

Prevenção quaternária, uma tarefa do clínico geral

*Dr. Thomas Kuehle*n, clínico geral, Alemanha; *Donatella Sghedoni*, PhD, Itália; *Dr. Giorgio Visentin*, clínico geral, Itália; *Dr. Juan Gérv*as, PhD, clínico geral, Espanha; *Dr. Marc Jamoull*e, MPH, clínico geral, Bélgica

Responsável pela tradução para o português: Gustavo Gusso

Autor correspondente: Thomas Kuehlen M.D.; University Hospital Heidelberg, Dept. of General

Practice and Health Services Research; Vossstr.2, Geb.37, D-69115 Heidelberg, Germany.

Phone: +49 (0)6221 56 4818; Fax: +49 (0)6221 56 1972; E-mail: [\[heidelberg.de\]\(http://heidelberg.de\)](mailto:thomas.kuehlen@med.uni-</p></div><div data-bbox=)

Quaternary prevention – an (increasingly) important theme in family medicine

“Prevention is better than cure”. This principle is undisputed. New knowledge points to the fact that prevention can also do harm. Under the concept “quaternary prevention” efforts are currently focused on finding the right measure of preventive care, true to the old medical tenet “primum non nocere”.

The Editors of PrimaryCare have pleasure in joining this trailblazing new discussion via the article of Thomas Kuehlen et al., which in its present form is based on Marc Jamoulle’s workshop “About quaternary prevention” at the European Wonca Congress 2009 in Basel. We publish it unabridged.

The contribution appeared in several languages, and can be found in English, Spanish, Italian, Portuguese and Croatian at www.primary-care.ch.

For further information on quaternary care please consult the website http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm.

Resumo

A prevenção quaternária é a prevenção da medicação desnecessária ou prevenção da hipermedicalização. O princípio de “primum non nocere” é central a toda a medicina. A tarefa de evitar intervenções médicas em excesso é particularmente obrigatória no campo da clínica geral. Este é um relato de um workshop sobre este tópico realizado na 15th Wonca Europe Conference em Basel em setembro de 2009. Em um mundo de crescentes obsessões com questões de saúde e crescentes possibilidades de se “fazer algo”, é necessário que alguém aconselhe sobre quão apropriados são os procedimentos médicos. Principalmente em nome da prevenção, houve uma explosão de novos rótulos de doenças e medidas de cuidados com a saúde que justificam repensar os objetivos e a filosofia subjacente ao atendimento primário. Especialmente em uma área com alto grau de incerteza e baixa prevalência de doenças graves, a coisa mais difícil para o médico é a decisão de não prosseguir com certas ações para proteger seus pacientes de intervenções desnecessárias. Esta decisão pode ser baseada firmemente em probabilidades surgidas em estudos clínicos por um lado e

histórias de vida e valores individuais de nossos pacientes por outro. Nossa proposta é fazer da prevenção quaternária mais explicitamente uma tarefa do clínico geral.

Palavras-chave: prevenção quaternária, clínica geral, hipermedicalização

T.M. homem de 62 anos e até o momento saudável, faz uma visita ao seu clínico geral. Numa revista distribuída pela farmácia local, ele ficou sabendo do crescente número de homens na sua idade diagnosticados com câncer de próstata. Ele pede por exames para câncer de próstata com testagem de PSA. Como o teste não é coberto por seu plano de saúde, ele está disposto a aceitar que terá que pagar por isso à parte. Ele não apresenta qualquer problema de micção ou de saúde sexual. Não há histórico de câncer de próstata em sua família. Ele diz: “Sabe, eu sempre tive boa saúde. Mas sinto que estou chegando numa certa idade agora e minha mulher disse que eu devia começar a fazer algo para continuar saudável”.

Qual deveria ser o conselho do médico?

O workshop em Basel

Este é um relato sobre um workshop realizado durante a 15th Wonca Europe Conference em setembro de 2009 em Basel (Suíça). O título do *workshop* era “Prevenção Quaternária” (P4). Para deixar claro desde o início, P4 é a prevenção da hipermedicalização ou a prevenção da medicação desnecessária. Um dos princípios fundamentais da medicina é “primum non nocere”. O objetivo, portanto, é detectar pacientes sob risco de se submeterem a procedimentos médicos em excesso, que provavelmente lhes farão mais mal do que bem, e lhes oferecer alternativas aceitáveis.

