

**LEONARDO RODRIGUES VALLE SERRA E MEIRA**

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM SAÚDE MENTAL: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2014**

**LEONARDO RODRIGUES VALLE SERRA E MEIRA**

**PREVENÇÃO QUATERNÁRIA EM SAÚDE MENTAL: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Fabricio de Souza Neves**

**Professor Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2014**

Meira, Leonardo Rodrigues Valle Serra e  
Prevenção quaternária em saúde mental: uma revisão  
integrativa da literatura. / Leonardo Rodrigues Valle Serra e  
Meira – Florianópolis, 2014.  
40p.

Orientador: Walter Ferreira de Oliveira.  
Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal  
de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1.Prevenção quaternária 2.Saúde mental  
3.Promoção da doença 5.Sobrediagnóstico  
5.Sobretreatamento 6.Doença iatrogênica  
7.Medicalização  
I. Título

## DEDICATÓRIA

*A todas as vítimas de  
iatrogenia no campo  
da saúde mental*

## AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, pelo amor incondicional e apoio na superação das adversidades.*

*À minha avó Romilda pelo carinho e exemplo de dedicação integral à família.*

*Ao meu avô Parmênio (in memoriam), aos meus tios Fausto (in memoriam), Fábio (in memoriam) e especialmente a minha madrinha Magaly, por servirem como modelos exemplares na prática da medicina.*

*À minha tia Maria Esther e aos meus primos Camille, Adriano, Patrícia e Lucas, por me ensinarem o verdadeiro significado da palavra "família".*

*Ao meu irmão Rodrigo, a sua esposa Raquel e aos meus sobrinhos Enrique e Fernando, que mesmo longe, estiveram presentes ao longo de minha caminhada.*

*Aos meus tios e tias e aos meus primos e primas, Valles e Meiras, por todo o apoio e pelas alegrias e vivências compartilhadas.*

*Ao meu orientador, Walter Ferreira de Oliveira, pelo apoio, incentivo, paciência e por ter acolhido minhas ideias com abertura e discernimento.*

*Aos professores Marco Aurélio da Ros, Paulo Cesar Trevisol Bittencourt e Luiz Roberto Agea Cutolo, por serem verdadeiros mestres da medicina e da vida.*

*Aos integrantes do grupo de Produção Integrada de Resistência Antimanicomial (PIRA), pelos aprendizados, trocas de experiências e incentivo à luta por um SUS sem manicômios.*

*Aos médicos pesquisadores Juan Gervas e Peter Göttsche por me mostrarem o quão interessante e enriquecedora pode ser a pesquisa médica realizada de forma crítica e independente.*

*Aos médicos de Família e Comunidade da Prefeitura de Florianópolis, Tiago Vidal, Alexandre Fortes, Ronaldo Zonta e Paula Nascimento, pelo exemplo de atendimento resolutivo, centrado no paciente.*

*Aos companheiros de internato da TURMA C, em especial aos amigos Lovenski, Rosanghela, Rodrigo, Joaquim, Jandir, Priscila, Irai, Carlos, Nahomie e Ronaldo, pela amizade, compreensão e trocas de experiências.*

*Aos amigos do curso de medicina, João Paulo, Pedrão, Thiago (Campos), Heloíse, Sayuri, Juliana, Bernardo, Ana Bárbara, Felipe, Armando Thiago, Rai, Andrea, Janaina, Otávio, Thiago (Rosa), Liliane, Bruno, Alice, Lara, Rodrigo (Mineiro), Cherem, Telma, Rodrigo (Bicicleta), Karine, Anelise, Bruninho, Walquíria e Paulo (in memoriam), dentre tantos outros não citados, pela amizade sincera e pelo apoio sempre presente.*

*Àqueles que acreditaram em meu sonho e caminharam ao meu lado, em especial aos meus amigos Leopoldo, Ellen, Luana, Fabrício (Rabelo), Lis, Mariana, Paulinho, Marilene, João e Rosa.*

*Aos funcionários técnico-administrativos e trabalhadores da saúde de todos os espaços onde estagiei.*

*Aos pacientes, pelo muito que me ensinaram.*

*Ao povo e à Universidade Federal de Santa Catarina, por me receberem, um brasileiro, de braços abertos.*

*À espiritualidade superior que me orientou e continua a iluminar meus caminhos.*

## RESUMO

**Introdução:** Prevenção Quaternária define-se como a ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis.

**Objetivos:** Identificar, analisar e sintetizar evidências científicas disponíveis sobre a prática da Prevenção Quaternária no campo da saúde mental coletiva, objetivando, assim, a realização de uma revisão integrativa acerca desse tema e a elaboração de recomendações para profissionais de saúde.

**Métodos:** O presente estudo consistiu em uma revisão integrativa da literatura científica, realizada de acordo com os seguintes passos: definição de uma questão norteadora, busca por publicações segundo critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, análise dos dados, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

**Resultados:** A amostra final foi composta por 13 publicações, que incluíam 10 artigos originais, 1 dissertação de mestrado, 1 meta-análise e 1 carta ao editor. Dentre essas publicações, (38,4%) enquadravam-se como estudos clínicos observacionais e 6 (46,1%) como estudos teóricos.

**Discussão:** Constatou-se a carência de literatura científica acerca de Prevenção Quaternária em saúde mental, já que apenas 7,6% da amostra fez menção direta a esse tema. A maioria dos estudos (61,5%) concentrou-se no tema da medicalização em saúde mental, evidenciando a predominância de produção científica relacionada a esse campo.

**Conclusões:** Faz-se necessário a realização de mais estudos científicos acerca de Prevenção Quaternária em saúde mental. O tema da Prevenção Quaternária ainda é pouco conhecido pelos trabalhadores da saúde. Os profissionais de saúde devem questionar a medicalização de problemas humanos como se fossem transtornos mentais. O atendimento em saúde mental deve ser pautado na escuta atenta ao paciente, valorizando a subjetividade de seu sujeito. Os profissionais de saúde devem reconhecer que muitas das queixas relacionadas à saúde mental decorrem de problemas sociais e econômicos complexos. O empoderamento de pacientes portadores de transtornos mentais deve ser estimulado pelos profissionais de saúde. Tratamentos com psicofármacos devem pautar-se em Práticas Baseadas em Evidências

**Palavras-chave:** medicalização, saúde mental, psiquiatria, prevenção de doenças

## ABSTRACT

**Introduction:** Prevention Quaternary is defined as the action taken to identify a patient at risk for excessive medicalization, to protect him from new medical invasion, and to suggest ethically acceptable interventions.

**Objectives:** To identify, analyze and summarize scientific evidence available on the practice of Quaternary Prevention in collective mental health to thereby perform an integrative review about this issue and provide recommendations for health professionals.

**Methods:** This study consisted of an integrative review of scientific literature carried out according to the following steps: defining a research question, searching for publications according to inclusion and exclusion criteria, data collection, data analysis, discussion of results and presentation of the integrative review.

**Results:** The final sample consisted of 13 publications, which included 10 original articles, 1 dissertation, 1 meta-analysis and 1 letter to the editor. 38.4% of these publications was classified as observational clinical studies and 46.1% as theoretical studies.

**Discussion:** There was a lack of scientific literature on Quaternary Prevention in mental health, as only 7.6% of the sample made direct mention of the subject. Most studies (61.5%) focused on the issue of medicalization in mental health, showing the predominance of scientific production related to this field.

**Conclusions:** It is necessary to conduct more scientific studies on Quaternary prevention in mental health. The theme of Quaternary Prevention is still little known by health workers. Health professionals should question the medicalization of human problems as if they were mental disorders. The mental health care should be based on careful listening to the patient, emphasizing the subjectivity of the subject. Health professionals should recognize that many of the complaints related to mental health arise from complex social and economic problems. The empowerment of patients with mental disorders should be encouraged by health professionals. Treatment with psychotropic drugs must be based on Evidence Based Practices.

**Keywords:** medicalization, mental health, psychiatry, disease prevention

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CID	Classificação Internacional de Doenças
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIHM	National Institute of Mental Health
PBE	Práticas Baseadas em Evidência
PIO	Patient, Intervention and Outcome
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
WICC	World Organization of Family Doctors International Classification Committee
WONCA	World Organization of Family Doctors



## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO E MARCO TEÓRICO

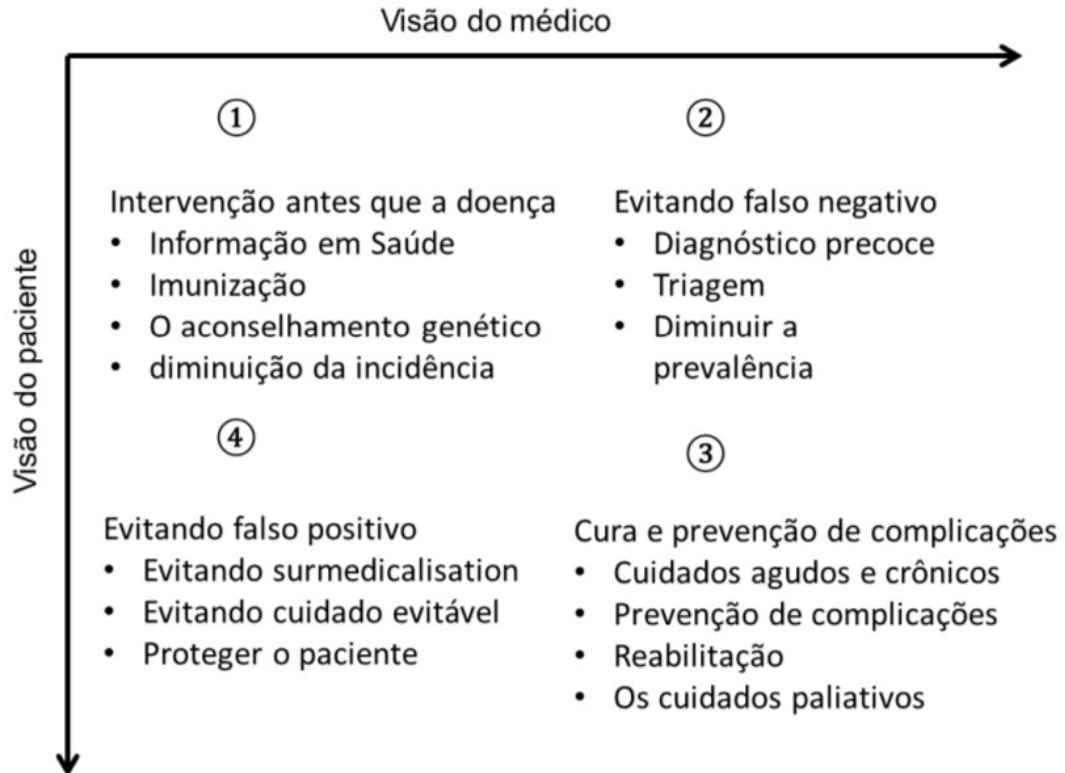
Até o início do século XX, o conceito de prevenção em saúde consistia exclusivamente em práticas voltadas à saúde pública e ao controle de doenças infectocontagiosas<sup>1</sup>. Com o passar dos anos, foi gradualmente deixando de ser uma ação exclusiva de sanitaristas para se tornar uma prática habitual de profissionais da área da saúde. Segundo uma concepção mais atual, o conceito de prevenção pode ser definido como o ato de direcionar processos de cuidado à vida de um paciente ao longo do tempo<sup>2</sup>.

