

## Conflitos de natureza ética nos rastreios

Isabel Santos

Médica de Família no Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras/Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras.  
Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências Médicas (Universidade Nova de Lisboa).  
Membro do Centro de Estudos de Doenças Crónicas/Grupo de Informação Académica Independente da FCM/UNL.  
isabel.santos@fcm.unl.pt

*“Vive de forma sensata – de entre mil pessoas, só uma morre de morte natural, o resto sucumbe devido a modos de vida irracionais”  
Maimónides, A.D. 1135-1204*

### Introdução

As melhorias na saúde ao longo do tempo têm sido alcançadas mediante um vasto leque de intervenções. Algumas diretamente ligadas ao contexto dos serviços de saúde (programas de vacinação) e outras mediante melhoria das condições de vida e do ambiente. Historicamente, a melhoria substantiva de diversos indicadores de saúde deve-se mais a medidas não médicas relacionadas com as condições de vida, saneamento básico, ambiente, qualidade do ar, condições dos locais de trabalho e de habitação do que a medidas médicas.

No entanto, falar de saúde significa, na maioria das vezes, falar de medicina ou de cuidados de saúde e numa altura em que tantas pessoas não têm, ainda, acesso a cuidados de saúde para as suas manifestas necessidades, aumentam as visitas aos médicos de família para procedimentos preventivos, avaliações globais ou parciais de saúde<sup>1</sup>. Os nossos serviços de saúde têm sofrido consideráveis mudanças nos últimos 30 anos e esta é uma delas. A medicina, dita preventiva, ocupa cada vez mais recursos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e de uma prática dirigida a pessoas e famílias movemo-nos progressivamente para uma medicina centrada em populações<sup>2</sup>. Sendo que esta deslocação da medicina curativa para a medicina preventiva é estimulada pela política de saúde, existindo mesmo incentivos financeiros neste sentido.

Prevenir é evitar que algo aconteça. Este conceito é quase intuitivo. Há diversos procedimentos que podemos fazer para que a doença não aconteça (prevenção primária): as recomendações nutricionais, as recomendações de segurança de estilos de vida saudáveis, as vacinações. Os rastreios fazem parte da prevenção secundária, destinam-se a detetar doença quando esta ainda não apresenta nem sinais nem sintomas. A sua disseminação decorre da ideia fortemente instalada na nossa sociedade que “a deteção precoce salva sempre vidas” e que haverá sempre uma sobrevida. Este apelo é tão forte que 87% dos adultos sujeitos a rastreio de rotina, nos Estados Unidos, em 2002, acreditavam que o rastreio era sempre bom e 74% acreditavam que detetar as lesões malignas, precocemente, salvava vidas na maioria das vezes<sup>3</sup>. O viés da antecipação diagnóstica, de tempo de vida ganho e de duração da doença contribui para esta ideia e raramente é explicitado<sup>4-6</sup>.

Sabemos que os programas de rastreio podem oferecer benefícios, mas também sabemos que podem causar prejuízo. No caso dos rastreios, o pedido não parte em geral das pessoas. As pessoas são encorajadas ou persuadidas a neles participar.

Neste texto, que se pretende generalista, queremos salientar alguns conflitos de natureza ética que as atividades de rastreio podem levantar. Para o efeito socorremo-nos do exemplo do rastreio do cancro da mama e da próstata.

### O número necessário para tratar e o princípio da beneficência e da utilidade

Nos rastreios, os benefícios devem exceder os riscos (beneficência) e na utilização dos recursos públicos deve dar-se prioridade a intervenções que permitam mais benefícios para mais pessoas (utilidade)<sup>5,7</sup>.

O rastreio olha para as lesões malignas ou pré-malignas antes de a doença ter tido oportunidade de se manifestar. O objetivo do rastreio é detetar indivíduos ainda na fase pré-sintomática de doença de forma a oferecer-lhes diagnóstico e tratamento que melhore o prognóstico. Assim, o rastreio é uma atividade sistemática de identificação de uma doença assintomática ou de fatores de risco, tendo em vista a diminuição da mortalidade, dar mais anos à vida, ou seja, viver mais anos e viver melhor.