Workshops são locais em que não apenas coisas e ideias são apresentadas, mas também mais desenvolvidas pelas opiniões dos participantes. Houve três apresentações sobre este assunto, seguidas por uma vívida discussão. Neste artigo usamos as opiniões dos participantes para desenvolver ainda mais nossa ideias em relação à P4.

Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária – a enfermidade do paciente e a doença do médico

Os níveis de prevenção foram definidos e usados de formas diferentes [1]. Mesmo o termo prevenção quaternária vem sendo usado de maneiras diferentes [2]. Como clínicos gerais, nós aqui

nos referimos ao conceito de prevenção quaternária como publicado pela primeira vez por um dos autores, Marc Jamouille (MJ), em 1986 [3]. Em 1999 ele foi aceito como um conceito pelo Comitê de Classificação Internacional da Wonca e publicado em 2003 no Dicionário Wonca de Clínica Geral/Medicina de Família [4].

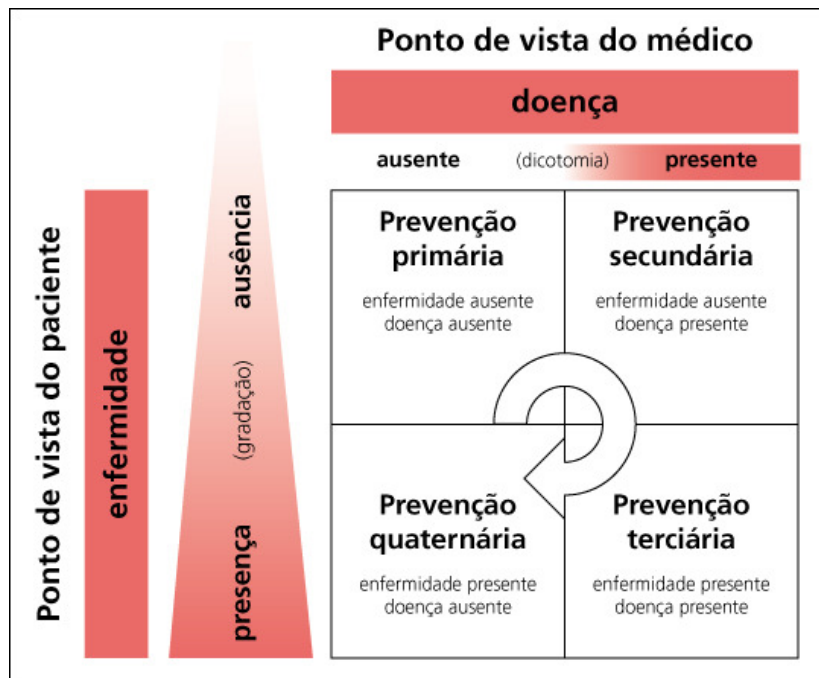
Leavell e Clark em 1958 definiram os diferentes níveis de prevenção primária e secundária como medidas de saúde antes e depois da doença vir a existir. A prevenção secundária ficou restrita aos primeiros estágios da doença, por exemplo, detectados por testagem. A prevenção terciária passou a ser relacionada a evitar complicações de doenças já clinicamente manifestadas e usada para medidas de reabilitação [5]. Estas e outras visões semelhantes sempre foram movidas por abordagens dos cuidados com a saúde centradas no médico.

O conceito de MJ introduz uma nova estratégia, combinando as visões do paciente e do médico e elaborando um conceito de prevenção baseado nesta relação. Sua nova forma de lidar com o conceito de prevenção é quebrar com a antiga forma cronológica. Ele agora pode ser visto como o cruzamento entre a mente do paciente (enfermidade ou bem estar) versus a avaliação do médico (com doença ou sem doença). Ao usar os termos enfermidade e doença, nos referimos aqui a Arthur Kleinman e seu famoso livro 'The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition' (As Narrativas da Enfermidade – Sofrimento, Cura e a Condição Humana) [6]. Para Kleinman enfermidade é definida como “as principais dificuldades que os sintomas e a incapacidade criam em nossas vidas” enquanto doença, em contraste, é “o que o clínico cria na reformulação da enfermidade em termos de teorias de distúrbios. A doença é o que os clínicos foram treinados a ver através das lentes teóricas de sua forma de prática em particular. Isto é, o clínico reconfigura os problemas da enfermidade do paciente e de sua família como uma questão técnica estreita”.