Dentre os diferentes modelos de classificação para os tipos de prevenção em saúde, ressalta-se nesse estudo aquele proposto em 1986 por Marc Jamouille, pesquisador e médico de família belga, o qual introduz na literatura científica o conceito de Prevenção Quaternária<sup>2</sup>. Tal modelo mostra-se inovador ao basear sua classificação na combinação entre o ponto de vista do paciente (mal-estar ou bem-estar) e a avaliação do médico (doença ou ausência de doença) e, dessa forma, passa a significar uma ruptura em relação ao modelo classificatório antecessor, cunhado por Leavell e Clark na década de 40 do século XX, o qual se baseia unicamente na cronologia da história natural das doenças<sup>2,3</sup>.

Segundo a lógica do modelo proposto por Jamouille<sup>2</sup>, definem-se quatro níveis de prevenção, a saber:

- Prevenção Primária: prática voltada à pessoa saudável, assintomática, a qual, ao ser avaliada por um médico, não apresenta nenhuma doença ou problema de saúde, o que constitui um contexto perfeito para ações como imunizações e educação em saúde;
- Prevenção Secundária: prática que objetiva a descoberta ou detecção de doenças, preferencialmente em estágio inicial (latente), entre indivíduos que se percebem saudáveis, assintomáticos. Exemplo: exames de rastreamento do câncer ou testagem para doenças sexualmente transmissíveis;
- Prevenção Terciária: prática que objetiva minimizar as complicações futuras de uma doença já diagnosticada em um paciente sintomático, que apresenta algum tipo de mal-estar, seja por meio da instituição de tratamento, seja por meio de medidas de reabilitação do doente;
- Prevenção Quaternária: é o tipo de prevenção menos intuitivo e se dá no contexto em que um paciente saudável, não portador de doença, percebe-se doente (mal-estar) e o médico que o atende é levado a buscar um problema causal, situação na qual o

profissional pode, imprudentemente, criar um diagnóstico falso positivo, ou seja, atestar a presença de uma doença que na verdade o paciente não apresenta.



**Figura 1** – Representação gráfica do modelo proposto por Jamouille para a classificação dos níveis de prevenção em saúde. FONTE: Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013.

De uma forma mais simples, Prevenção Quaternária pode ser definida como a prevenção da medicina desnecessária ou a prevenção do excesso de medicalização, motivo pelo qual também é chamada de Prevenção da Prevenção ou Prevenção da *Iatrogenia*, termo que deriva do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no paciente pela má prática médica<sup>3,4,5</sup>. Alternativamente, pode ser entendida também como uma nova expressão para um antigo conceito: “*primum non nocere*”, do latim, “primeiro, não causar dano”, conhecido pela biomedicina atual como princípio da não-maleficência<sup>2</sup>.

No ano de 1999, em uma reunião anual do World Organization of Family Doctors International Classification Committee (WICC), o conceito de Prevenção Quaternária é recebido com aprovação e passa a constar nas publicações do dicionário da World Organization of Family Doctors (WONCA) nos seguintes termos: “Ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis”<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, a Prevenção Quaternária tornou-se um conceito amplamente reconhecido na Europa e na América do Sul e em via de reconhecimento na Ásia<sup>2</sup>. Após duas décadas de pouca divulgação, é atualmente uma ideia bem difundida entre médicos de família, graças à expansão da internet e das redes sociais eletrônicas<sup>2</sup>.

Com o objetivo de evitar a medicalização desnecessária, a prática da Prevenção Quaternária consiste em um exame minucioso contínuo de todas as intervenções que um médico toma visando o cuidado de seus pacientes, em uma espécie de controle de qualidade permanente de suas condutas, tendo sempre em mente o dano (iatrogenia) que ele pode causar, ainda que não intencionalmente<sup>2,7</sup>.

A implementação de condutas fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis e analisadas de forma crítica, o que se convencionou chamar de Medicina Baseada em Evidências (MBE), bem como a identificação do fenômeno Disease Mongering, traduzido para o português como Promoção da Doença, são estratégias indispensáveis no exercício da Prevenção Quaternária<sup>2</sup>. Outra importante prática da Prevenção Quaternária consiste na escuta atenta aos pacientes, fortalecendo a relação médico-paciente, o que é chamado por muitos de Medicina Baseada em Narrativas<sup>3</sup>.

A medicalização dos indivíduos que buscam cuidados nos serviços de saúde surge, portanto, como o problema-alvo da Prevenção Quaternária. Mais especificamente, a medicalização excessiva no campo da saúde mental é o problema central a ser abordado nesse estudo.

Na compreensão do conceito de *medicalização*, retoma-se o trabalho pioneiro de Ivan Illyich, que já na década de 70 do século XX, escreve um livro indicando que as definições das doenças estariam sendo ampliadas no intuito de aumentar a demanda por novas drogas e serviços médicos<sup>8</sup>. Em outras palavras, a margem de normalidade diminui, os diagnósticos se expandem e indicam-se mais intervenções<sup>9</sup>. O resultado desse processo de ampliação dos diagnósticos é uma redução da tolerância em relação às oscilações e variações do processo individual de saúde-doença, o que resulta em intervenções cada vez mais precoces por parte dos médicos<sup>9</sup>.

São exemplos de medicalização no mundo de hoje: os tratamentos desnecessários de eventos vitais ou adoecimentos benignos autolimitados (contusões, partos, resfriados, lutos etc.); a redefinição de um número crescente de problemas da vida humana como problemas médicos; a solicitação de exames ou a realização de tratamentos em função do medo ou da pressão advinda dos pacientes; a as intervenções em razão de insegurança por parte dos médicos, fenômeno denominado “medicina defensiva”, pouco debatido ou estudado<sup>9</sup>.

O presente estudo aborda diferentes fatores que concorrem para intensificar o processo de medicalização excessiva em saúde mental, com destaque para o fenômeno Disease Mongering, termo anglo-saxão traduzido para o português como Promoção da Doença<sup>10,11</sup>.

A definição de Promoção da Doença engloba ideias como a invenção e a fabricação de enfermidades, podendo ser entendida como a propaganda ou como a mercantilização de doenças, objetivando a ampliação de limites diagnósticos e a expansão de um mercado consumidor para aqueles que vendem e distribuem tratamentos<sup>10,11</sup>.

O exemplo mais evidente de Promoção da Doença consiste nas campanhas financiadas pela indústria farmacêutica e voltadas para uma maior conscientização acerca das enfermidades<sup>10</sup>. Em virtude dessas ações, o entendimento contemporâneo de cidadãos, jornalistas, profissionais de saúde e legisladores a respeito das doenças sofre influência direta dos departamentos de propaganda das companhias farmacêuticas e não de organizações independentes com interesse primário em saúde pública<sup>10</sup>. Como esperado, essas campanhas comumente focam seus objetivos na venda de medicamentos e não na educação relacionada à promoção de saúde ou à prevenção de doenças<sup>10</sup>.

Diferentes formas de Promoção da Doença já foram descritas na literatura, dentre as quais se destacam o incentivo à medicalização de aspectos da vida comum, a retratação de patologias brandas como se fossem doenças graves, e a conversão de fatores de risco em enfermidades<sup>10</sup>.

Com o estímulo à medicalização de processos normais da vida, e em virtude da dificuldade de se estabelecer limites claros entre saúde e doença, desconforto emocional e estresse psicossocial podem ser medicalizados com base em diagnósticos vagos, fundamentados em evidências clínicas questionáveis, a exemplo do que ocorre com a timidez (tratada como Fobia Social), com a dificuldade de aprendizado (tratada como Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade) e com a tristeza (tratada como Síndrome Depressiva)<sup>2,11</sup>.

Não por acaso, em uma ampla pesquisa envolvendo adultos aleatoriamente selecionados, promovida pelo National Institute of Mental Health (NIMH) dos EUA nos anos de 2001 a 2003, descobriu-se que 46% da população norte-americana apresentava critérios diagnósticos para ao menos um dos transtornos mentais reconhecidos pela American Psychiatric Association (APA)<sup>12</sup>.

No caso da Fobia Social, descrita pela primeira vez na literatura científica em 1966 e somente reconhecida pela American Psychiatric Association (APA) em 1980, chama a atenção o fato de que a onda crescente de diagnósticos desse transtorno só tomou impulso a partir da época em que a paroxetina, um antidepressivo, recebeu aprovação também para o tratamento

desse transtorno, o que foi sucedido por uma campanha midiática desenvolvida pela agência de propaganda Cohn Wolfe, contratada pela indústria farmacêutica, para informar aos cidadãos norte-americanos que a Fobia Social seria o terceiro diagnóstico mais comum em saúde mental, perdendo apenas para a Depressão e o Alcoolismo, e teria a paroxetina como um tratamento reconhecido e inovador<sup>11,13</sup>.

