

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios [The ethical principles of autonomy, beneficence and justice in screenings]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Pereira dos Santos, M. Isabel
Publisher	Conselho Nacional de tica para as Ci ncias da Vida
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-06-30 11:03:52
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/226474

Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios

M. Isabel Pereira dos Santos*

Conflitos de interesse: os que constam na identificação pessoal.

*“Knowing is not enough; we must apply
Willing is not enough; we must do.”*
– Goethe

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

1 – Introdução

A melhoria do estado da saúde, ao longo do tempo, tem sido alcançada 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, o melhoramento substantivo de diversos indicadores de saúde

* Médica de Família no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e 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. Coordenadora do Internato de Medicina Geral e Familiar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Membro do Conselho Nacional de Qualidade de Saúde, DGS Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida · isabel.santos@fcm.unl.pt.

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^{1,2,3}. No entanto, apesar dos diversos determinantes de saúde, falar de saúde significa, na maioria das vezes, falar de medicina ou de cuidados de saúde. Na Medicina, o domínio da saúde pública tem sido reconhecido, comparativamente com o da medicina clínica, como sendo o que, no século passado, trouxe mais melhorias à saúde e longevidade às populações, principalmente nos países ocidentais⁴.

Os nossos serviços de saúde têm sofrido consideráveis mudanças nos últimos 30 anos. A medicina dita preventiva, até há pouco pertença quase exclusiva da Saúde Pública, passou a ocupar uma fração importante na prestação de todos os cuidados médicos, em particular nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Na especialidade de Medicina Geral e Familiar, de uma prática dirigida a pessoas e famílias temos assistido progressivamente a um movimento para uma medicina centrada em populações⁵. Esta deslocação da medicina curativa para a medicina preventiva, em particular na prática dos médicos de família, tem sido estimulada pela política de saúde, existindo mesmo incentivos financeiros neste sentido⁶.

Em diversos atos da medicina clínica, parece ser claro o processo de tomada de decisão e o direito dado ao doente de recusar ou aceitar um procedimento ou um tratamento. No entanto, na saúde pública e particularmente nas ações de natureza preventiva, parece presumir-se a adesão de todas as pessoas às recomendações que lhes são dadas ou aos exames solicitados. Porém há pessoas que recusam vacinas constantes do Plano Nacional de Vacinações; muitas pessoas com mais de 90 anos recusam a vacina contra o tétano; ou há quem prefira ter o parto em casa.

Prevenir é evitar que algo aconteça. Este conceito é quase intuitivo. Há diversos procedimentos que podemos adotar 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 e destinam-se a detetar a

doença quando esta ainda não apresenta nem sinais nem sintomas. A sua disseminação decorre da ideia, fortemente instalada na nossa sociedade, que “a detecção 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 detectar as lesões malignas, precocemente, salvava vidas na maioria das vezes⁷. A maioria dos adultos portugueses, actualmente, acredita que fazer “análises gerais” e ser visto pelo seu médico, com uma periodicidade anual, traz benefícios⁸. Sabemos que os programas de rastreio podem oferecer benefícios, mas também sabemos que podem causar dano^{9,10,11,12}. No caso dos rastreios, o pedido não parte em geral das pessoas. As pessoas são encorajadas ou persuadidas a neles participar.

No domínio da prevenção as Normas de Orientação Clínica que influenciam as intervenções médicas em saúde e as avaliações de desempenho dos médicos e dos serviços frequentemente não são suportadas por evidência científica válida, por avaliação crítica da evidência disponível ou por um julgamento crítico objetivo que relacione a evidência com as necessidades dos médicos e dos doentes^{13,14}.

Apesar de serem várias as questões éticas que se podem colocar no contexto da prevenção e promoção da saúde, neste texto, que se pretende generalista, queremos salientar o conflito entre as finalidades da prevenção e os valores sociais de autonomia, responsabilidade, justiça social ou beneficência e identificar possíveis formas de os resolver. Para o efeito socorremo-nos de alguns exemplos e centramo-nos numa forma particular de prevenção, os rastreios.

