

ÉTICA E BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO

José Augusto Rodrigues Simões

Médico de Família na USF Marquês de Marialva

Endereço para correspondência: Av. 25 de Abril, 44, 3060-123 Cantanhede, Portugal; jars@ua.pt

Fecha de recepción: 14/10/2014

Fecha de aceptación: 22/10/2014

Fecha de publicación: 05/11/2014

RESUMO

O presente artigo analisa os argumentos éticos de uma boa prática de prevenção de doenças e promoção da saúde. A prática de uma medicina em que as decisões sejam partilhadas com o paciente, enriquecida por uma correta comunicação com ele e que envolva os seus valores, surge como uma verdadeira salvaguarda dos princípios éticos no exercício da medicina preventiva.

Palavras chave: Ética, Prevenção, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This article examines the ethical arguments of good practice disease prevention and health promotion. The practice of medicine in which decisions are shared with the patient, enriched by a correct communication with him and involving their values, emerges as a true safeguard of ethical principles in the practice of preventive medicine.

Key words: Ethics, Prevention, Health Promotion.

INTRODUCCIÓN

“A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação”. Esta é uma das afirmações da Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial, considerada a versão moderna do Juramento de Hipócrates.

Durante o século XX, como resultado da evolução social e científica, as doenças crónicas tornaram-se o fator mais limitante da saúde das pessoas superando as doenças infecciosas. Esta transição contribuiu para uma maior longevidade e qualidade de vida. Acompanhando os desenvolvimentos tecnológicos na medicina, ocorreu uma considerável melhoria no acesso aos cuidados de saúde e à informação em saúde. Estas mudanças têm um profundo impacto na forma como o médico de hoje é confrontado com a afirmação supracitada do moderno Juramento de Hipócrates.

No entanto, após a transição ocorrida, o médico, particularmente o que atua no âmbito dos cuidados de saúde primários, é frequentemente procurado por pessoas que estão bem e querem simplesmente evitar possíveis doenças, não tendo nenhuma doença biológica identificável nesse momento. Neste novo tipo de consulta entre o médico e o paciente, a probabilidade deste beneficiar com os serviços do médico é reduzida, porque ele já está bem. Pelo contrário, a probabilidade de a pessoa sofrer dano torna-se maior.

Linn Getz lembra que a maioria dos médicos especialistas e as autoridades de saúde consideram as consultas de cuidados de saúde primários como o local ideal para a promoção da saúde e prevenção de doenças. É assim esperado que os médicos de família discutam medidas preventivas mesmo quando são outras as razões para o contacto. Mas são essas iniciativas oportunistas eticamente justificáveis na medicina ocidental contemporânea? Os médicos de família devem manter um foco claro sobre os motivos que levam cada paciente a procurar ajuda, em vez de se distraírem com uma lista crescente e padronizada de medidas preventivas com relevância imprevisível para cada indivíduo em concreto.

Os argumentos éticos de uma boa prática de prevenção são de que qualquer intervenção efetuada por médicos para promover a saúde das pessoas deve produzir um benefício concreto, e que todos os indivíduos a quem sejam oferecidas tais intervenções devem compreender adequadamente os seus prós e contras, mas não só para si, como também para todos os outros (benefício útil). No entanto, muitas das intervenções de promoção da saúde são propostas sem adequada evidência de produzirem benefícios úteis para as populações abrangidas, e sem oferecerem aos indivíduos incluídos informação completa sobre os prós e contras dessas intervenções quer para eles quer para os outros. Neste âmbito podem citar-se intervenções de promoção da saúde amplamente aceites como dietas e rastreios; por exemplo o rastreio do cancro de mama, seja por mamografia ou autoexame, onde os benefícios são questionáveis e os potenciais danos subestimados.

Uma revisão sistemática da Cochrane sobre o rastreio do cancro da mama por mamografia mostra que são necessárias 2.000 mulheres rastreadas durante 10 anos para que uma vida seja prolongada. O dano deste rastreio é que 10 mulheres receberão tratamento desnecessário para cancro de mama, que de outra forma não seria detetado, nem se teria desenvolvido durante a sua vida, devido às suas características histológicas ou por outras doenças concomitantes.