Quanto ao Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), também observa-se um aumento recente do número de diagnósticos, o que se associa a uma estratégia inovadora de Promoção da Doença por parte das companhias farmacêuticas: o direcionamento de suas campanhas informativas às escolas e aos professores, os quais, seguindo a lógica que lhes é passada, são os primeiros a detectarem o TDAH em crianças e adolescentes, seja mediante a observação direta, ou seja, por meio da aplicação de questionários específicos como a Escala de Conners<sup>11,14</sup>. Por tratarem-se de campanhas informativas cujo conteúdo apresenta conflitos de interesses e ignoram a dislexia e o autismo, condições que também prejudicam a performance educacional de crianças e adolescentes mas que não contam com nenhum tipo de tratamento farmacológico, torna-se evidente o caráter subserviente dessas ações, no sentido de conduzir os indivíduos supostamente diagnosticados com TDAH para um tratamento farmacológico<sup>14</sup>. Com o aumento da prevalência do TDAH, chegou-se ao ponto em que mais de 10% dos garotos norte-americanos com 10 anos de idade recebem estimulantes diariamente como tratamento para esse transtorno<sup>15</sup>.

Mas a campeã das epidemias na área da saúde mental dos últimos anos tem sido a Depressão, frente a qual, desde o surgimento do Prozac no início dos anos 90 do século XX, foram criados uma infinidade de fármacos antidepressivos, gerando uma grande concorrência entre as companhias farmacêuticas e levando-as a adotar uma estratégia comum, de convencimento da sociedade, a respeito da ideia de que grande parte da população encontra-se deprimida<sup>13</sup>. Graças a essa estratégia de Disease Mongering, é que hoje o termo “Depressão” tornou-se um sinônimo para infelicidade, tristeza, estresse, mal-estar ou qualquer sentimento desagradável, por mais legítimo que seja<sup>13</sup>.

No estudo das epidemias de transtornos mentais, destaca-se o trabalho do jornalista científico Robert Whitaker, pioneiro por estabelecer uma associação entre dois fenômenos crescentes das últimas décadas: o avanço da psicofarmacologia e o aumento significativo do número de diagnósticos psiquiátricos, sobretudo dos transtornos mentais graves, como a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar. Com base em dados norte-americanos, Whitaker evidencia, por exemplo, um aumento da ordem de 400% do número de atendimentos realizados na área da saúde mental, tomando como base comparativa os anos de 1955 e

2000<sup>16</sup>. Ao analisar a prevalência dos transtornos mentais graves, o autor depara-se com um aumento preocupante, da ordem de 600%, já que o número de indivíduos diagnosticados com esse tipo de transtorno salta de 3,38 para aproximadamente 20 casos em cada mil habitantes, entre os anos de 1955 e 2000, respectivamente<sup>16</sup>.

Além da estratégia de Promoção da Doença promovida sobretudo pelas companhias farmacêuticas, a busca por soluções médicas frente a problemas não patológicos ou situações banais, como se a biomedicina fosse uma ciência exata e onipotente, também tem como causas a cultura do consumismo, o baixo nível educacional da população e o crescente fenômeno da World Wide Web, por onde circulam informações sobre saúde, nem sempre neutras e geralmente enviesadas por conflitos de interesses econômicos<sup>11</sup>.

Fora a prática da Promoção da Doença, outro importante agente é responsável pelo excesso de medicalização observado nos dias de hoje: a indústria farmacêutica, considerada uma das cinco indústrias mais lucrativas e poderosas do mundo<sup>11</sup>. Na busca por maiores lucros, as companhias farmacêuticas contam com inúmeros mecanismos e variadas estratégias, dentre as quais encontram-se a utilização massiva dos meios de comunicação, a difusão de estudos científicos com grandes deficiências metodológicas por meio de seus representantes comerciais, a oferta de benefícios (presentes, jantares, viagens a congressos) aos profissionais que mais prescrevem os seus produtos, a colaboração interessada em atividades educacionais de instituições de ensino, o patrocínio de encontros de sociedades científicas, e o fomento a associações de pacientes, muitas das quais funcionam em prol dos interesses de seus apoiadores<sup>7,15</sup>.

De forma preocupante, dentre todas as especialidades médicas, os profissionais da psiquiatria figuram entre os que mais recebem apoio financeiro proveniente das companhias farmacêuticas, conforme evidenciado nos estados norte-americanos de Minnesota e Vermont, após a implementação das leis de acesso à informação pública, denominadas Sunshine Laws<sup>15</sup>.

As companhias farmacêuticas demonstram um particular interesse por contratar psiquiatras de escolas médicas de prestígio, apelidados de “key opinion leaders” ou líderes de opinião, os quais, por meio de suas atividades de ensino e pesquisa, influenciam a forma como os transtornos mentais são diagnosticados e tratados<sup>15</sup>. São esses também os principais autores dos estudos clínicos acerca das drogas psiquiátricas comercializadas por seus contratantes, bem como os maiores responsáveis pelo conteúdo publicado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA)<sup>15</sup>. Nesse sentido, torna-se problemático, sobretudo na área da psiquiatria, o controle que as companhias farmacêuticas exercem sobre a pesquisa clínica, sobre a

divulgação da informação científica, e sobre a formação dos médicos psiquiatras, agindo estrategicamente de modo a estimular a venda dos seus produtos<sup>13</sup>.

Um dos pressupostos da psiquiatria atual, quando exercida exclusivamente como neurociência aplicada, aponta que os transtornos mentais originam-se a partir de mecanismos deficitários ou processos envolvendo eventos anormais de natureza fisiológica ou psicológica dentro do indivíduo<sup>17</sup>. No início da década de 60 do século XX, com a descoberta de que as drogas psicoativas afetam os níveis de neurotransmissores do cérebro, teorizou-se que a causa dos transtornos mentais seria uma anormalidade na concentração dessas substâncias, a qual poderia ser devidamente corrigida por uma droga especificamente apropriada<sup>12</sup>. Dessa forma, após descobrir-se que a clorpromazina, classificada como antipsicótico, reduzia os níveis cerebrais de dopamina, foi postulado que psicoses como a esquizofrenia seriam causadas pelo excesso de dopamina, de modo similar ao que aconteceu anos mais tarde com certos antidepressivos que aumentavam os níveis cerebrais de serotonina, o que resultou na hipótese da Depressão causada pela escassez desse neurotransmissor<sup>16</sup>. Por fim, embora o mito do desequilíbrio químico dos transtornos mentais ainda seja uma ideia predominante na sociedade, trata-se de uma hipótese sem evidências científicas sólidas, resultante de uma estratégia das companhias farmacêuticas que busca postular uma anormalidade para se adequar a uma droga em vez de desenvolver uma droga para tratar uma anormalidade<sup>12,16</sup>.

Ao contrário das enfermidades tratadas pela maioria das especialidades da medicina, não há sinais objetivos e nem exames laboratoriais ou de imagem para confirmar o diagnóstico de transtornos mentais e, por isso, com a ausência de um limite claro entre normalidade e anormalidade no campo da saúde mental, torna-se possível a expansão ou até mesmo a criação de novos diagnósticos psiquiátricos de uma forma que, em outras especialidades como a cardiologia, seria impossível<sup>15</sup>.

Quando o DSM-III foi publicado em 1980, por exemplo, continha 265 diagnósticos, 74 diagnósticos a mais do que a sua edição anterior, o DSM-II, e tornou-se a primeira versão a ser utilizada universalmente, não apenas por psiquiatras, mas também por companhias de seguro, hospitais, tribunais, prisões, escolas, pesquisadores, agências governamentais e demais especialidades médicas<sup>15</sup>. Mesmo com o seu enorme sucesso, o DSM-III também foi alvo de críticas, a exemplo dos comentários de George Vaillant, professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Harvard, que descreviam tal publicação como “uma série ousada de escolhas baseadas em palpite, gosto, preconceito e esperança”<sup>15</sup>. Com a publicação do DSM-IV-TR, no ano de 2000, a listagem de transtornos mentais sofreu um salto ainda maior atingindo o número de 365 diagnósticos<sup>15</sup>. Além do aumento do número de diagnósticos



psiquiátricos, observa-se outro aspecto frequente ao longo das publicações do DSM: a utilização do termo “espectro” no sentido de ampliar as categorias diagnósticas, a exemplo dos “transtornos do espectro obsessivo-compulsivo”, dos “transtornos do espectro da esquizofrenia”, e do “transtorno do espectro autista”<sup>15</sup>.

Cada versão do DSM tornou-se um best-seller para a American Psychiatric Association, fazendo com que a sua publicação seja hoje uma das principais fontes de renda dessa organização<sup>15</sup>.

Finalmente, na última publicação do DSM, o DSM-5 de 2013, foram introduzidas algumas modificações na tentativa de corrigir falhas apontadas em suas publicações anteriores. A primeira alteração consistia na instituição de regras objetivando limitar potenciais conflitos de interesses econômicos por parte dos psiquiatras que compõem os grupos de trabalho responsáveis pelo conteúdo do DSM, o que tornou pública a informação de que 56% desses profissionais teriam alguma forma de interesse na indústria farmacêutica<sup>15</sup>. Além dessas novas regras, a publicação do DSM-5 passou a contar também com a publicação conjunta de outros quatro livros, denominados “sourcebooks, que trazem em seu interior uma análise lógica para algumas das considerações presentes no manual, citando referências da literatura científica, em uma clara tentativa, por parte dos seus editores, de conquistar um maior respaldo científico<sup>15</sup>.

Como descrito anteriormente, a medicalização de pacientes sintomáticos, mas não portadores de doença, favorece o aumento da prevalência de diagnósticos falsos positivos, também denominados “sobrediagnósticos”. O aumento do número de sobrediagnósticos, por sua vez, resulta no crescimento do número de tratamentos desnecessários, também descritos como “sobretamentos”.

Possivelmente em decorrência da prática de sobretamentos, observa-se na atualidade um crescimento constante e significativo da venda de psicofármacos. Nos EUA, por exemplo, o valor referente à venda de antipsicóticos e antidepressivos, somados, saltou de 500 milhões de dólares, em 1986, para 20 bilhões de dólares, em 2004, representando um aumento de 40 vezes<sup>16</sup>.

Como visto anteriormente, as companhias farmacêuticas gastam enormes quantias de dinheiro na promoção de seus medicamentos, chegando ao ponto de investirem até três vezes mais no marketing do que no desenvolvimento de novos fármacos<sup>13</sup>.

Previsivelmente, os psicofármacos figuram entre as classes de medicamentos mais vendidas em todo o mundo, a exemplo da geração de antipsicóticos atípicos que vem superando as estatinas em números de vendas<sup>12</sup>.