A sensação de estar enfermo não necessariamente corresponde ao julgamento do médico de que há uma doença presente. Por outro lado, há mais e mais rótulos de doenças ligados a pacientes que se sentem perfeitamente bem. De fato, as chamadas “condições crônicas” mais comuns tais como hipertensão, diabetes, osteoporose e muitas outras são doenças sem enfermidade. Como Charles Rosenberg uma vez disse “a medicina contemporânea e a burocracia interpretaram entidades de doença como atores socialmente reais através de testes de laboratório, limiares definidores de patologias, fatores de risco estatisticamente derivados, e outros artefatos do empreendimento biomédico aparentemente de valor incalculável.” [7]

A Figura 1 oferece uma idéia do que se trata esta nova abordagem de classificação de prevenção.

Figura 1: o modelo de tabela 2 x 2 das diferentes formas de prevenção no modelo relacional



Como um maior desenvolvimento da tabela original (http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm), nós aqui colocamos doença dentro da dicotomia e a exclusividade mútua de ausente e presente. A enfermidade, em contraste, tem uma continuidade entre ausência e presença.

As prevenções primária, secundária e terciária são tarefas bem conhecidas do médico.

Na prevenção primária não há nem enfermidade, nem doença. Estritamente falando, o paciente não é um paciente. As medidas de prevenção seriam falar sobre um estilo de vida saudável e fazer vacinações, por exemplo.

Na prevenção secundária há condições presentes na forma de rótulos dados de doenças. A maioria deles serão fatores de risco e, dessa forma, é discutível se eles deveriam ser entidades de doença por si só. Outro exemplo seriam estágios iniciais de doenças detectados por testagem como por exemplo câncer de próstata. O agora chamado paciente se sente perfeitamente bem, exceto por se sentir ameaçado pelo conhecimento de uma doença. Rótulos de doença como hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia ou osteoporose são definidos por cortes arbitrários num contínuo de leituras de medições. O objetivo da prevenção secundária é reduzir o risco de certos estágios finais destas condições como, por exemplo, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral

ou fraturas. Logo, estritamente falando, o tratamento da hipertensão, por exemplo, é prevenção e não terapêutico, já que não há enfermidade presente. O conceito de fatores de risco é bastante novo, mas vem ganhando ampla popularidade em relativamente pouco tempo [8]. A maioria dos pacientes com fatores de risco na verdade nunca desenvolverão as complicações para as quais estão em risco. Apesar disso, muitos irão dizer que estes pacientes têm doenças crônicas ou, se tiverem mais de uma delas, são até multimórbidos. Não deveríamos assustar nossos pacientes fazendo-os crer que a vida por si só é um fator de risco para a morte, quando ela é de fato uma predisposição para a morte (Fig. 2).

Fig. 2: Ajudando o paciente a lidar com a incerteza?



Ajudando o paciente a lidar com a incerteza?

Muito foi aprendido sobre a importância de os fatores de risco serem relativos. Um exemplo é o de que não devemos tratar a hipercolesterolemia como uma medida de prevenção secundária em si se o risco geral para complicações cardiovasculares for baixo. Por outro lado, podemos tentar proteger um paciente com leituras de colesterol relativamente baixas através da prescrição de uma estatina se seu risco geral é alto. Outra forma de prevenção secundária seriam casos de estágios iniciais de doenças

detectadas por testes. A maioria dos homens com mais de 80 anos terão câncer de próstata [9], porém, apenas alguns deles morrerão disso [10].

A prevenção terciária é o único ponto em que a enfermidade e a doença coincidem. Um exemplo seria o de um paciente que teve um infarto do miocárdio. Estes pacientes não apenas possuem fatores de risco para infarto do miocárdio, mas por qualquer razão, chegaram de fato a desenvolver um. Eles têm o maior risco de sofrer um segundo infarto no futuro. Isto nós claramente deveríamos tentar evitar com todas as medidas que temos, contanto que façam sentido de acordo com as circunstâncias de vida e vontade do paciente.