Uma revisão sistemática da Cochrane sobre o rastreio de cancro do cólon e reto através da pesquisa de sangue oculto nas fezes mostra um melhor efeito, 2.000 pessoas com idades entre 50 e 60 anos rastreadas durante 10 anos vão evitar uma morte por cancro colorretal, chegando a três para aqueles com idade entre 60 e 70 anos. No entanto, a redução na mortalidade total é de zero nos mesmos grupos etários. Os riscos envolvidos são os da colonoscopia para resultados falsos positivos da pesquisa de sangue oculto nas fezes. Uma em cada mil colonoscopias resulta em perfuração ou hemorragia grave. O “*sobrediagnóstico*” (diagnóstico excessivo) ainda não foi estimado.

De acordo com a evidência atualmente disponível sobre o diagnóstico nos programas de rastreio, a magnitude do sobrediagnóstico é de cerca de 25% nos cancros da mama detetados por mamografia, de 50% nos cancros do pulmão detetados por RX do tórax ou por análise de expectoração e de 60% nos cancros da próstata detetados por PSA (antígeno específico da próstata). Pelo que Skrabanek propõe que todas as intervenções de promoção da saúde que ainda não foram completamente avaliadas devem ser classificadas como pesquisa médica e devem estar sujeitas à mesma avaliação ética que os ensaios clínicos. Para este fim, ele propõe a criação de fóruns que representem as perspetivas públicas, jurídicas e médicas “*para identificar os problemas éticos colocados pela evolução da medicina preventiva e da promoção da saúde*”.

Que objeções pode enfrentar a alegação de que as intervenções de promoção da saúde devem estar sujeitas ao mesmo escrutínio ético que quaisquer outras intervenções médicas? A objeção intuitivamente mais atraente é, talvez, que a promoção da saúde é obviamente uma atividade boa e que vale a pena pelo que é absurdo fazer exigências éticas. A segunda objeção pode ser que se está a interferir injustificadamente na livre relação entre o médico (ou outro profissional de saúde) e o paciente (ou cliente). Uma terceira pode ser que é um desperdício dos escassos recursos da saúde.

No que respeita à primeira objeção o que está em causa é, naturalmente, a forma de interpretar e classificar as intervenções de promoção da saúde de modo que qualquer intervenção que não seja benéfica e útil não seja classificada como de promoção da saúde, e assim, torna-se efetivamente verdade que a promoção da saúde é necessariamente benéfica. Mas isto simplesmente destaca a necessidade de se distinguir entre as intervenções que são e que não são benéficas. Um dos propósitos da ética atual é sujeitar essas reivindicações a avaliações independentes. Mas, a avaliação não é simples. Ela exige a especificação da natureza dos benefícios pretendidos e esperados, a sua probabilidade, e quem são os beneficiários. Além disso, dado que fazer qualquer coisa a qualquer pessoa é suscetível de envolver algum risco e de prejudicar a pessoa, os danos também devem ser especificados, bem como as suas probabilidades, e quem é mais suscetível de vir a correr risco.

Assim, a afirmação aparentemente simples que a promoção da saúde é obviamente benéfica necessita de escrutínio, não só para comprovar, através de questão empírica, a sua veracidade para determinada intervenção de promoção de saúde, mas também para determinar quem são os beneficiários e quem pode ser prejudicado, bem como as probabilidades de tais benefícios e danos ocorrerem. Tudo isto é exigido para a introdução de novas terapêuticas. Corrobora-se a proposta de Skrabanek que não há uma boa razão para excluir as intervenções de promoção da saúde da necessidade de controlo. Até que os seus benefícios sejam comprovadamente demonstrados, a sua introdução exige uma avaliação cautelosa, e as pessoas devem ser informadas da natureza experimental das intervenções propostas.