2 – A evidência que suporta as decisões em saúde pública não é isenta de um juízo moral

A definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (oms) relativamente à Saúde Pública^{15,16} é a seguinte:

“Saúde pública é a arte e a ciência de prevenir a doença,

prolongando a vida e promovendo a saúde através dos esforços organizados da sociedade”. Desta definição emergem diversos problemas, relacionados com a descrição dos constructos nela incluídos – “ciência”, “arte”, “prolongar a vida”, “esforços organizados da sociedade” – e com a qualidade das provas que suportam as decisões de fazer isto e não aquilo em saúde pública. Neste texto pretende-se sublinhar que as considerações de natureza moral e política são da maior importância na construção da evidência que está por trás das decisões em saúde pública, nomeadamente no respeitante à definição de prioridades^{17,18}.

A epidemiologia, ciência que suporta as macro decisões em Saúde Pública, é considerada como uma fonte de informação objetiva para decisões relacionadas com resultados em saúde e com a história natural das doenças e dos tratamentos. Os riscos e os benefícios são qualificados e calculados em termos probabilísticos e as conclusões usadas na definição de “melhor prática”, algoritmos de custo-benefício, “ação certa”, e nas decisões em saúde comunitária. As conclusões dos estudos epidemiológicos são extraídas de dados numéricos e têm o valor atribuído aos dados objetivos¹⁹. No entanto, vários clínicos sentem-se desconfortáveis pela forma como a epidemiologia se limitou a uma perspectiva biomédica estreita, cometendo a falácia de inferir que a doença nas populações pode ser compreendida estudando-se os fatores de risco de cada indivíduo para a doença. Shy²⁰ é um deles e, por isso, tenta redefinir a missão da epidemiologia como o estudo da distribuição e dos determinantes sociais de saúde nas populações.

A epidemiologia tem um fundo moral que partilha com todos os ramos, atividades e componentes da saúde e que se traduz em procurar determinar as “melhores práticas” em saúde apesar “do melhor” ser, em certa medida, definido pelos valores sociais atribuídos ao bem primário da saúde²¹. Muitos autores na área da epidemiologia realçam os problemas éticos desta disciplina²². A decisão em se fazerem estudos epidemiológicos numa área e de se comparar esses dados

com outras zonas ou países, ou com outros períodos históricos, é em si uma questão ética.

3 – A ética da saúde pública e a ética dos profissionais prestadores de cuidados

O médico estabelece uma relação de um para um, de responsabilidade com a pessoa que o consulta porque tem um problema ou deseja um conselho. O imperativo clínico é fazer o que for necessário para ajudar e cuidar dessa pessoa. O médico de saúde pública responde a um coletivo de indivíduos numa comunidade, onde um problema de saúde afeta um grande número de pessoas nessa localidade. O falso alarme de gripe H1N1 em 2009 em Portugal é disto exemplo^{23,24,25}. Nesta situação de decisão centralizada de saúde pública, em que não existe uma relação continuada entre o especialista e o grupo afetado pela intervenção, não há oportunidade de as pessoas expressarem os seus pontos de vista quanto às medidas de proteção/ prevenção a que se vêem obrigadas. Os especialistas de saúde pública, a OMS e a Direção-Geral de Saúde (DGS) fizeram um julgamento sobre o que era do interesse da população, sem que esta o tivesse pedido e dirigido-se a toda a sociedade e não a pessoas singulares. Esta medida paternalista conflitua com os direitos individuais e gera problemas de natureza ética com implicações políticas. Na resolução do potencial conflito dever-se-ia avaliar a evidência disponível e saber se as medidas que se deseja pôr em prática melhoram de facto a saúde das populações e se essa melhoria pode ser objectivamente demonstrada²⁶. De acordo com esta abordagem, a concordância entre diferentes peritos quanto à efetividade de uma determinada intervenção obtém-se mediante a concordância sobre os factos obtidos de uma forma científica, neste caso mediante estudos epidemiológicos²⁶. No entanto, nem sempre é possível alcançar conclusões claras e certas mediante os estudos epidemiológicos disponíveis e frequentemente há questões de natureza social e política que afetam o julgamento e a aplicação das con-

clusões epidemiológicas disponíveis, sendo por isso indispensável dispor de um guia que ajude a tomar as melhores decisões éticas^{27,28,29,30}.