Na prevenção quaternária temos o problema da enfermidade sem doença. Enquanto o paciente vive sua enfermidade que acaba com um rótulo de doença, médicos, como discutido anteriormente, rotulariam a maior parte dessas enfermidades como MUS (*medically unexplained symptoms* ou sintomas não explicados medicamente) [11]. Muitos termos e conceitos subjacentes foram usados para essas enfermidades na história médica [12]. Um é doença psicossomática. Embora contenha a palavra somática, este conceito vê a causa claramente do lado psíquico, enquanto o efeito é ou pode ser sentido apenas corporalmente. Por outro lado há esforços para se construir cada vez mais rótulos de doenças somáticas como fibromialgia, pois seriam altamente bem vindos pela maioria dos pacientes por se sentirem aliviados da culpa percebida por uma doença psiquiátrica. Todos esses sintomas e enfermidades abrem amplamente as portas para intermináveis procedimentos de diagnóstico. A maioria deles terá resultados normais e muitos limítrofes ou falsos positivos. As consequências são mais testes laboratoriais intermináveis e prescrições de terapias jamais provadas com efeitos colaterais bastante conhecidos. O problema é também que, como mostrado na Figura 1, há um contínuo entre saúde e enfermidade em contraste com uma dicotomia entre não ter uma doença e ter uma doença. A maioria das pessoas de fato têm sintomas em algum ponto do tempo [13]. A maioria não se consultará com um médico apesar disso. Mas elas podem ser convencidas a fazê-lo. Podemos chamar esses pacientes de “preocupados e bem” (*worried well*). Na verdade, a mídia, a indústria farmacêutica, os políticos e as profissões da área da saúde, numa mistura estranha de melhores intenções e lucro econômico, têm o potencial de criar dúvidas e preocupações até nas pessoas mais saudáveis [14,15]. Como um dos autores, Juan Gérvas (JG) disse uma vez em uma apresentação: “Vou provar que todos vocês estão mortos”. Em seguida ele nos contou sobre uma nova diretriz para insuficiência cardíaca [16]. Ela define quatro estágios de insuficiência

cardíaca. O estágio A é para pessoas sem doença estrutural do coração ou sintomas de insuficiência cardíaca, mas que estão “em risco” de tê-los. No fim de sua apresentação sobre insuficiência cardíaca ele voltou a sua afirmação do início: “Agora vocês podem ver que estão todos mortos – mas por sorte apenas no estágio A!” Há muito de verdade nesta piada. O estágio B da insuficiência cardíaca é para pessoas com doença estrutural do coração, mas sem sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca. As pessoas rotuladas como tendo insuficiência cardíaca de estágios A e B são realmente pacientes? É realmente a preocupação com nossos pacientes que nos move? Ou é o aumento cínico e artificial de um estreito espectro de pacientes por médicos mais e mais especializados que, pela superespecialização, têm menos e menos pacientes? Ou é a atividade aparentemente livre de julgamento moral das empresas farmacêuticas em busca de novos consumidores para seus produtos? Provavelmente não é nem só isto, nem só aquilo. É um perigo que todos nós corremos. As consequências deste perigo serão sentidas principalmente por nossos pacientes ou pelas pessoas que nós mais ou menos intencionalmente transformamos em nossos pacientes. Isto é o que deveríamos ter em mente a cada ação que tomamos. E é por isso que pensamos que é importante ter um nome para esta tarefa: prevenção quaternária.

Uma reação de nossos pacientes, seguida por muitos de nossos colegas da clínica geral, diante do assustador caráter técnico da medicina moderna, é o recuo romântico às chamadas formas alternativas ou complementares de medicina. Acreditamos que não há alternativa à boa medicina, fundada em ciência robusta o máximo possível por um lado e na respeitosa compreensão dos medos e desejos de nossos pacientes por outro lado. Se à medicina moderna falta empatia e compreensão humana para além das coisas mensuráveis e tecnicamente gerenciáveis, isto é um déficit. Se há um déficit, devemos chamá-lo dessa forma e não tentar acrescentar o que está faltando como uma aparente alternativa ou complemento.