Sobre a segunda objeção, que o escrutínio ético de intervenções de promoção da saúde seria uma injustificada interferência no livre intercâmbio entre o médico e o paciente, pode ser vista como decorrente da obrigação de respeitar a autonomia. Médicos e pacientes são agentes autónomos e devem ser livres para chegarem a seus próprios acordos, sem interferência de terceiro. Se a objeção anterior pode ser interpretada em termos de beneficência e não-maleficência é na suposição de que os médicos devem procurar fornecer o benefício aos seus pacientes. Este é, à primeira vista, um argumento atraente, se um médico aconselha um paciente e ele decide seguir o seu conselho. No entanto, o argumento não leva em consideração uma característica essencial da relação médico-paciente, ou seja, o pressuposto subjacente – a menos que explicitamente negado – que qualquer intervenção médica se destina a fornecer um benefício ao paciente. Se essa condição não for satisfeita, e a menos que o paciente seja devidamente informado e com autonomia assuma correr risco de dano, perde-se a confiança no conselho médico.

Mas, a menos que a intervenção tenha sido adequadamente avaliada, nem o médico nem o paciente podem saber que malefícios e benefícios podem resultar, e quais as suas probabilidades e, portanto, não podem ter certezas sobre a probabilidade de o paciente beneficiar da intervenção proposta. Assim,

duas conclusões podem ser antecipadas. Em primeiro lugar, que as intervenções de promoção da saúde precisam de avaliação adequada dos seus riscos e benefícios, como acima já descrito. Segundo, se o médico aconselha a intervenção sem informar o paciente de que os malefícios e benefícios não foram adequadamente avaliados, e que portanto a intervenção é essencialmente experimental, ele na verdade está a enganar o paciente, uma vez que, como acima referido, os pacientes normalmente supõem que o conselho dos médicos é, não só baseado na intenção de beneficiá-los, mas também em razões suficientes de que há uma probabilidade razoável de o conseguir. Tal engano impede o paciente de ponderar, de forma adequada, as propostas do médico e, portanto, impede-o de tomar uma decisão autónoma, sendo tratado, na terminologia kantiana, como um simples meio e não como um fim.

O terceiro argumento, que o escrutínio ético de intervenções de promoção da saúde é um desperdício de recursos escassos, pode ser visto como um argumento de justiça distributiva. Mais uma vez, pode soar plausível, pois presume-se que todas as intervenções de promoção da saúde são benéficas e não prejudiciais, e que as próprias intervenções não têm efeito adverso sobre os recursos escassos da saúde. As duas hipóteses são muitas vezes combinadas num único ditado "*mais vale prevenir do que remediar e que cada indivíduo beneficiará de todas as ofertas e recomendações*".

Mas a certeza de que as intervenções de promoção da saúde produzem mais benefícios do que danos está sujeita a questionamento, como acima referido, e a resposta confiável a essas perguntas é parte da avaliação ética proposta¹⁵. Se uma intervenção de promoção da saúde vai aumentar ou diminuir a carga sobre os recursos de saúde, vai depender do caso concreto. Uma campanha para que de uma forma oportunista os médicos de família aconselhem os seus pacientes contra o tabagismo pode muito bem poupar mais recursos do que custa, e pode muito bem vir a ter um custo muito baixo por vidas "*salvas*", ou por "QALY". Mas outras intervenções de promoção da saúde / prevenção da doença podem ser muito caras, de acordo com uma avaliação, o custo do rastreio por citologia cervical pelo sistema de saúde britânico é de £ 270,000 por vida salva (com 40.000 esfregaços e 200 biópsias necessários para cada uma dessas "*mortes evitadas*"). Uma vez que parte do propósito da avaliação ética é questionar os custos e benefícios o argumento de que seria desperdício de recursos escassos parece implausível.

Um tema que vem sendo frequentemente discutido é sobre que bases éticas se devem estabelecer as prioridades na alocação dos recursos destinados aos serviços de saúde, quando estes são escassos e insuficientes. Na verdade, eles são sempre escassos e insuficientes. Mas, quase todas as nações têm dado prioridade a outras despesas, sobretudo militares, com a justificação de que se deve proteger o povo da ameaça de inimigos externos. Essas, porém, são ameaças eventuais que são sobredimensionadas, preterindo reais ameaças internas à vida dos cidadãos, como a pobreza e a doença.