As pessoas que obtêm resultados normais, num programa de rastreio, devem, em princípio, sentir-se aliviadas por não apresentarem a doença. São considerados efeitos negativos laterais os resultados falsos positivos (pessoas com testes positivos, mas sem doença), os inconvenientes, a maçada e a preocupação criados pelos programas de rastreio. Os princípios que justificam o rastreio populacional, definidos em 1968 por Wilson e Jungner<sup>8</sup>, enfatizam: 1) a importância do problema para a saúde pública; 2) a disponibilidade de um teste efetivo de rastreio; 3) a disponibilidade de tratamento para prevenir a doença no tempo de latência; 4) os custos. Nessa altura, detetar doenças numa fase pré-clínica não era comum, mas hoje existe um vasto número de doenças que podem ser identificadas precocemente, mesmo na fase pré-patológica, frequentemente usando técnicas de genética molecular<sup>7</sup>.

O Número Necessário para Tratar (NNT) é o indicador que precisamos para conhecer e julgar da eficácia de uma terapêutica ou de qualquer intervenção em saúde. Esta medida permite estimar quantas pessoas precisam de receber um dado tratamento para existir benefício e pode ser comparada com o esperado peso dos efeitos contra laterais ou com outros tipos alternativos de atuação, permitindo-nos chegar a uma análise do custo-benefício dessa intervenção. Rastrear também pode levar a um grande número de intervenções inúteis e desconfortáveis para um grande número de pessoas para que exista beneficência para poucas. Os falsos positivos, confirmados como falsos por posteriores testes, também levam a um sobrediagnóstico, ou seja, ao diagnóstico de doença que não evoluiria e que não causaria sintomas ou doença. De acordo com um artigo recente do *Journal of The National Cancer Institute*, que sumaria a evidência atualmente disponível sobre o diagnóstico nos programas de rastreio, a magnitude de “sobrediagnóstico” é de cerca de 25% nos câncros da mama detetados por mamografia, de 50% nos câncros do pulmão detetados por RX do tórax ou por análise da expectoração e de 60% nos câncros da próstata detetados por PSA<sup>7,9</sup>.

Os benefícios e os malefícios das intervenções de rastreio são assimétricos porque não se referem às mesmas pessoas. Estas duas assimetrias vão contra os princípios da beneficência e da utilidade. O número necessário para rastrear (NNS) no caso do rastreio do cancro da mama, dependendo do grupo etário, vai de 2.500 a 20.000. Isto significa que, em pelo menos 2.500 mulheres que se submetem ao rastreio, para identificar uma fração com uma lesão potencialmente maligna haverá uma que será salva pela atividade de rastreio. O efeito do teste de rastreio nas pessoas assintomáticas depende da prevalência da condição a ser rastreada na população assintomática. Por isso, o teste de rastreio tem uma diferente efetividade nos diferentes grupos etários e não é oferecido aos grupos etários em que existe uma baixa prevalência de doença<sup>7,10-11</sup>.

De acordo com os dados do recente relatório do estudo *The European Randomized Screening Study for Prostate Cancer* (EPSPC)<sup>12</sup>, o rastreio poderá reduzir o risco de morrer em 20%. Uma estimativa otimista, considerando o ensaio americano PLCO *trial*<sup>13</sup>. Mas o que este número quer dizer é que a redução de risco absoluto é de 0,7 por 1.000 em 10 anos, o que nos dá o valor de 1.428 como número necessário para rastrear (1/0,0007) para salvar uma vida. Uma outra forma de estimar o impacto deste tipo de rastreio será dizer que é necessário tratar 48 tumores para prevenir uma morte. Isto significa que 1.399 pessoas serão submetidas a rastreio sem qualquer benefício e que 47/48 sofrerão das complicações relacionadas com a prostatectomia sem verdadeiro ganho na sobrevivência. Se considerarmos que a esperança de vida difere entre grupos etários, o número necessário para rastrear para evitar uma morte por esta causa por ano (ou um ano de vida ajustado à qualidade – QALY) pode ser superior nas pessoas com mais anos (acima dos 70 anos), apesar da maior prevalência desta neoplasia.

### Consentimento informado e conflito de interesses

O consentimento informado personifica o princípio ético fundamental de respeito pelas pessoas, da sua autonomia, dos seus direitos e da capacidade para tomarem decisões informadas.