4 – Prevenção e rastreios

Prevenção, evicção e proteção, apesar de terem significados diferentes, são todas elas vulgarmente referidas como prevenção. A prevenção significa reduzir a incidência ou mesmo a abolição de uma dada doença. A evicção será manter-se livre de fatores de risco. Por proteção entende-se limitar a disseminação de doença, seja por vacinação ou imunização passiva.

À partida parece evidente que a prevenção é sempre uma coisa boa. No entanto, esta justificação geral nem sempre se aplica a áreas específicas da prevenção, por exemplo aos rastreios, procedimentos que procuram identificar uma doença ou condição de pré-doença, antes da manifestação de sinais ou sintomas, e para a qual existe uma intervenção efetiva disponível. Esta atividade é em geral vista com bons olhos e está na moda. Os governos encorajam-na e a maioria das organizações de doentes e médicos também³¹. Assume-se que cada pessoa irá beneficiar quer dos rastreios quer das recomendações. Politicamente os programas de saúde (designação dada à maioria dos programas de promoção e prevenção) parecem prosseguir um bem comum, existindo a crença de que poupam dinheiro.

Contudo isso não é verdade. Rose³² menciona uma situação paradoxal: “uma medida preventiva que traga grandes benefícios à comunidade pode trazer muito pouco ao indivíduo”. Afinal temos que admitir, como já anteriormente referido, que os efeitos das ações coletivas, como as da saúde pública, são medidas estatísticas. Não existe garantia de que todas as medidas preventivas sejam efetivas. Em Portugal temos um programa nacional de rastreio de cancro do colo do útero, do cancro da mama e do cólon que presume, à semelhança de todos os outros programas, a adesão dos indiví-

duos, não prevendo a recusa informada da parte das pessoas que a eles se submetem, nem garantindo a existência de condições idênticas para a sua realização a todas as pessoas às quais estes programas se destinam.

5 – Rastreios

5.1 – Os princípios 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 (utilidade), para mais pessoas³³.

O rastreio oncológico, por exemplo, 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 da doença de forma a oferecer-lhes diagnóstico e um 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. Trata-se de 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), a ansiedade desnecessária, os inconvenientes de exames adicionais, a maçada e a preocupação criados pelos programas de rastreio. Mas mais graves ainda serão os falsos negativos (pessoas com doença mas com testes negativos) que dão uma segurança errada e tranquilidade, convencendo-se que tudo está bem quando não está. Os princípios que justificam o rastreio populacional definidos em 1968 por Wilson e Jungner³⁴ 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 cus-

tos. Nessa altura, detectar a doença 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 molecular³³.

O Número Necessário para Tratar (NNT) é o indicador que permite conhecer a eficácia de uma terapêutica ou de qualquer intervenção em saúde. Esta medida permite estimar quantas pessoas precisam receber um dado tratamento para existir benefício e pode ser comparada com os efeitos adversos ou com outros tipos alternativos de atuação, possibilitando desta forma uma análise do custo-benefício dessa intervenção. Fazer rastreios não é benéfico para todas as pessoas. Rastrear 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 conduzem a um diagnóstico excessivo (sobrediagnóstico), ou seja, ao diagnóstico de doença que não evoluiria e que não causaria sintomas ou doença³⁵. De acordo com um artigo recente do *Journal of 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 expetoração e de 60% nos câncros da próstata detetados por antígeno prostático específico (PSA)^{34, 36}.

Os benefícios e os malefícios das intervenções de rastreio são assimétricos porque não se referem às mesmas pessoas. Estas assimetrias vão contra os princípios da beneficência e da utilidade. O número necessário para rastrear no caso do rastreio do cancro da mama, dependendo do grupo etário, vai de 2.500 a 20.000^{37,38}. 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^{39,40}.