Mas, ainda que se desse uma prioridade maior à saúde, a vantagem imediata que isso traria à população doente não eliminaria o problema ético e prático da distribuição dos recursos destinados aos serviços de saúde. Eles, ainda que fossem ampliados, não são certamente ilimitados. Nesse âmbito coloca-se sempre a discussão sobre "*escolhas trágicas*", isto é, casos nos quais não se pode fazer nada a não ser decidir a qual doença, a qual categoria de cidadãos, e por último a quais pessoas atribuir aqueles meios que são inevitavelmente limitados.

Quando a prevenção é ligada à modificação dos comportamentos, frequentemente o saldo é positivo, seja quanto à saúde das pessoas, seja quanto à redução da despesa com saúde. Os efeitos da redução do uso do tabaco são o exemplo mais evidente.

Os argumentos para a avaliação ética das intervenções e programas de promoção da saúde / prevenção da doença parecem poderosos. Resta ainda uma questão: saber se tal escrutínio ético deve ser realizado por algum tipo de comissão de ética. Mas, se para a introdução de novos medicamentos é requerida uma avaliação por uma comissão de ética independente parece difícil de aceitar que, pelo menos, para novas intervenções de promoção da saúde também não se deva exigir a mesma avaliação.

Platão considerava vergonhoso "*ser obrigado a recorrer à medicina não por razão de ferimentos ou por certas doenças que se repetem a cada ano, mas pela indolência e o regime de vida*". Hoje, sabemos que para a saúde além do estilo de vida pessoal concorre um ambiente saudável. Pelo que podemos compartilhar o propósito de agir de modo apropriado para promover e manter esse valor indispensável para o bem-estar pessoal e comunitário.

Aplicar um determinado teste a uma pessoa saudável e que se sente saudável, teste esse que pode acarretar desconforto físico e psicológico já levanta problemas éticos, quanto mais se ele for "*imposto*". A prática de uma medicina em que as decisões sejam partilhadas com o paciente, enriquecida por uma correta comunicação com ele e que envolva os seus valores, surge como uma verdadeira salvaguarda dos princípios éticos no exercício da medicina preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

- WMA Declaration of Geneva [Online]. 2014 [cited 2014 Oct 12]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html>.
- Omran A. The Epidemiologic Transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005 Dec; 83:731-757.
- Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoulle M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *PrimaryCare.* 2010; 10(18):350-354.
- Gervas J. et al. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008 Dec; 372(9654):1997-1999.
- Getz, L. et al. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ.* 2003; 327:498-500.
- Gillon, R. 1990. Ethics in health promotion and prevention of disease. *Journal of Medical Ethics.* 16: 171-172.
- Ellis, J. et al. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet.* 1995; 346:407-10.
- Sackett, D. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ.* 2002; 167(4):363-4.
- Sackett, D. et al. Controversy in the detection of disease. *Lancet.* 1975; 2:357-9.
- Gøtzsche, P. et al. The benefits and harms of breast cancer screening. *Lancet.* 2013; 381:799.
- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001877. doi: 10.1002/14651858.
- Zackrisson, S. et al. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmo mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ* 2006;332:689e92.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, et al. Screening for colorectal cancer using the fecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 1. Art. No.:CD001216. DOI: 10.1002/14651858.
- Welch, H. et al. Overdiagnosis in cancer. *J Nat Cancer Inst.* 2010; 102(9):605-13.
- Skrabaneck, P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? *Journal of Medical Ethics.* 1990; 16:187-190.
- Simões, J. et al. Os médicos de família e os direitos dos doentes à informação e ao consentimento. *Rev Port Bioética.* 2007; 3:315-330.
- Simões, J. Consentimento informado. *Rev Port Clin Geral.* 2009; 25(5):522-523.
- Santos, I. Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. *Bioética e Políticas Públicas.* Lisboa: CNEV; 2014:47-63.
- Smith, G. *Measurement and management in the NHS.* London: Office of Health Economics. 1989: 14.
- Charny M. et al. The cost of saving a life through cervical cytology screening: implications for health policy. *Health policy* 1987; 7:345-359.
- Berlinguer, G. Bioética da Prevenção. *Revista Bioética.* [Online] 2009 Nov 5; 2:2 [cited 2014 Oct 12]. Available from: <http://>
- Platão. *A República: 405 A e 405 C.*
- Hespanhol, A. et al. A medicina preventiva. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24:49-64.