Entre 1967 e 1971, a palavra “risco” aparecia em 0,1% dos resumos das revistas médicas indexadas na MEDLINE. Entre 1987 e 1991, a mesma palavra já aparecia em 4,5% das revistas. No *New England Journal of Medicine*, este número cresceu de 0,2 para 10,3%. O conceito de risco tem vindo a ocupar um lugar central no pensamento médico e tem alimentado o negócio da saúde<sup>14</sup>.

Embora toda a intervenção em saúde tenha o seu preço, os programas de rastreio são, como já anteriormente referido, apresentados como não tendo preço, tal é o seu bem máximo, e só tendo aspetos positivos. A retórica usada é a de que mais vale prevenir do que remediar e do empoderamento dos cidadãos, apelando à sua responsabilidade para fazerem tudo o que estiver ao seu alcance para evitar a doença. O nosso medo de ser diferente, de sofrer e da morte motiva-nos, fortemente, para confiar e perceber como benéficos todos os rastreios, uma espécie “de seguro contra todos os riscos vestido de ciência”. Infelizmente, este seguro tem muitas linhas escritas em letras muito pequeninas, que nunca lemos ou que nunca nos são dadas a ler. Muitos procedimentos “preventivos” fazem parte do negócio da saúde e manipulam este nosso medo à custa da comunicação da redução do risco relativo, à ausência de informação sobre os danos colaterais, já referidos, reduzindo assim a nossa autonomia.

As intervenções que visam proteger e promover a saúde de um grupo, reduzindo a taxa de mortalidade ou morbidade, pretendem fazê-lo, como já referimos, quer em termos de efeitos adversos negativos quer com o menor custo em termos de despesa. Mesmo que os benefícios de uma intervenção em termos populacionais sejam superiores aos custos ou aos possíveis malefícios, pode ser perfeitamente razoável que um indivíduo faça uma avaliação diferente dos custos e dos benefícios para si próprio. Neste particular, queremos utilizar, como exemplo, o rastreio para o cancro do colo do útero ou para o cancro colorrectal. Algumas pessoas podem só ver inconveniências e podem sentir-se inseguras sobre os benefícios que o programa lhes traga para si enquanto indivíduos. Em termos de saúde pública podem existir conflitos entre a proteção da saúde pública e o bem-estar dos indivíduos.

Em Portugal, nos CSP, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) contratualizam com os ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) e estes, por sua vez, contratualizam com as suas unidades de saúde um conjunto de atividades de saúde cuja eficiência é medida através de indicadores de realização, metas que os clínicos devem atingir. Estas incluem um conjunto de atividades preventivas, entre as quais se encontram o rastreio do cancro da mama ou do colo do útero. O atingimento dessas metas permite aceder a incentivos financeiros<sup>15</sup>. De acordo com o código

deontológico e os princípios éticos da profissão, assume-se que os médicos atuam no melhor interesse dos seus pacientes. Ora, quando estes são compensados financeiramente pelos resultados obtidos nas atividades preventivas pode acontecer que pressionem os seus utentes para que consigam alcançar as taxas de participação desejadas, sem que de forma clara expliquem as vantagens e os inconvenientes das mesmas ou o seu interesse particular.

Quando as pessoas se submetem a um rastreio têm o conhecimento suficiente para entender a situação à qual se estão a submeter? São capazes de entender os riscos? A resposta é não, se atendermos à forma como é publicitado o rastreio através de mamografia. Informar sobre dados probabilísticos é extremamente difícil e por isso é prática comum dizer às pessoas que a medicina, hoje, recomenda que x ou y procedimento da medicina preventiva é aconselhável porque reduz o risco de morte por uma dada causa específica em z%. No entanto, este tipo de informação, na maioria das vezes, dá uma visão deturpada dos reais benefícios. As pessoas que desejam ou são chamadas a efetuar um dado procedimento de rastreio deviam saber a redução de risco absoluto. Esta informação é um imperativo ético para a tomada de decisão, sendo que em muitas circunstâncias lhes deveria ainda ser solicitado consentimento informado. Não parece ser muito racional pedir só às pessoas doentes, aquando de uma intervenção médica, o seu consentimento informado e que às pessoas saudáveis isso não seja requerido.