Mediante um resgate histórico acerca da psicofarmacologia, identifica-se que, a partir da década de 50 do século XX, os psicofármacos surgem como uma espécie de panaceia para os transtornos mentais, o que se dá em um contexto no qual os manicômios de países industrializados começam a ser fechados e os medicamentos psiquiátricos despontam como uma esperançosa ferramenta no auxílio ao processo de desinstitucionalização dos doentes mentais graves<sup>13</sup>.

A ação das companhias farmacêuticas chega a ser tão influente que até mesmo o nome de certas classes de medicamentos alteram-se conforme velhos medicamentos são aprovados para novos fins terapêuticos, a exemplo dos estabilizadores de humor, que, com exceção do carbonato de lítio, denominavam-se tão somente como antiepiléticos<sup>18</sup>.

Em decorrência da alta lucratividade proveniente das drogas psiquiátricas, os ensaios clínicos envolvendo esses tipos de medicamentos são alvos frequentes da influência exercida pela indústria farmacêutica. Nesse sentido, os grandes laboratórios adotam variadas estratégias objetivando um controle sobre os estudos clínicos envolvendo psicofármacos, a exemplo do financiamento direto de pesquisas, da omissão de resultados comercialmente desinteressantes e do delineamento de ensaios clínicos, o que envolve a determinação do tempo de duração dos estudos, a escolha dos participantes, a definição do tamanho das amostras e o registro dos efeitos adversos<sup>11,12,13</sup>. Nota-se, assim, que a investigação clínica acerca das drogas psiquiátricas se orienta, desde o seu princípio, à aprovação desses fármacos perante as agências reguladoras de medicamentos, o que subverte o caráter científico dos ensaios clínicos e, conseqüentemente, compromete a literatura médica<sup>12,13</sup>.

Ao omitirem ensaios clínicos cujos resultados vão de encontro aos seus interesses, as companhias farmacêuticas contrariam a Declaração de Helsinki, reconhecida por estabelecer princípios para a pesquisa médica envolvendo seres humanos, a qual determina que os resultados de todos os ensaios clínicos devem ser publicados, sejam eles positivos, negativos ou inconclusivos<sup>19</sup>.

Por tudo o que foi exposto, ressalta-se que psiquiatras e médicos em geral deveriam apresentar uma postura mais crítica na leitura e na interpretação de publicações envolvendo o estudo de psicofármacos, sendo capazes de reconhecer qualquer viés contido nessas literaturas<sup>11</sup>.

O excesso de confiança na psicofarmacologia como a panaceia dos transtornos mentais criou condições para uma ignorância frente aos graves efeitos adversos de alguns psicofármacos e gerou uma espécie de cegueira em relação à influência do marketing da indústria farmacêutica, que, ilusoriamente, vendeu seus medicamentos como se fossem

grandes inovações<sup>17</sup>. Parece ser pouco valorizado o fato de que as principais classes de psicofármacos (antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e estimulantes do sistema nervoso central) tem o potencial de desencadear sintomas novos e ainda mais severos em uma parcela significativa dos pacientes<sup>16</sup>. Ao contrário da ideia mais prevalente na sociedade e no meio médico, as medicações psiquiátricas na verdade geram um desequilíbrio na química cerebral e, embora possam gerar uma melhora dos sintomas a curto prazo, a sua utilização a longo prazo está relacionada com uma maior probabilidade do paciente tornar-se um doente crônico<sup>16</sup>.

No caso dos antidepressivos, é digno de nota o fato de que, em diferentes ensaios clínicos, não é evidenciada nenhuma diferença significativa entre o grupo tratado com antidepressivos e o grupo tratado com placebo, quando em vez de um placebo inerte, utiliza-se um placebo ativo, o que sugere uma eficácia quase nula por parte desses medicamentos<sup>12</sup>.

No caso dos antipsicóticos, o seu emprego parece ser ainda mais questionável, uma vez que problemas como atrofia cerebral, discinesia tardia e aumento da mortalidade, embora associados com a sua utilização a longo prazo, não são evidenciados em ensaios clínicos realizados a curto prazo e, portanto, não costumam receber a merecida atenção<sup>12,18</sup>.

Paralelamente, pode se concluir que, na atualidade, a comunidade científica carece de evidências definitivas quanto aos efeitos iatrogênicos decorrente do uso prolongado de psicofármacos, já que os estudos experimentais que analisam tais medicamentos normalmente acompanham os pacientes por um curto período de tempo<sup>20</sup>.

A prescrição de psicofármacos para usos off-label, isto é, para fins terapêuticos não aprovados oficialmente pelas agências reguladoras constitui também um problema sério<sup>15</sup>. Não por acaso, na última década, grandes companhias farmacêuticas como a AstraZeneca sofreram acusações por parte do governo norte-americano por terem promovido o uso off-label de antipsicóticos para crianças e idosos<sup>15</sup>.

Como base no que foi apresentado, o presente estudo justifica-se pela importância e atualidade do tema (Prevenção Quaternária em saúde mental), em relação ao qual observa-se uma escassez de estudos, sendo necessário, portanto, uma ampliação da literatura científica em relação a esse campo. Além disso, essa revisão se justifica também por oferecer uma possibilidade de contribuir para o aprimoramento da prática de profissionais e gestores da área de saúde, o que, a longo prazo, poderá repercutir positivamente nos indicadores de saúde e na qualidade de vida da população.

## **2 OBJETIVOS**

Identificar, analisar e sintetizar evidências científicas disponíveis sobre a prática da Prevenção Quaternária no campo da saúde mental coletiva, objetivando, assim, a realização de uma revisão integrativa acerca desse tema e a elaboração de recomendações para profissionais de saúde.

### 3 MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa, considerada a mais ampla abordagem metodológica dentre os diferentes tipos de revisões de literatura científica (revisão narrativa, revisão integrativa, revisão sistemática e meta-análise) por permitir a inclusão e o agrupamento de dados oriundos de estudos não só empíricos mas também teóricos, possibilitando, assim, uma extensa compreensão acerca do fenômeno investigado<sup>21,22</sup>.

Conforme preconizado por Souza et al<sup>21</sup> e Mendes et al.<sup>22</sup>, o presente estudo buscou atender às seis etapas recomendadas para a realização de uma revisão integrativa, a saber:

- Escolha e definição da questão norteadora;
- Busca por publicações científicas que respondam à questão norteadora, segundo critérios de inclusão e exclusão;
- Coleta de dados;
- Análise dos dados;
- Discussão dos resultados;
- Elucidação dos dados e apresentação da revisão integrativa.

A elaboração da questão norteadora baseou-se no método PIO, considerado uma estratégia da Prática Baseada em Evidências (PBE) para a formulação de perguntas de pesquisa<sup>23</sup>. Tal estratégia consiste na determinação de quais pessoas (P), intervenções (I) e desfechos/outcomes (O) serão estudados. Desse modo, levantou-se a seguinte questão:

- De quais formas a Prevenção Quaternária pode contribuir, quando praticada por profissionais da saúde, para a redução da prevalência de sobrediagnósticos e sobretratamentos em saúde mental entre os pacientes que buscam atendimento nos serviços de saúde?

A etapa de busca por publicações deu-se via internet por meio do Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de outubro a novembro de 2014. As seguintes bases de dados foram consultadas: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Inicialmente, para uma melhor delimitação dos resultados de busca, foram escolhidas as seguintes palavras-chave: *saúde mental, psiquiatria, serviços de saúde mental, transtornos mentais, prevenção quaternária, doença iatrogênica, promoção da doença, medicalização, sobrediagnóstico e sobretratamento*. Visando a ampliação dos resultados de pesquisa, as respectivas traduções inglesas e espanholas dessas palavras-chave também foram adotadas.

Em seguida, as palavras-chave foram classificadas como descritores controlados, assim chamados por constarem na lista oficial dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e descritores não-controlados:

**Quadro 1** - Descritores utilizados como termos de pesquisa

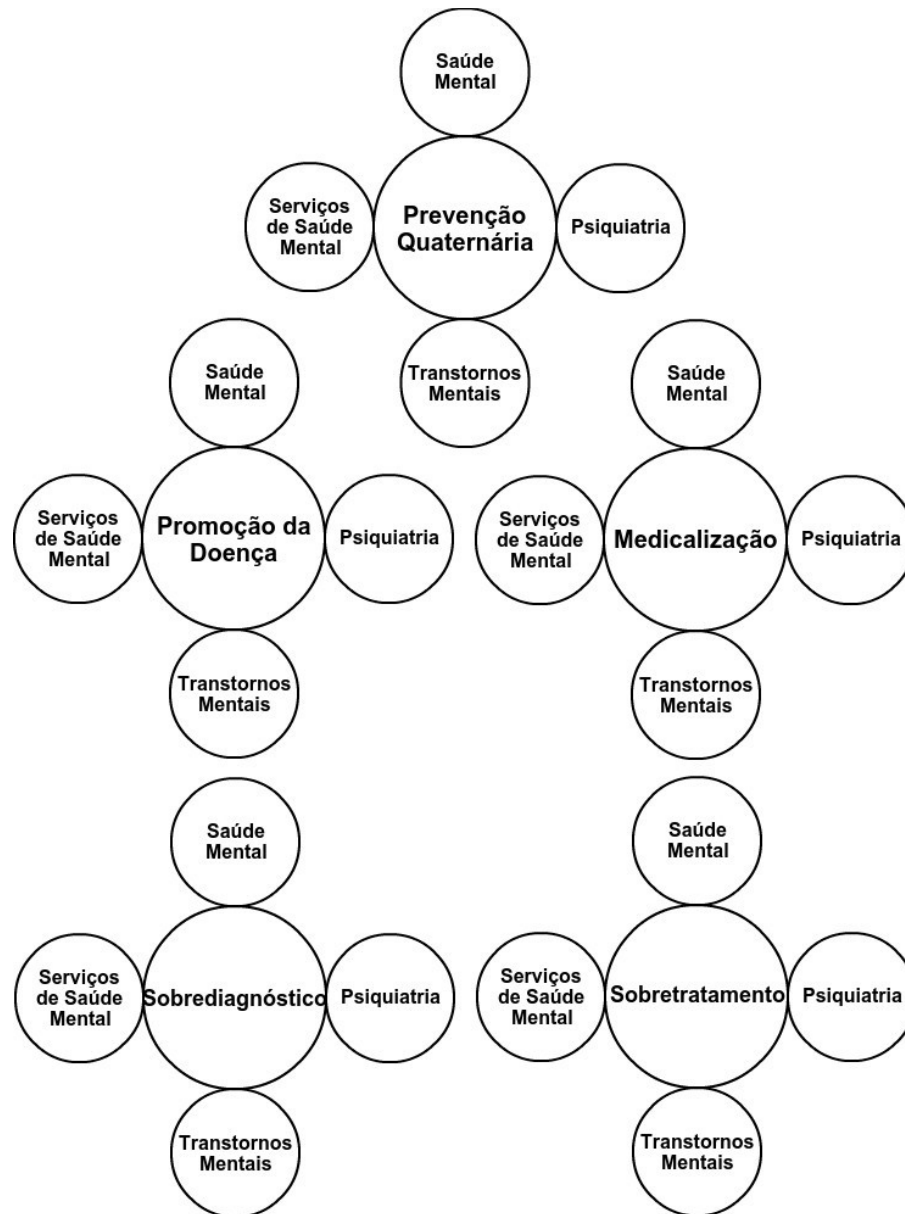
<b>Descritores Controlados</b>	<b>Descritores Não-controlados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde Mental</li> <li>• Psiquiatria</li> <li>• Serviços de Saúde Mental</li> <li>• Transtornos Mentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção Quaternária</li> <li>• Promoção da Doença</li> <li>• Medicalização*</li> <li>• Sobrediagnóstico</li> <li>• Sobretratamento</li> </ul>

\*Medicalization/Medicalização: apesar de ser um descritor controlado, foi classificado de forma contrária no intuito de facilitar a metodologia proposta.