Como promover a prevenção quaternária

O que então podemos fazer para promover a prevenção quaternária? Na discussão do workshop houve um colega que argumentou que pouco pode ser feito por um único clínico geral diante do poder esmagador de tantos exploradores do contrário. Mas nós não estamos sós. A UEMO, a representação profissional de clínicos gerais/ médicos de família na Europa apóia a idéia da P4 [17]. Acreditamos que há muito que possa ser feito. O primeiro seria promover ainda mais o conceito de prevenção quaternária e dessa forma mantê-la em nossas mentes como uma de nossas tarefas

genuínas e discuti-la com os colegas. Acreditamos que a prevenção quaternária é tão inerente ao mundo de um generalista que a maioria de nós já a pratica de uma forma ou de outra, sem explicitamente chamá-la assim. Para prosseguirmos com o conceito vivo na prática precisaremos de armas fortes em uma mão e aliados na outra. A coisa mais difícil para médicos e seus pacientes é a decisão de não prosseguir com mais diagnósticos e terapias [18]. A mente humana parece ser mais aberta à ação, mesmo que esta se torne inútil ou até nociva, do que à não-ação ou a uma abordagem de 'esperar para ver'. Isto nos leva a absurdos como mulheres que continuam a fazer exames de Papanicolau em 69% dos casos depois de fazerem histerectomia completa não relacionada a câncer nos EUA [19]. Neste e outros exemplos parece ser relativamente fácil se convencer da prevenção quaternária. Mas o que pode ser feito em tantas outras condições com limites flutuantes e uma enorme sobreposição de benefícios e prejuízos? Um benefício significativo no nível populacional não se traduz automaticamente em um benefício significativo no nível do paciente individual. Isto provavelmente é verdade em vários casos de prevenção secundária. Geoffrey Rose distinguiu de forma clara as causas de incidências populacionais e as causas de casos individuais em seu famoso artigo sobre indivíduos doentes e populações doentes [20]. A medicina preventiva foi prontamente mal-compreendida por tantos como para aplicar estratégias de alto risco para pacientes individuais em partes cada vez maiores da população total [21].

Um dos fatores de risco mais fortes para várias doenças e para o ainda inevitável desfecho que representa a morte é a idade. Porém, não há um limite claro de quando é fútil tentar evitar uma doença e quando a probabilidade de morrer por tantas outras doenças fortemente ligadas à idade se torna extremamente alta. Poucas pessoas ainda discutiriam a utilidade de estatinas para um paciente com demência grave e uma úlcera de decúbito de alto grau. A polifarmácia e, através deste conceito, a segurança do paciente é uma grande preocupação no cuidado com os idosos. A questão de qual medicação preventiva pode ser interrompida e quando tomar esta atitude é claramente tarefa do clínico geral em conjunto com o paciente ou talvez seus parentes. A prevenção quaternária, portanto, também pode ser a prevenção da prevenção desnecessária.

Um dos métodos mais fortes para avaliar processos médicos desnecessários é a Medicina Baseada em Evidência (EBM) no sentido em que foi originalmente desenvolvida por David Sackett e colegas [22]. O conhecimento das probabilidades do tamanho dos efeitos benéficos e nocivos a partir de estudos clínicos pode nos orientar com confiança sobre a possibilidade de deixar de lado muitos diagnósticos e medicamentos com a concordância de nossos pacientes. Se continuarmos presos à

dicotomia do “funciona/ não funciona”, não seremos capazes de abandonar uma determinada medicação.