De acordo com os dados do recente relatório do estudo *The European Randomized Screening Study for Prostate Cancer*⁴¹, o rastreio do cancro da próstata poderá reduzir o risco de morrer em 20%. Uma estimativa otimista, considerando o ensaio americano *Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening – PLCO trial*⁴². 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 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 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.

5.2 – Autonomia, 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 se 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 saúde⁴⁰.

Embora toda a intervenção em saúde tenha o seu custo,

os programas de rastreio são, como já referido, apresentados como não tendo preço, como só tendo ganhos tal é o seu bem máximo. 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 evitarem a doença. O medo de ser diferente, de sofrer e da morte motiva as pessoas a confiar e a 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 pequenas, que raramente são lidas ou que nunca são dadas a ler. Muitos procedimentos “preventivos” fazem parte de um negócio e manipulam este medo à custa da comunicação da redução do risco relativo, subtraindo informação sobre os danos colaterais, já referidos, e assim reduzindo a autonomia dos indivíduos.

As intervenções que visam proteger e promover a saúde de um grupo, reduzindo a taxa de mortalidade ou morbili-dade, pretendem fazê-lo, como já referido, quer diminuindo os efeitos adversos negativos quer os custos em termos de despesa. Mesmo que os benefícios de uma intervenção em termos populacionais – aumento dos anos de vida vividos com qualidade, redução da mortalidade global – sejam superiores aos possíveis malefícios, pode ser perfeitamente razoável que um indivíduo faça uma avaliação diferente dos benefícios para si próprio. Algumas pessoas podem só ver inconveniências e podem sentir-se inseguras sobre os benefícios que o programa lhes traga, enquanto indivíduos, por exemplo relativamente ao rastreio do cancro do colo do útero. Em termos de saúde pública podem existir conflitos entre a proteção da saúde pública e o bem-estar dos indivíduos⁴³.

Em Portugal, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) contratualizam com os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) 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 às equipas aceder a incentivos financeiros, sem que isto seja do conhecimento da população⁴⁴. 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 negativa, se atendermos à forma como é publicitado o rastreio através de mamografia. Informar sobre dados probabilísticos é difícil e por isso é prática comum dizer às pessoas que a medicina, hoje, aconselha um procedimento da medicina preventiva porque reduz o risco de morte por uma dada causa específica numa dada percentagem. 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 rastreio deviam saber a redução de risco absoluto que essa prática ocasiona. Esta informação é indispensável para a tomada de decisão, sendo que em diversas circunstâncias lhes deveria ser solicitado consentimento informado para que fossem executadas muitas destas intervenções. Não parece ser muito racional pedir só às pessoas doentes, aquando de uma intervenção médica, o seu consentimento informado e não fazer esse pedido às pessoas saudáveis quando elas se submetem a procedimentos dos quais lhes pode advir algum dano.

5.3 – Justiça, equidade e prestação de contas

O rastreio pretende identificar as pessoas com doença assintomática ou com fatores de risco, com o intuito de instau-

rar um tratamento atempado que modifique favoravelmente o prognóstico ou de conhecer as pessoas expostas 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 custo-efetividade. 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 realizados. 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 desiderato. 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 elos e ligações. 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 com o tratamento das pessoas que têm doença e o seu seguimento (*Follow up*). O sucesso dos programas de rastreio decorre dos resultados intermédios alcançados (a longo prazo) e não só da identificação das pessoas potencial-

mente com doença, o que significa que todas as tarefas em cada um dos elos e ligações/transições foram efetuados⁴⁵.

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 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, rectosigmoidoscopia ou colonoscopia). O utente tem que se dirigir a outro prestador para marcar o teste e o tempo que medeia entre a prescrição do teste e a sua execução pode ir até um ou dois meses, ou mesmo mais tempo. 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 resultados. Existem várias pessoas sem médico de família atribuído ou que vivem em zonas 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. E, por último, 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?

6 – 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 dos profissionais e dirige-se maioritariamente a populações saudáveis. Para qualquer atividade de rastreio deve proceder-se à análise dos princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça. Se algum destes princípios éticos não se encontrar cumprido, a atividade de prestação deste serviço público deve ser repensada. 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 potenciais.