Finalmente, realizou-se o cruzamento entre os descritores controlados e os não-controlados, o que gerou vinte combinações distintas de palavras-chave. Essas combinações foram, então, utilizadas uma a uma como termos de pesquisa na busca por publicações (ver Figura 2). Para a associação de palavras-chave, empregou-se o operador booleano “AND”.

Somente foram selecionadas as publicações que se adequaram aos seguintes critérios de inclusão:

- Disponibilidade em ao menos uma das bases de dados consultadas;
- Disponibilidade na internet;
- Disponibilidade do texto completo de forma gratuita;
- Disponibilidade do texto completo em português, espanhol ou inglês;
- Publicação nos últimos 10 anos (2005 a 2014).



**Figura 2** – Representação gráfica das vinte combinações de palavras-chave utilizadas como termos de pesquisa

Foram excluídas as publicações que não apresentavam como palavras-chave, quando anunciadas, ao menos um dos descritores controlados previamente indicados: *saúde mental*, *psiquiatria*, *serviços de saúde mental* e *transtornos mentais*. Também foram excluídas as publicações cujos títulos não eram condizentes com os termos de pesquisa utilizados.

A etapa de coleta e apreciação dos dados realizou-se mediante a organização sistemática dos resultados de pesquisa em quadros sinópticos no intuito de sintetizar e subsidiar a apreensão e a discussão dos conteúdos analisados. Nesse sentido, as seguintes informações foram extraídas das publicações incluídas nessa revisão: autoria, data de

publicação, país de origem, título, fonte, tipo de estudo, objetivo/tema e conclusões/considerações. Um código de identificação foi atribuído a cada uma das publicações no intuito de simplificar a citação das mesmas.

A classificação das publicações selecionadas quanto ao tipo de estudo, isto é, quanto ao delineamento de pesquisa baseou-se nas classificações propostas por Röhrig et al.<sup>24</sup> e Hochman et al.<sup>25</sup>.

A análise das publicações revisadas quanto à qualidade de evidência científica fundamentou-se na escala hierárquica proposta por Newhouse et al.<sup>26</sup>, apresentada a seguir:

**Quadro 2** – Escala hierárquica de força de evidência

<b>Força de Evidência</b>	
Nível I	Estudo experimental/ensaio clínico randomizado (ECR) ou meta-análise de ECR
Nível II	Estudo quasi-experimental
Nível III	Estudo não-experimental, estudo qualitativo, ou meta-síntese.
Nível IV	Opinião de especialistas reconhecidos nacionalmente baseada em evidência de pesquisa ou painel de consenso de especialistas (revisão sistemática, diretrizes de prática clínica)
Nível V	Opinião individual de especialista baseada em evidência não originada de pesquisa. (Inclui estudos de caso; revisão de literatura; experiência organizacional como quality improvement e dados financeiros; experiência clínica, ou experiência pessoal)

FONTE: Newhouse RP, Dearholt SL, Poe SS, Pugh LC, White KM. The Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines. 1st edition. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2007. 224 p.



## 4 RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente descritos, a amostra final dessa revisão integrativa foi composta por 13 publicações, que incluíam 8 artigos originais, 2 artigos especiais, 1 dissertação de mestrado, 1 meta-análise e 1 carta ao editor. O fluxograma (Figura 2) e a tabela (Tabela 1) a seguir dão mais detalhes sobre a etapa de busca e seleção das publicações que integraram o presente estudo:



**Figura 2** – Fluxograma relacionado ao processo de seleção das publicações

**Tabela 1** – Distribuição dos resultados de busca e das publicações selecionadas quanto ao descritor empregado

Descritor	Número absoluto de resultados de busca	% de resultados de busca	Número absoluto de publicações selecionadas	% de publicações selecionadas
Medicalização	232	68,4	8	61,5
Sobrediagnóstico	88	25,9	2	15,3
Sobretratamento	12	3,5	1	7,6
Promoção da Doença	4	1,1	1	7,6
Prevenção Quaternária	3	0,8	1	7,6
Total	339	100	13	100

O quadro a seguir (Quadro 3) apresenta um resumo detalhado das principais características de cada um dos títulos revisados:

**Quadro 3** - Apresentação das publicações revisadas de acordo com o código de identificação, a autoria, a data de publicação, o país de origem, o título, a fonte, o tipo de estudo e a força de evidência

Código	Autoria, Data e País	Título	Fonte	Tipo de Estudo	Força de Evidência
E1	Kamers <sup>27</sup> (2013) Brasil	A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança	LILACS	Artigo original; Teórico	V
E2	Ihara <sup>28</sup> (2012) Japão	A cold of the soul: a Japanese case of disease mongering in psychiatry.	MEDLINE	Artigo original; Teórico	V
E3	Canavêz e Herzog <sup>29</sup> (2011) Brasil	Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade	LILACS	Artigo original; Teórico	V
E4	McElveen <sup>30</sup> (2013) Inglaterra	Are we medicalising normal experience?	MEDLINE	Carta ao editor	V

**Quadro 3 – Continuação**

E5	Foreman <sup>31</sup> (2008) Inglaterra	Assessing the diagnostic accuracy of the identification of hyperkinetic disorders following the introduction of government guidelines in England	MEDLINE	Artigo original; Observacional; Acurácia diagnóstica; Quantitativo	III
E6	Caponi <sup>32</sup> (2009) Brasil	Biopolítica e medicalização dos anormais	LILACS	Artigo original; Teórico	V
E7	Sanches e Amarante <sup>33</sup> (2014) Brasil	Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental	LILACS	Artigo original; Observacional; Transversal; Qualitativo	III
E8	Sanches <sup>34</sup> (2011) Brasil	Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro	LILACS	Dissertação de mestrado; Observacional; Transversal; Qualitativo	V
E9	Bezerra et al. <sup>35</sup> (2014) Brasil	"Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária	LILACS	Artigo original; Observacional; Transversal; Qualitativo;	III
E10	Lobo e Rojo <sup>36</sup> (2011) Espanha	Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental	IBECS	Artigo original; Teórico	V
E11	Clark <sup>37</sup> (2014) Bangladesh	Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health	MEDLINE	Artigo original; Teórico	V
E12	Kowatch et al. <sup>38</sup> (2013) EUA	Prescription of psychiatric medications and polypharmacy in the LAMS cohort	MEDLINE	Artigo original; Observacional; Transversal; Quantitativo	III
E13	Ghouse et al. <sup>39</sup> (2013) EUA	Overdiagnosis of bipolar disorder: a critical analysis of the literature.	MEDLINE	Meta-análise	I

Após análise dos títulos selecionados, constatou-se que 46,1% (6) foram publicados no Brasil, 15,3% (2) nos EUA, 15,3% (2) na Inglaterra, 7,6% (1) no Japão, 7,6% (1) na Espanha e 7,6% (1) em Bangladesh.

Quanto à linguagem empregada, observou-se que 46,1% (6) dos trabalhos foram escritos em português, 46,1% (6) em inglês e 7,6% (1) em espanhol.

Com relação às fontes, verificou-se que 46,1% (6) dos títulos provinham da MEDLINE, 46,1% (6) da LILACS e 7,6% (1) da IBECs. Apenas a base CDSR não serviu como fonte para nenhuma das publicações selecionadas.

Quanto aos periódicos de origem, atentou-se que 46,1% (6) dos títulos foram publicados em periódicos da área de saúde em geral, 38,4% (5) em periódicos da área de medicina e 15,3% (2) em periódicos da área de psicologia.

No que se refere ao ano de publicação, notou-se que 30,7% (4) dos trabalhos foram publicados em 2013, 23% (3) em 2014, 23% (3) em 2011, 7,6% (1) em 2012, 7,6% (1) em 2009 e 7,6% (1) em 2008. Dentre os trabalhos selecionados, não se observaram títulos publicados em 2010, 2007, 2006 ou 2005.

No tocante aos tipos de estudo, averiguou-se que 38,4% (5) das publicações enquadravam-se como estudos observacionais, 46,1% (6) como artigos originais de cunho teórico, 7,6% (1) como meta-análise e 7,6% (1) como carta ao editor. Dentre os estudos observacionais, 100% (5) eram transversais, 60% (3) qualitativos e 40% (2) quantitativos.

No que diz respeito aos níveis de força de evidência, conforme escala hierárquica previamente descrita, 61,5% (8) das publicações foram classificadas como nível V, 15,3% (2) como nível III e apenas 7,6% (1) como nível I.

Com relação às limitações e possíveis vieses, notou-se que apenas 15,3% (2) dos títulos revisados, mais especificamente os estudos E5 e E12, apresentavam tais informações.

Dentre os estudos observacionais, observou-se que 80% (4) dos mesmos constituíram amostras compostas exclusivamente por crianças e/ou adolescentes.

Os conteúdos (objetivos/temas e conclusões/considerações) de todas as publicações incluídas nessa revisão foram sintetizados, procurando-se não fazer juízo de interpretação, e devidamente dispostos no formato de um quadro (Quadro 4), que se encontra na sessão de apêndices do presente trabalho. Ressalva-se que a determinação desses conteúdos se deu por inferência do autor da presente revisão.