### Justiça, equidade e prestação de contas

O rastreio pretende identificar as pessoas com doença assintomática ou com fatores de risco, com o intuito de instaurar um tratamento atempado que modifique favoravelmente o prognóstico ou para se reconhecerem os expostos a fatores de risco que aumentam a possibilidade de uma determinada patologia para que as intervenções preventivas reduzam a sua incidência. A bondade deste propósito não é, no entanto, suficiente para se conseguir um resultado benéfico em termos de efetividade e eficiência.

Para avaliar se o seu resultado é benéfico, em termos de segurança e equidade, é necessário valorizarem-se as consequências da sua aplicação e o seu impacto sobre a saúde das pessoas e sobre a organização dos serviços de saúde.

Existe uma enorme diversidade de rastreios, o que permite estimar um grande impacto da sua aplicação. As mudanças no estado de saúde das populações dependem de muitos fatores, sendo a maioria alheia à saúde. Por isso, convém determinar a efetividade e a segurança dos rastreios mais frequentemente aplicados. A prestação de contas é fundamental para preservar o direito dos cidadãos a poderem escolher e a participarem nas decisões, em particular no que diz respeito à distribuição de recursos ou à forma como estes são alocados na saúde. Dar mais tempo à medicina preventiva ou mais tempo à medicina curativa? Separar ou integrar procedimentos? Efetuar diagnósticos precoces de acordo com o risco individual ou fazê-los de forma sistemática e cega?

Nas atividades de rastreio nem os clínicos, ou as unidades onde atuam, nem os utentes têm idênticas oportunidades. Sob o ponto de vista do princípio da equidade será uma obrigação ética procurar cumprir este princípio. Por isso, é preciso salientar que as atividades de rastreio não se limitam nem à identificação da população alvo, nem à efetuação de um teste. A atividade de rastreio é uma cadeia com vários nós e ligações<sup>4</sup>. O processo de rastreio começa com a identificação e recrutamento das pessoas elegíveis, continua com a aplicação do teste, com a avaliação dos que têm resultados positivos e depois o tratamento das pessoas que têm doença e o seu seguimento (*Follow up*). O sucesso dos programas de rastreio decorre dos resultados intermédios a longo prazo alcançados e não só da identificação das pessoas potencialmente com doença, o que significa que todas as tarefas em cada um dos nós e ligações/transições foram efetuados (cf. Figura 1).

Sabemos que a percentagem de pessoas detetadas e a percentagem de pessoas que chegam ao tratamento têm diversas variações, devido à forma como o teste é aplicado, aos fatores ligados aos doentes e aos prestadores, à região

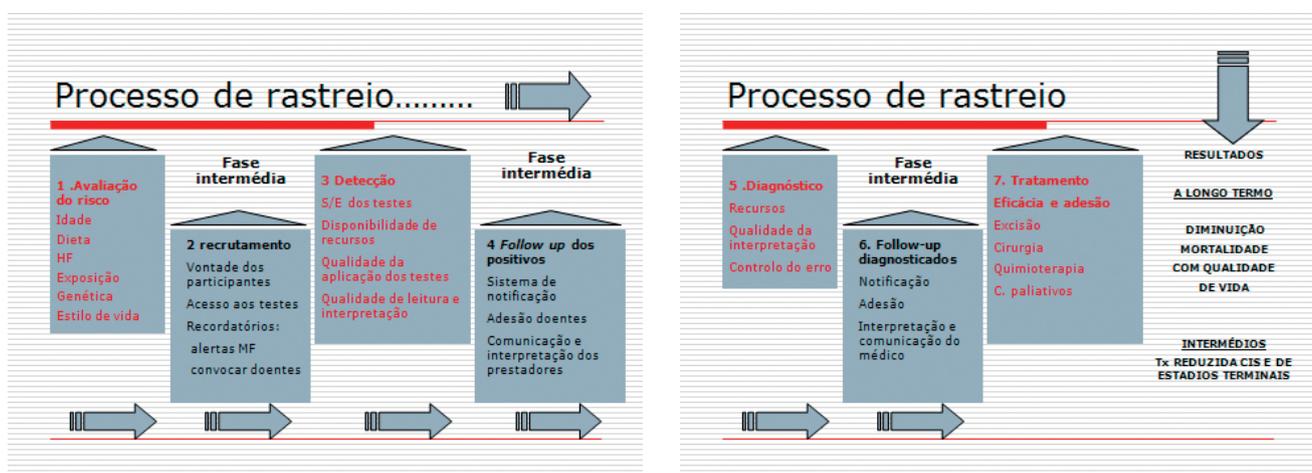


Figura 1: Processo de rastreio e resultados esperados.

do país onde a pessoa se encontra, à capacidade e conhecimento que o seu médico tem dos corredores e atores do sistema.