Mas não se trata apenas de terapia. Chris del Mar e colegas da Austrália mencionaram num livro altamente recomendável sobre o pensamento clínico [23] uma síndrome nova e perigosa chamada VOMIT (vômito, em inglês). VOMIT é um acrônimo para “Victim Of Modern Imaging Technology” (Vítima da Moderna Tecnologia de Imagens). É muito mais fácil recomendar um exame laboratorial inútil qualquer “por razões de segurança” do que descartá-lo. A dificuldade está na possibilidade de errar ao aparentemente descartar qualquer doença como a causa da enfermidade do paciente. E como dizer ao paciente que nós não encontramos nada que explique o que ele ou ela sente e como consequência não sermos capazes de ajudar? É importante não deixar o paciente sozinho com sua enfermidade apenas porque não temos um rótulo de doença para seu problema. Os valores preditivos positivos dos resultados de exames laboratoriais nas áreas de trabalho de baixa prevalência para a maioria das doenças graves são consideravelmente baixos, ainda que suas sensibilidades sejam altas [24]. Se tivéssemos sido ensinados mais a respeito das consequências do teorema de Bayes para a validade de resultados positivos de exames em nosso cenário, provavelmente seríamos mais restritivos ao pedir exames em muitos casos. O problema é que nossos professores extremamente especializados não sabiam sobre isso. Conhecimento, e não desconfiança, é o melhor meio para a prevenção quaternária.

Outro aspecto da prevenção quaternária é a pessoa ou a história de vida do paciente individual diante de nós. Muitos processos médicos não farão qualquer sentido ou são até absurdos diante das circunstâncias de vida de alguns de nossos pacientes. Esta abordagem foi chamada “Medicina Baseada na Narrativa” [25]. Ela automaticamente leva aos meios mais fortes que temos para efetuar a prevenção quaternária: a comunicação e a confiança de nossos pacientes, que nós esperançosamente obtivemos ao longo de um grande espaço de tempo.

Mas antes que tentemos convencer os outros da importância da prevenção quaternária, podemos começar com ela facilmente em nossas próprias práticas. Podemos começar, por exemplo, pedindo menos exames laboratoriais inúteis ao fazer *check-ups*, menos raios-X em casos não-complicados de dor nas costas ou menos prescrições de antibióticos em casos de bronquite aguda ou rinosinusite, em que eles claramente apresentam pouco ou nenhum benefício. Há evidência suficiente e diretrizes suficientes para nos proteger de processos por má-prática nos casos raros de complicações. A aparente ou por vezes real ameaça de processos por má-prática é um dos

principais motores dos procedimentos médicos inúteis. Esperamos que nossos juízes “sejam mais gentis com [nossos] pecados pela empreitada do que com [nossos] pecados por omissão” [26]. Não faz sentido tratar vários pacientes com medicamentos potencialmente nocivos “por questão de segurança” para possivelmente evitar complicações raras de muito poucos. Diretrizes de nossos próprios colegas de clínica geral são vistas principalmente como prescritivas e por isso rejeitadas [27]. Elas não devem ser vistas como um proibitivo “você não pode”, mas podem ser vistas como um protetor “você não precisa”.

Um paciente pedindo um teste de PSA

Voltemos a nosso paciente do começo. O que diremos a ele? Podemos dizer a ele que é verdade que há mais e mais pessoas na sua idade diagnosticadas com câncer de próstata, mas que essa é apenas uma consequência lógica de uma atividade maior de testes. A taxa de mortalidade por câncer de próstata vem decaindo em vários países com ou sem testagem [28]. Podemos dizer a ele que recentemente dois grandes estudos foram publicados, dos quais um não mostrou nenhum efeito [29] e o outro mostrou um efeito mínimo [30] do teste para câncer de próstata na mortalidade. Podemos dar ao paciente os endereços de alguns sites que ofereçam informações confiáveis sobre o tópico ou um folheto informativo. Como médicos do sexo masculino, poderíamos dizer a ele o que decidiríamos para nós mesmos. Devemos sempre ser francos e abertos à possibilidade de que o paciente quer que a testagem seja realizada independente de nossas objeções quanto a isso. A P4 pode ser obtida apenas com a concordância de nossos pacientes e nunca contra eles. O paciente geralmente será nosso maior aliado na P4 se ele ou ela vê que não estamos argumentando por interesse pessoal ou ideologia. O objetivo não deve ser uma cruzada contra a tecnologia e o progresso médico, mas uma ajuda razoável quanto à adequação dos procedimentos médicos.