## 5 DISCUSSÃO

O presente trabalho pôde constatar a carência de estudos sobre Prevenção Quaternária em saúde mental, ao averiguar que, dentre os títulos revisados, apenas um (E10) abordou diretamente esse tema. Com relação às demais publicações, duas (E13, E5) abordaram o sobrediagnóstico de transtornos mentais, uma (E12) analisou a prescrição excessiva de psicofármacos (polifarmácia), uma (E2) discutiu o fenômeno de Promoção da Doença e as demais (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E11) examinaram a medicalização em saúde mental. Com base nessas amostras e nos resultados de busca dessa revisão, verificou-se que a produção científica dos últimos 10 anos apresentou um predomínio de estudos acerca da medicalização em saúde mental em detrimento dos demais temas relacionados à prevenção quaternária. O fato de a prevenção quaternária ser um conceito relativamente novo, em via de difusão pelo mundo, como afirma Jamouille<sup>2</sup>, seria uma possível explicação para esse achado.

Ao analisar-se os periódicos nos quais os títulos revisados foram originalmente publicados, observou-se que a maioria (84,6%) procedia de jornais/editoras da área de saúde em geral ou da medicina, ao passo que uma minoria (15,3%) provinha de periódicos da área de psicologia. Constatou-se, portanto, que, nos últimos 10 anos, os pesquisadores da área médica produziram mais literatura científica acerca dos temas relacionados à prevenção quaternária, comparativamente aos da psicologia. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que, historicamente, foram os médicos e não os psicólogos os responsáveis pela criação e difusão do conceito de prevenção quaternária<sup>2,6</sup>.

Ao examinar-se a data de publicação dos títulos revisados, evidenciou-se uma tendência de aumento da frequência de publicações sobre prevenção quaternária e temas afins nos últimos 10 anos. Cerca de 46,1% (6) dos títulos incluídos nessa revisão haviam sido publicados nos últimos 2 anos (2013 e 2014). Essa tendência pode ser explicada pela crescente divulgação que a prevenção quaternária vem sofrendo na última década, conforme indica Jamouille<sup>2</sup>.

No que se refere aos tipos de estudos, averiguou-se uma predominância de estudos observacionais (46,1%) e teóricos (38,4%) na amostra selecionada. A inclusão de estudos teóricos, embora tenha contribuído para a elaboração do presente trabalho, representou também a introdução de possíveis limitações e/ou vieses no escopo dessa revisão, já que esses estudos correspondem ao nível mais baixo de evidência científica, segundo a escala de

avaliação de evidências utilizada.

Dentre os estudos classificados como observacionais, 80% (E5, E7, E8 e E12) constituíram amostras compostas exclusivamente por crianças/e ou adolescentes. Esse achado demonstra que, no tocante à produção científica acerca dos temas relacionados à prevenção quaternária, houve um predomínio de estudos envolvendo crianças e/ou adolescentes.

De forma semelhante ao marco teórico, diversas publicações (E1, E2, E4, E6, E8 e E9) discorreram acerca da medicalização de problemas humanos ou experiências normais da vida como se fossem transtornos mentais, evidenciado, portanto, uma elevada prevalência desse tópico na literatura científica relacionada à prevenção quaternária. O estudo E6, por exemplo, discutiu a Teoria da Degeneração, em voga no século XIX, apontando as relações entre essa ideologia e o desenvolvimento da cultura de medicalização dos comportamentos tidos como anormais. O estudo E9, por sua vez, indicou que o fenômeno de medicalização de experiências ou problemas humanos seria o resultado de uma construção conjunta realizada por profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

Em concordância ao referencial teórico, três estudos (E7, E8 e E9) ressaltaram a necessidade de se questionar, por meio de uma postura crítica, o modelo (a cultura) medicalizante da biomedicina em relação à saúde mental. Paralelamente, o estudo E3 ressaltou a necessidade de se questionar o papel da psicofarmacoterapia no tratamento dos transtornos mentais.

A ampliação dos limites diagnósticos de transtornos mentais, tema já abordado no marco teórico, foi discutida nos estudos E4 e E13. O estudo 13, por exemplo, ressaltou a necessidade de aperfeiçoamento da caracterização nosológica e psicopatológica do transtorno bipolar.

No que diz respeito aos tratamentos em saúde mental, diversos estudos da amostra apresentaram considerações em relação a esse assunto. Os estudos E4 e E10, por exemplo, evidenciaram que os médicos sofrem pressão para prescrever psicotrópicos. Nesse sentido, o estudo E10 defendeu que os médicos necessitam se opor à qualquer forma de pressão ao prescreverem psicofármacos. Os estudos E10 e 12, por sua vez, discorreram acerca da importância de embasar a prescrição de psicofármacos em Práticas Baseadas em Evidências (PBE). Os estudos E3 e E7 criticaram o fato de a psicofarmacoterapia ser focada na melhora de sintomas. Nesse sentido, o estudo E7 pontuou que, com o silenciamento de sintomas, muitos indivíduos perdem a oportunidade de superação dos sofrimentos por eles vividos. Também foi criticada, pelos estudos E4 e E7, a postura de médicos que prescrevem psicofármacos com a esperança de que esses medicamentos solucionem os problemas e

sofrimentos vitais de seus pacientes. Somente um (E12) dos estudos revisados abordou o tema de polifarmácia (excesso de medicamentos) em saúde mental, direcionando sua análise para crianças e adolescentes portadores de sintomas maníacos e, embora não tenha evidenciado uma prevalência elevada de polifarmácia em sua amostra (n = 698), pontua o fato de estudos prévios terem obtido resultados contrários (indicadores de sobretratamento). Esse foi o único estudo (E12) a indicar a necessidade de se acompanhar a utilização de psicofármacos por meio de pesquisas longitudinais, o que permitiria avaliar os efeitos negativos/positivos desses medicamentos a longo prazo. Todas essas considerações e críticas mostraram-se concordantes ao marco teórico.

No campo das recomendações, introduzindo uma novidade em relação ao referencial teórico, o estudo E2 sugeriu a utilização de terapias não-farmacológicas (psicoterapia e mudança de hábitos de vida) no tratamento de transtornos mentais leves. Nesse sentido, a restrição do tratamento de transtornos mentais à psicofarmacoterapia foi alvo de críticas do estudo E9.

No tocante à medicalização de sofrimentos humanos, o estudo E4 recomendou que os profissionais de saúde se esforcem para que problemas dessa natureza não sejam reconhecidos como transtornos mentais. Transpondo o referencial teórico da presente revisão, os estudos E7, E9 e E10 apontaram que queixas individuais relacionadas à saúde mental poderiam ter como fundo questões sociais complexas. Paralelamente, o estudo E11 também introduziu novidades em relação ao marco teórico, ao ressaltar a importância de determinantes sociais (distribuição de renda, desenvolvimento social, educação e equidade de gêneros) e de aspectos culturais locais para o desenvolvimento da saúde mental em escala global.

Outro tópico abordado tanto pelo referencial teórico quanto pelas publicações revisadas foi a subjetividade das queixas e sofrimentos relacionados à saúde mental. Esse tema foi tratado pelos estudos E7, E8, E9, E10 e E11, os quais emitiram recomendações orientando os profissionais de saúde a não conceberem os transtornos mentais como simples desequilíbrios orgânicos. No tocante a esse assunto, o estudo E11 criticou a abordagem individualista dominante no campo da saúde mental pelo fato de a mesma falhar em situar adequadamente os pacientes em seus contextos de vida (trabalho, família, comunidade, religião e sistema econômico), o que representou uma novidade em relação ao marco teórico. A escuta atenta ao paciente e a valorização da subjetividade do indivíduo, identificada no marco teórico como Medicina Baseada em Narrativas, também foi ressaltada pelo estudo E3 como uma estratégia compreendida pela psicanálise.

No tocante ao diagnóstico de transtornos mentais, verificou-se a introdução de ideias

novas em relação ao marco teórico. O estudo E13, por exemplo, uma meta-análise, verificou uma taxa de sobrediagnósticos do transtorno bipolar variando de 4,8 a 67% e, além disso, indicou que a acurácia diagnóstica desse transtorno será provavelmente beneficiada por pesquisas envolvendo marcadores biológicos de transtornos de humor em um futuro próximo. O estudo E5, por sua vez, recomendou a utilização de instrumentos diagnósticos padronizados e diretrizes diagnósticas governamentais como estratégias para aumentar a acurácia diagnóstica de transtornos hipercinéticos.

Algumas das publicações revisadas apresentaram recomendações diretamente voltadas para a forma de abordagem desempenhada por profissionais de saúde frente aos seus pacientes, introduzindo conceitos novos em relação ao marco teórico. Os estudos E3, E7, E8, E9 e E10, por exemplo, recomendaram a prática de empoderamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, convidando-os a desenvolver autonomia em relação aos serviços de saúde mental e a participarem ativamente das decisões relacionadas aos seus tratamentos. Os estudos E7, E8, E9 e E11, por sua vez defenderam a importância de um atendimento humanizado para os pacientes portadores de transtornos mentais. O estudo E10 foi o único a abordar e recomendar a prática da *demora permitida (whatchfull waiting)* com relação à prescrição de psicofármacos. Considerada uma estratégia da Prevenção Quaternária, a demora permitida consiste na opção pelo não-tratamento com medicamentos, quando possível, enquanto se observa o paciente ao longo do tempo. Os estudos E9 e E13 ressaltaram a necessidade de uma educação permanente em saúde mental por parte dos profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade de atendimento desses profissionais.

Dentre os títulos revisados, apenas um (E2) abordou o fenômeno de Promoção da Doença em saúde mental, evidenciando a carência de produção científica acerca desse tema. De forma semelhante ao que foi tratado no marco teórico, o estudo E2 apontou o fenômeno de Disease Mongering em relação à depressão, mas apontou também uma mudança recente do foco das companhias farmacêuticas para o transtorno bipolar.

Mais estudos sobre a prevenção quaternária (e temas afins) serão necessários no futuro a fim de obter-se um maior entendimento acerca das possíveis vantagens e desvantagens dessa prática no campo da saúde mental.