No recrutamento é preciso considerar que o acesso aos testes pode ser demorado (caso da mamografia e retossigmoidoscopia ou colonoscopia), o utente tem que se dirigir a outro prestador para marcar o teste, o tempo que medeia entre a prescrição do teste e a sua execução pode ir até um ou dois meses. Na fase de deteção temos ainda outros problemas ligados à disponibilidade de recursos, à qualidade da aplicação dos testes e à qualidade de leitura e interpretação dos mesmos. Existem várias pessoas sem médico de família atribuído ou as que vivem nas zonas interiores do país, com acesso dificultado a vários dos testes preconizados nos programas de rastreio oncológico.

Depois, temos o problema da qualidade da execução, da leitura e da interpretação dos testes. Quantas são as colonoscopias, das poucas efetuadas, que nos chegam com boa progressão até ao cego? Em quantas não se conseguiu progredir por má preparação do intestino, por aderências decorrentes de anteriores cirurgias abdominais ou por falta de experiência do prestador? E, por último, temos o caso das citologias perdidas quando estas são efetuadas por médicos que atuam em locais sem protocolo com uma instituição de referência para o envio e receção das mesmas. O passo mais importante e crítico deste processo é, no entanto, o tratamento. O tratamento está disponível em tempo útil? É aceitável para os médicos e para os doentes?

### Conclusão

Assume-se que mais vale prevenir do que remediar e que cada indivíduo beneficiará de todas as ofertas e recomendações. Contudo, isto não é verdade. A prática da saúde pública e dos programas direcionados para prevenir, de forma sistemática, a doença levantam problemas éticos diferentes dos que ocorrem na prática clínica usual onde é a pessoa, doente ou não, que procura e solicita cuidados por sua iniciativa. Em geral, a iniciativa dos rastreios parte dos serviços de saúde e dirige-se maioritariamente a populações saudáveis. Para qualquer atividade de rastreio deve proceder-se à análise dos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Se algum destes princípios éticos não se encontrar cumprido, a atividade deve ser excluída da prestação de serviços públicos.

Deste modo, a persuasão à participação deve ser feita mediante disponibilização de toda a informação relevante. O conteúdo desta informação deve ser claro quanto aos benefícios e quanto aos malefícios ou riscos.

### Referências bibliográficas

- Pinto D, Corte-Real S, Nunes JM. Atividades preventivas e indicadores – Quanto tempo sobra? *Rev Port Clin Geral*. 2010;26(5):455-64.
- Weingarten M, Matalon A. The ethics of basing community prevention in general practice. *J Med Ethics*. 2010;36(3):138-41.
- Greenberg Quinlan Rosner Research. American public supports investment in prevention as part of health care reform: solid majorities favor prevention proposals [Internet]. Washington: Greenbergresearch.com; 2009 [cited 2012 Apr 12]. Available from: <http://www.rwjf.org/files/research/20091113tfahrwjdpreventionsurvey.pdf>
- Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiología clínica*. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer España; 2008.
- Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues [Internet]. London: NCB; 2007. Available from: <http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>
- Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, Wever E, Gulati R, et al. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 8];101(6):374-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720697/?tool=pubmed>
- Sirpa S, editor. Public health: ethical issues [Internet]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2011. Available from: <http://ncbio.org/nordisk/arkiv/public-health-rapport.pdf>
- Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease [Internet]. Geneva: WHO; 1968. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf)
- Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2010 [cited 2011 Apr 10];102(9):605-13. Available from: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/102/9/605.full.pdf+html>
- Vineis P, Satolli R. From figures to values: the implicit ethical judgments in our measures of health. *Public Health Ethics*. 2012;5(1):22-8.
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*. 2004;291(1):71-8.
- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320-8.
- Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3<sup>rd</sup>, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1310-9.
- Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA*. 2012;307(6):565-6.
- Administração Central do Sistema de Saúde. Contratação com os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS [Internet]. Lisboa: ACSS; 2012. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/DirecçãoUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>. Portuguese