicalização de processos naturais da vida e à perda gradual da centralidade do cuidado. Nesse cenário, a prevenção quaternária surge como um eixo conceitual fundamental, ao propor uma reflexão ética e crítica sobre o uso prudente do conhecimento e das intervenções médicas, resgatando o princípio da não maleficência e o cuidado centrado na pessoa como fundamentos da boa prática clínica.

A revisão permitiu compreender que o modelo tradicional de prevenção, organizado de forma cronológica — primária, secundária e terciária —, embora útil na organização das ações de saúde, mostra-se insuficiente diante da complexidade do processo saúde-doença e da influência de fatores sociais, culturais e econômicos sobre o ato médico. A prevenção quaternária amplia essa visão ao introduzir uma dimensão relacional e ética, na qual o encontro entre médico e paciente é o núcleo do cuidado. Ao reconhecer os riscos da supermedicalização, ela propõe a limitação consciente de intervenções desnecessárias, o uso crítico das evidências científicas e a valorização da escuta clínica como instrumentos de proteção à autonomia e ao bem-estar do paciente.

No âmbito da Medicina de Família e Comunidade, essa abordagem assume papel essencial, pois o cuidado longitudinal, a integralidade e o vínculo terapêutico constituem condições favoráveis à aplicação dos princípios quaternários. O médico de família, ao

acompanhar o paciente ao longo do tempo, é desafiado a equilibrar ciência e prudência, avaliando continuamente quando intervir e quando abster-se de fazê-lo. A prática clínica ética, portanto, não se resume à ausência de erro técnico, mas envolve discernimento, empatia e responsabilidade moral diante das decisões que afetam a vida e a autonomia das pessoas. Dessa forma, a prevenção quaternária se consolida como um instrumento indispensável para sustentar a racionalidade terapêutica e a humanização do cuidado.

A revisão também evidencia que, embora o conceito de prevenção quaternária esteja consolidado teoricamente, sua aplicação prática ainda é limitada. A literatura aponta lacunas quanto à sua operacionalização nos serviços de saúde, à formação médica voltada ao reconhecimento dos excessos terapêuticos e ao desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar seu impacto sobre a qualidade assistencial e a segurança do paciente. A ausência de estudos empíricos robustos que explorem a prevenção quaternária em contextos reais de Atenção Primária à Saúde reforça a necessidade de pesquisas futuras que aprofundem sua implementação, seus resultados clínicos e suas implicações éticas e educacionais.

Conclui-se, portanto, que a prevenção quaternária deve ser compreendida não apenas como um quarto nível de prevenção, mas como uma filosofia ética e epistemológica que redefine o papel do médico e o sentido do ato clínico. Ela propõe uma prática baseada na prudência, na escuta ativa e na reflexão crítica sobre os limites da intervenção, reafirmando o compromisso da Medicina de Família e Comunidade com o cuidado integral, humano e sustentável. Ao integrar ciência, ética e consciência, a prevenção quaternária representa um avanço conceitual indispensável para enfrentar os desafios da medicina contemporânea e para garantir que o progresso técnico permaneça a serviço do paciente — e não o contrário.

REFERENCIAS

ANDRADE, H. S; CARVALHO, S. R. Genealogia da Prevenção Quaternária: entre o uso da Medicina Baseada em Evidências e a reformulação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 28, n. 7, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wYPgKGdc5fFVGdqj5S6TtxK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2025.

BAE, J. M; JAMOULLE, M. Primary Care Physicians' Action Plans for Responding to Results of Screening Tests Based on the Concept of Quaternary Prevention. **J Prev Med Public Health**, v. 49, n. 6, 2016. Disponível em: <https://jpmph.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmph.16.059>. Acesso em: 17 dez. 2025.

DEPALLEN, M. A. et al. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/qChZDxs9GVmJYd9Px4YFwj/?lang=en&utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 03 jan. 2026.

FUENTES, M. S. C. et al. Attitudes, perceptions and awareness concerning quaternary prevention among family doctors working in the Social Security System, Peru: a cross-sectional descriptive study. **Medwave**, v. 36, n. 3, 2016. Disponível em:

<https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6433.html>. Acesso em: 08 jan. 2026.

JAMOULLE, M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. **Int J Health Policy Manag**, v. 4, n. 2, p. 61-64, 2015. Disponível em:

https://www.ijhpm.com/article_2950_0.html. Acesso em 01 jan. 2026.

KROGSBOLL, L. T. et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 345, 2012.

Disponível em: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191>. Acesso em: 28 dez. 2025.

KROUSS, M. et al. Physician Understanding and Ability to Communicate Harms and Benefits of Common Medical Treatments. **JAMA Intern Med**, v. 176, n. 10, 2016.

Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2546153>.

Acesso em: 29 de. 2025.

MARTINS, C. et al. Quaternary prevention: reviewing the concept. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, p. 106-111, 2018. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2017.1422177>. Acesso em: 10 jan. 2026.

OTTE, J. A; POUL, M. L. Enablers and barriers to a quaternary prevention approach: a qualitative study of field experts. **BMJ Open**, v. 14, n. 3, 2024. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/14/3/e076836>. Acesso em: 29 dez. 2025.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/LCcGzDHGMPDCfwP6gf3cdg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2025.

TESSER, C. D; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e medicalização: conceitos inseparáveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 16, 2021. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e210101/?utm_source=chatgpt.com.

Acesso em: 13 jan. 2026.

WAGNER, H. Quaternary Prevention and the Challenges to Develop a Good Practice Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization".

Int J Health Policy Manag, v. 4, n. 8, 2015. Disponível em:

https://www.ijhpm.com/article_3024_616.html. Acesso em: 11 jan. 2026.

WIDMER, D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4) Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization". **Int J Health Policy Manag**, v. 4, n. 8, 2015. Disponível em:

https://www.ijhpm.com/article_3025_616.html. Acesso em: 13 dez. 2025.



ISBN: 978-65-284-0282-3