## 6 CONCLUSÕES

1. Há carência de literatura científica acerca da Prevenção Quaternária em saúde mental e, por isso, faz-se necessário a realização de mais pesquisas em relação a esse tema.

2. A prática da Prevenção Quaternária em saúde mental é um tema ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde, sobretudo pelos psicólogos.

3. Os profissionais de saúde devem questionar, por meio de uma postura crítica, a medicalização de problemas humanos como se fossem transtornos mentais.

4. O atendimento em saúde mental deve ser humanizado e pautado na escuta atenta, valorizando a subjetividade da pessoa, o que se convencionou denominar como Medicina Baseada em Narrativas.

5. Os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer que muitas das queixas relacionadas à saúde mental surgidas em seus consultórios associam-se a questões sociais complexas.

6. O empoderamento de pacientes portadores de transtornos mentais deve ser estimulado pelos profissionais de saúde.

7. O tratamento de transtornos mentais por meio de psicofármacos deve ser pautado em Práticas Baseadas em Evidências (PBE).

## REFERÊNCIAS

1. Howard-Jones N. "The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938. 5. The ninth conference: Paris, 1894". WHO Chron. 1974; 28(10): 455-470.
2. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract. 2014;36:72-77.
3. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Primary Care [Internet]. 2010;18(18):350–4.
4. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005; 23:91-6.
5. Pereira AC, Franken RA, Sprovieri SR, Golín V. Iatrogenia em cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. [serial on the Internet]. 2000 July [cited 2014 Nov 10];75(1):75-78.
6. Bentzen N, editor. Geneva: Wonca International Dictionary of General/Family Practice: Wonca International Classification Committee. 1999.
7. González CM, Galán IR, Jacob MS, de Dios JG. Quaternary prevention: Containment as an ethical necessity. An Pediatr (Barc). 2014 Jun 5.
8. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. Singapore Med J. 2007 Apr; 48 (4): 275-80.
9. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Nov 05] ; 25( 9 ): 2012-2020.
10. Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med. 2006 Apr;3(4):e191.
11. Sixto ME, González CM, Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2014 Dic 01] ; 11(43): 491-512.
12. Angell M. The epidemic of mental illness: why? New York Rev Books [internet]. 2011 jun 3; 58(11). Available from: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why>
13. Ruiz IM, Lobo AO. Industria Farmacéutica y Psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2014 Nov 08]; (86): 49-71.
14. Phillips CB. Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. PLoS Med. 2006 Apr;3(4):e182.
15. Angell M. The illusions of psychiatry. New York Rev Books [internet]. 2011 jul 14; 58(12). Available from: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/>
16. Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. Ethical Human Psychology and Psychiatry. 2005; 7(1): 23-35.
17. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. Br J Psychiatry. 2012 Dec;201(6):430-4.

18. Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Med.* 2006 Apr;3(4):e185. Epub 2006 Apr 11.
19. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-2194.
20. Farah MJ. Review of Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* [book review]. *AJOB Neuroscience.* 2012; 3(2): 1–2.
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo).* 2010; 8(1 Pt 1):102-6
22. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative Literature Review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto contexto - enferm.* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Oct 18] ; 17( 4 ): 758-764.
23. Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child.* 2005;90:837-840
24. Röhrig B, du Prel JB, Wachtlin D, Blettner M. Types of study in medical research: part 3 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int.* 2009 Apr;106(15):262-8.
25. Hochman Bernardo, Nahas Fabio Xerfan, Oliveira Filho Renato Santos de, Ferreira Lydia Masako. *Desenhos de pesquisa.* *Acta Cir. Bras.* [serial on the Internet]. 2005 [cited 2014 Nov 28] ; 20( Suppl 2 ): 2-9.
26. Newhouse RP, Dearholt SL, Poe SS, Pugh LC, White KM. *The Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines.* 1st edition. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2007. 224 p.
27. Kamers M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos clín.* 2013; 18(1): 153-165.
28. Ihara H. A cold of the soul: a Japanese case of disease mongering in psychiatry. *Int J Risk Saf Med.* 2012; 24(2): 115-20.
29. Canavêz F, Herzog R. Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade. *Tempo psicanál.* 2011 jun; 43(1): 111-129.
30. McElveen AJ. Are we medicalising normal experience? *Br J Gen Pract.* 2013 jan; 63(606): 11-2.
31. Foreman DM, Ford T. Assessing the diagnostic accuracy of the identification of hyperkinetic disorders following the introduction of government guidelines in England. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2008; 2:32.
32. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis* [serial on the Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 01] ; 19( 2 ): 529-549.
33. Sanches VN, Amarante PD. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde debate* [serial on the Internet]. 2014 Sep [cited 2014 Dec 01] ; 38( 102 ): 506-514.

34. Sanches VN. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 208 p.
35. Bezerra IC, Jorge MSB, Godim AP, Lima LR, Vasconcelos MG. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 01]; 18(48): 61-74.
36. Lobo AO, Rojo VI. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85(6): 513-523.
37. Clark J. Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health. *Glob Health Action*. 2014 May 16;7:24000
38. Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz S, Demeter C, Fristad MA, Birmaher B, et al. Prescription of psychiatric medications and polypharmacy in the LAMS cohort. *Psychiatr Serv*. 2013 oct; 64(10): 1026-34.
39. Ghose AA, Sanches M, Zunta-Soares G, Swann AC, Soares JC. Overdiagnosis of bipolar disorder: a critical analysis of the literature. *ScientificWorldJournal*. 2013 Nov 20;2013:297087.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

## APÊNDICE

**Quadro 4 – Sinopse das publicações revisadas**

<b>Código, Autoria, Data e País</b>	<b>Objetivo/Tema</b>	<b>Conclusões/Considerações</b>
E1 Kamers <sup>27</sup> (2013) Brasil	Refletir sobre a psiquiatrização do discurso e a medicalização na infância.	O discurso psiquiátrico, ao codificar o mal-estar como transtorno mental, representa uma tentativa de neutralizar a condição pulsional da criança.
E2 Ihara <sup>28</sup> (2012) Japão	Discutir Promoção da Doença no contexto japonês, com um foco particular sobre a depressão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os psiquiatras japoneses têm muito o que aprender em relação ao marketing agressivo de antidepressivos;</li> <li>- A medicalização da depressão resultou em mais malefícios do que benefícios;</li> <li>- Outros transtornos mentais podem ser alvo de Promoção da Doença por parte da indústria farmacêutica;</li> <li>- Atualmente o foco da indústria farmacêutica está mudando da depressão para o transtorno bipolar;</li> <li>- O fenômeno de Promoção da Doença pode ocorrer sempre que os interesses da indústria farmacêutica superam os supostos benefícios da psicofarmacoterapia;</li> <li>- Em casos de transtornos mentais leves, que não requerem uma farmacoterapia agressiva, deve-se propor terapias alternativas como psicoterapia e alteração de hábitos de vida.</li> </ul>
E3 Canavêz e Herzog <sup>29</sup> (2011) Brasil	Investigar categorias diagnósticas das quais a psiquiatria lança mão no intuito de compreender o estatuto do trauma neste campo, bem como a proposta clínica que almeja dar conta desta problemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao contrário da abordagem psiquiátrica, o método psicanalítico valoriza a subjetividade do paciente e centra o tratamento na palavra;</li> <li>- O método psicanalítico e o psiquiátrico comportam perspectivas distintas acerca do sintoma;</li> <li>- Na abordagem ao trauma, o método psiquiátrico prima pela remissão dos sintomas e pelo refinamento de categorias diagnósticas;</li> <li>- Os psicanalistas não devem subestimar o uso crescente de drogas psiquiátricas, questionando o lugar desses fármacos no âmbito da experiência analítica;</li> <li>- O método psicanalítico deve visar o empoderamento do paciente.</li> </ul>

<p>E4 McElveen<sup>30</sup> (2013) Inglaterra</p>	<p>Opinião em relação ao que o autor identifica como uma tendência crescente de medicalização de problemas humanos como se fossem transtornos mentais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe de fato uma pressão para que os médicos realizem diagnósticos desnecessários, ocasionando danos;</li> <li>- Observa-se uma tendência crescente de psiquiatras e médicos de família diagnosticando experiências comuns da vida como transtornos mentais;</li> <li>- Psiquiatras e médicos de família parecem acreditar que os psicofármacos seriam capazes de solucionar problemas humanos;</li> <li>- A publicação do CID-11 em 2015 será influenciada pelo DSM-5 e, conseqüentemente, os diagnósticos de transtornos mentais serão ampliados ainda mais;</li> <li>- Os médicos devem ser encorajados a reconhecer que os seus pacientes têm dificuldades na vida e que isso não significa necessariamente a presença de transtornos mentais.</li> </ul>
<p>E5 Foreman<sup>31</sup> (2008) Inglaterra</p>	<p>Avaliar a acurácia dos diagnósticos de transtornos hipercinéticos, realizados clinicamente, em serviços de atenção secundária voltados a crianças e adolescentes do Reino Unido.</p> <p style="text-align: center;">(n = 502)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparativamente, a acurácia dos diagnósticos clínicos foi similar à dos diagnósticos realizados com instrumentos padronizados, o que sugere uma boa confiabilidade em relação aos diagnósticos de transtornos hipercinéticos na atenção secundária do Reino Unido;</li> <li>- Recomenda-se o uso de diretrizes diagnósticas governamentais para a detecção de transtornos hipercinéticos como um meio de garantir maior acurácia diagnóstica;</li> <li>- A utilização de instrumentos diagnósticos padronizados deve se uma rotina das equipes de atendimento pediátrico na abordagem de transtornos hipercinéticos.</li> </ul>
<p>E6 Caponi<sup>32</sup> (2009) Brasil</p>	<p>Analisar a emergência de uma nova configuração epistemológica do saber psiquiátrico, ocorrida na segunda metade do século XX</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A psiquiatria sofreu uma ampliação de seus domínios de atuação, possibilitada pela expansão da teoria da degeneração, o que, nos dias de hoje, garante que toda e qualquer conduta seja passível de intervenção médico-psiquiátrica;</li> <li>- A psiquiatria ampliada, iniciada a partir do século XIX, da qual decorre a medicalização das condutas, sofrimentos e desvios, parece persistir até os dias de hoje.</li> </ul>