Conclusão:

A prevenção quaternária é a prevenção de intervenções médicas desnecessárias e dessa forma uma pedra fundamental da medicina (*primum non nocere*). O meio mais forte de alcançar isso é ouvir melhor nossos pacientes. Isto é o que foi chamado de Medicina Baseada na Narrativa, que significa adaptar o medicalmente possível ao individualmente necessário e desejado. O que precisamos é de uma relação forte e sustentável com nossos pacientes e sua confiança em nossa honestidade e conhecimento específico. O outro meio importante é o que chamamos de Medicina Baseada em

Evidências. O conhecimento dos valores prováveis preditivos de exames de diagnóstico e as probabilidades do tamanho dos efeitos benéficos e nocivos da terapia e medidas preventivas nos dão a oportunidade de deixar de lado muitos procedimentos inúteis. Acreditamos que a prevenção quaternária é uma tarefa genuína do clínico geral. Ela deveria ser mais abertamente discutida. Deveria haver mais pesquisas e ensino deste tópico.

Para mais informações sobre prevenção quaternária sugerimos o website http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm

Referências

1. Froom P, Benbassat J. Inconsistencies in the classification of preventive interventions. *Preventive Medicine* 2000;31:153-58
2. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-83
3. Jamouille M. [Computer and Computerisation in General Practice] *Information et Informatisation en Médecine Générale* in: *Les Informa-g-iciens.*: Presses Universitaires de Namur; 1986:193-209
4. Bentzen N (Ed.). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, Copenhagen 2003
5. Cited after Cohen L, Chavez V, Chehimi S. *Prevention is Primary: Strategies for Community Well Being*. John Wiley and Sons, San Francisco 2007
6. Kleinman A. *The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York 1988
7. Rosenberg CE. *The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience*. *The Milbank Quarterly* 2002;80:237-60
8. Aronowitz R. *Making Sense of Illness – Science Society and Disease*. Cambridge University Press, Cambridge 1998

9. Soos G, Tsakiris I, Szanto J, Turzo C, Haas PG, Dezso BE. The prevalence of prostate carcinoma and its precursor in Hungary: an autopsy study. *Eur Urol*. 2005 Nov;48(5):739-44
10. Damber JE, Aus G. Prostate cancer. *Lancet* 2008;371:1710-21
11. Rosendal M, Olesen F, Fink P. management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005;330:4-5
12. Shorter E. From Paralysis to Fatigue – A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. The Free Press, New York 1992
13. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited *N Engl J Med* 2001;344:2021-25
14. Thaler RH. Gauging the Odds (and the Costs) in Health Screening. *The New York Times*. December 19, 2009 <http://www.nytimes.com/2009/12/20/business/20view.html>
15. Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PloS Medicine* 2006;3:448-53
16. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult – summary article. *Circulation* 2005;112:1825-52
17. UEMO, European Union of General Practitioners / Family Physicians, Santiago LM. Quaternary prevention. Document 2008/040, October 2008. Accessed at 12. January 2010 at http://www.uemo.org/members/official_documents/dwds08_2.htm
18. Siebolds M. Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 2003; 97: 257-62
19. Sirovich BE, Welch G. Cervical Cancer Screening among Women without a Cervix. *JAMA* 2004; 291: 2990-93
20. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-38
21. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008;372:1997-99
22. Sackett DL, Haynes BR, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. 2nd Ed, Little, Brown and Company, Boston 1991
23. Del Mar C, Doust J, Glasziou P, Clinical Thinking - Evidence, Communication and Decision Making. Blackwell Publishing Ltd, Carlton 2006

24. Schneider A, Dinant G-J, Szecsenyi J. Stepwise diagnostic work-up in general practice as a consequence of the Bayesian reasoning. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 2006; 100: 121-27
25. Greenhalgh T, Hurwitz B (ed.). *Narrative based Medicine – Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books London 1998
26. Payer L, *Culture and Medicine*. Holt Paperback, New York 1996
27. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GP's attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice* 2007; 57: 971-78
28. Oliver SE, Gunnell D, Donovan JL. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. *Lancet* 2000;355:1788-9
29. Andriole GL, Grubb III GL, Buys SS et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial, *N Engl J Med* 2009; 360:1310-19
30. Schroeder FH, Hugosson J, Robol MJ et al. Screening and Prostate-Cancer mortality in a Randomized European Study *N Engl J Med* 2009; 360:1320-28