<p>E7 Sanchez e Amarante<sup>33</sup> (2014) Brasil</p>	<p>Aproximar-se de um serviço de saúde e analisar os fatores que contribuem para a medicalização infantil em saúde mental, buscando compreender como questões inerentes ao cotidiano da vida de uma criança se tornam problemas médicos</p> <p>(n = 106)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questões sociais complexas chegam até os serviços de saúde como uma simples demanda individual;</li> <li>- A prescrição de psicofármacos frente a sofrimentos inerentes da vida foi observada em alguns dos casos analisados;</li> <li>- A utilização de psicofármacos pode silenciar sintomas e, dessa forma, perturbar a superação de sofrimentos;</li> <li>- A capacidade das pessoas de administrar seus sofrimentos parece encolher frente a cultura da medicalização;</li> <li>- Espera-se que os profissionais da saúde assumam uma postura de enfrentamento perante o modelo medicalizante;</li> <li>- Os profissionais da saúde devem compreender que saúde é um fenômeno humano complexo e não um fato puramente biológico;</li> <li>- Os profissionais da saúde devem desestimular a dependência dos pacientes em relação aos serviços de saúde;</li> <li>- O atendimento em saúde deve ser humanizado e buscar o empoderamento do paciente, levando-o a ser um agente ativo no seu plano terapêutico.</li> </ul>
<p>E8 Sanchez<sup>34</sup> (2011) Brasil</p>	<p>Contribuir para a reflexão acerca do atual e complexo fenômeno da medicalização e seus desdobramentos na área da saúde pública, introduzindo uma discussão de saúde mental em uma perspectiva crítica.</p> <p>(n = 106)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversas condições inerentes ao desenvolvimento de uma criança são vistas e tratadas como doenças;</li> <li>- O leitor é convidado a conceber uma sociedade que valorize a diversidade humana;</li> <li>- Espera-se que os profissionais da saúde assumam uma postura de enfrentamento perante a cultura vigente de medicalização;</li> <li>- Os profissionais da saúde devem compreender que saúde é um fenômeno humano complexo e não um fato puramente biológico;</li> <li>- Os profissionais da saúde devem desestimular a dependência dos pacientes em relação aos serviços de saúde;</li> <li>- O atendimento em saúde deve ser humanizado e buscar o empoderamento do paciente, levando-o a ser um agente ativo no seu plano terapêutico.</li> </ul>
<p>E9 Bezerra et al.<sup>35</sup> (2014) Brasil</p>	<p>Compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares.</p> <p>(n = 22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A medicalização em saúde mental é uma prática construída socialmente por usuários, seus familiares e profissionais da saúde;</li> <li>- Apesar das transformações da Reforma Psiquiátrica, a resolubilidade do cuidado em saúde mental restringe-se à prescrição de medicamentos, inclusive por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- É necessária a superação dos modelos biomédico e manicomial, ainda inerentes às práticas de saúde mental;</li> <li>- Evidencia-se o despreparo dos profissionais da atenção primária à saúde (APS), os quais se limitam a prescrever psicofármacos ou a desresponsabilizar-se pelo usuário, referenciando-o de volta para o CAPS;</li> <li>- Indica-se as seguintes estratégias a serem alcançadas: ampliação e fortalecimento da rede de serviços de saúde mental; formação em saúde mental condizente com as necessidades dos sujeitos em adoecimento; incentivo à participação social e promoção de autonomia para usuários e seus familiares; processos de educação permanente e fortalecimento da APS;</li> <li>- A biomedicina, praticada segundo a lógica medicalizante, é apenas um paliativo frente aos problemas de saúde mental, os quais resultam de condições culturais, socioeconômicas, subjetivas;</li> <li>- Trata-se de um desafio o cuidado à saúde mental não limitado à psicofarmacoterapia, o qual só será superado mediante atos que valorizem a clínica, a ética e a intersubjetividade.</li> </ul>
<p>E10 Lobo e Rojo<sup>36</sup> (2011) Espanha</p>	<p>Revisar os malefícios causados por atividades preventivas, pelos tratamentos farmacológicos/psicoterápicos, pela iatrogenia do diagnóstico e pelo sistema de atenção à saúde mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes de prescrever um tratamento, há que se considerar os benefícios esperados e os danos possíveis;</li> <li>- É necessário livrar-se da obrigação de oferecer tratamento imediato para tudo e para todos, abraçando a incerteza;</li> <li>- Boa parte dos casos de mal-estar e problemas pequenos em saúde mental beneficiam-se muito pouco de intervenções psicoterápicas ou psicofarmacológicas, pois originam-se a partir das esferas social, trabalhista e econômica, ou ainda melhoram espontaneamente;</li> <li>- Os doentes mentais graves não podem se converter em vítimas de intervenções excessivas, desnecessárias ou inadequadas;</li> <li>- A melhor maneira de proceder na prescrição de psicofármacos consiste em informar ao paciente os riscos e benefícios, segundo evidências da PBE e não do marketing da indústria farmacêutica;</li> <li>- Recomenda-se basear o cuidado aos pacientes mentais graves de acordo com a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- É menos danoso ao paciente considerar os seus sintomas no contexto de sua história pessoal, familiar, social, educacional e trabalhista, não se atendo apenas ao fator biológico;</li> <li>- Recomenda-se, na instituição do tratamento, oferecer opções de escolha para o paciente, considerando que a aliança terapêutica é o fator mais importante para um bom prognóstico clínico;</li> <li>- Antes de indicar um tratamento, considerar a prática da demora permitida (esperar e ver) e ter em mente que o não-tratamento também é uma forma de intervenção no cuidado à saúde, sendo considerado o expoente máximo da Prevenção Quaternária;</li> </ul>
E11 Clark <sup>37</sup> (2014) Bangladesh	Discussão a respeito de saúde mental global, levando-se em conta a visão de psiquiatras transculturais e antropólogos, os quais criticam a imposição da universalidade dos conceitos biomédicos via globalização e valorizam a importância dos determinantes estruturais e sociais da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como enfatizado por antropologistas, o embate à lógica medicalizante requer a incorporação de significados locais e aspectos culturais que influenciam a saúde mental a nível global;</li> <li>- A expansão do número de pesquisas participativas na área da saúde mental global seria particularmente proveitosa;</li> <li>- A pesquisa participativa representa uma metodologia alternativa de estudo frente ao modelo analítico tradicional, mais focado em bioestatística, epidemiologia e economia da saúde;</li> <li>- O fortalecimento dos direitos humanos é essencial no ataque à pobreza e às desigualdades, considerados os cerne dos problemas da saúde mental global, não passíveis de serem solucionados pela biomedicina;</li> <li>- Ações multissetoriais são necessárias para melhorias da distribuição de renda, do desenvolvimento social, da educação e da equidade de gêneros, fatores esses relativamente ausentes na concepção atual de saúde mental global;</li> <li>- Profissionais da saúde podem utilizar a sua influência na defesa dos direitos humanos básicos para pessoas portadoras de transtornos mentais, o que requer o reconhecimento e a incorporação de redes de justiça social e intenções políticas;</li> <li>- Observa-se o surgimento de organizações médicas de cunho crítico, como a International Critical Psychiatry Network, preocupadas em problematizar o excesso de confiança nas classificações diagnósticas e na psicofarmacologia;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- É necessária uma mudança na abordagem individualista que dominou a agenda da saúde mental global até os dias de hoje, a qual falha em posicionar adequadamente os pacientes no contexto de suas vidas, trabalho, famílias, comunidades, religião e sistema econômico;</li> <li>- Os determinantes sociais, políticos e econômicos da saúde foram obscurecidos, o que talvez explique a sua ausência na agenda da saúde e nas prioridades de pesquisa;</li> </ul>
<p>E12 Kowatch et al.<sup>38</sup> (2013) EUA</p>	<p>Avaliar correlatos clínicos demográficos e preditores de polifarmácia em uma coorte composta por crianças de 6 a 12 anos de idade, portadoras de sintomas maníacos, em sua primeira visita referenciada a um ambulatório de saúde mental.</p> <p>(n = 698)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerca de 25% das crianças recebiam 2 ou mais psicotrópicos (polifarmácia);</li> <li>- Entre as crianças que recebiam 1 ou mais psicotrópicos, foi frequente a introdução de um estimulante para tratamento de TDAH;</li> <li>- 38% das crianças não recebiam tratamento com psicotrópicos, embora a maioria tivesse 1 ou mais transtornos psiquiátricos;</li> <li>- A probabilidade de polifarmácia foi 3 vezes maior entre as crianças brancas, o que provavelmente se deve a intervenções prévias mais frequentes, a uma atitude mais favorável perante o tratamento farmacológico e a diferenças de opinião em relação às causas dos transtornos mentais;</li> <li>- Esses resultados contrastam com os achados de alguns estudos baseados em largos conjuntos de dados farmacoepidemiológicos, os quais sugeriram que psicotrópicos são prescritos em excesso para crianças e adolescentes;</li> <li>- Os resultados de estudos farmacoepidemiológicos geralmente são limitados por viés de seleção e informação, além da falta de clareza em relação à confiabilidade/validade diagnóstica do grupo estudado;</li> <li>- Na amostra estudada, quando prescritos, os psicotrópicos apareceram significativamente associados a diagnósticos, funcionando de formas amplamente consistentes com práticas baseadas em evidências e com abordagens racionais de intervenção na comunidade;</li> <li>- O estudo LAMS continuará por mais 5 anos e, no futuro próximo, será possível examinar os efeitos do tratamento com drogas psiquiátricas, bem como do não-tratamento, no desfecho clínico das crianças da amostra em questão.</li> </ul>

<p>E13 Ghouse et al.<sup>39</sup> (2013) EUA</p>	<p>Analisar criticamente, com base em uma revisão da literatura, a questão do sobrediagnóstico entre pacientes bipolares no intuito de prover recomendações para otimizar o diagnóstico do transtorno bipolar.</p> <p>(n = 7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dado o atual status do transtorno bipolar como um conceito em construção, erros diagnósticos e a identificação equivocada de pacientes como portadores desse transtorno são prováveis de acontecer;</li> <li>- Melhorias na caracterização nosológica e psicopatológica do transtorno bipolar, bem como uma educação clínica voltada para a interpretação correta dos diferentes fatores associados à detecção dessa doença podem aumentar a confiabilidade desse diagnóstico;</li> <li>- A identificação de marcadores biológicos para transtornos do humor representa uma promissora área de pesquisa e provavelmente resultará em melhoras na precisão diagnóstica do transtorno bipolar.</li> </ul>
--	---	--