As orientações clínicas emanadas pelos serviços públicos devem ser suportadas em forte evidência científica tendo-se em particular atenção o conteúdo e a forma como a informação é dada aos profissionais de saúde e à população em geral. •

Referências bibliográficas

1. WHO. Editors: Erik Blas, Johannes Sommerfeld and Anand Sivasankara Kurup. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. Consultado em 22 de Dezembro de 2013. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/en/
2. WHO. World Conference on Social Determinants in Health. Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, 21 de Outubro de 2011
3. Public Health Agency of Canada. What makes Canadians Healthy or unhealthy. Consultado em 20 de Dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php>
4. Gray M, Ricciardi W. From public health to population medicine: the contribution of public health to health care services. *Eur J Public Health* (2010) 20 (4):366-367. doi: 10.1093/eurpub/ckq091
5. Weingarten M, Matalon A. The ethics of basing community prevention in general practice. *J Med Ethics*. 2010;36(3):138-41.
6. ACSS. Metodologia de Contratualização e Financiamento. Consultado em 3 de Fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/tabid/118/language/pt-PT/Default.aspx>
7. 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 at: <http://www.rwjf.org/en/research-publi>

cations/find-rwjf-research/2009/11/american-public-supports-investment-in-prevention-as-part-of-hea.html

8. Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, Sá L, Santos P, et al. A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal—What Services (and Frequencies) Are Deemed Necessary by Patients? 2013 PLoS ONE 8(11): e81256. doi: 10.1371/journal.pone.0081256

9. Margaret McCartney. The patient paradox. ED. Pinter & Martin Ltd., UK, 2012

10. Cancer.net. Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology. Cancer Screening. <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/cancer-screening>

11. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 2014;348:g366 doi: 10.1136/bmj.g366.

12. Francois Eisinger. Performance of First Mammography Examination in Women Younger Than 40 Years. *JNCI J Natl Cancer Inst* (2010) 102 (22): 1742

13. A Kunz R, Burnand B, Schünemann HJ; Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group. [The GRADE System. An international approach to standardize the graduation of evidence and recommendations in guidelines]. *Internist (Berl)*. 2008 Jun;49(6):673-80. doi: 10.1007/s00108-008-2141-9.

14. Eden J, Wheatley B, McNeil B, Sox H, editors. Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC: National Academies Press; 2008. *Knowing What Works in Health Care. A Roadmap for the Nation.*

15. WHO. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) and Health Education and Health Promotion Unit (HEP), Health Promotion Glossary, 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

16. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function (“Acheson Report”). London, HMSO, 1988

17. Norman Daniels. Justice, Health, and Health Care. Consultado em Janeiro de 2013. Disponível em : http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf

18. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. | *American Journal of Public Health*, 92(2) :169-176, 2002.

19. Downie RS, Macnaughton. *Clinical Judgment – evidence in practice.* Oxford University Press, 2000.

20. Shy C The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *American Journal of Epidemiology* 1997; 145:479-84.

21. Correia de Campos A. Saúde o custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos. 1983.

22. Calman KC, Downie RS. Ethical principles and ethical issues in public health. In *Oxford textbook of Public Health, Vol.I* (3 ed). (ed Detels R, Holland W, McEwen J, Omenn G). Oxford: Oxford University Press, 1997, p391-402

23. DGS. Relatório da pandemia da gripe em Portugal, 2009. Consultado

em 23 de Janeiro de 2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013574.pdf>

24. European Commission. Final Report from the Expert Group on Science, H1N1 and Society. Science, H1N1 and society: Towards a more pandemic-resilient society. HEG Expert Group –2011

25. Miller HI. The Pandemic That Wasn't. The Project Syndicate, 10 April 2010. Consultado em Maio de 2010. Disponível em: <http://www.project-syndicate.org/commentary/the-pandemic-that-wasn-t>

26. Charlton B. Public Health Medicine - a different kind of ethics?. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86:194-5.

27. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *Health Promotion*. Vol. 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

28. Syme SL. To prevent disease: the need for a new approach. In: Blane E, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization: Towards Health Policy for the 21st Century*. London, England: Routledge; 1996:22–31. Organization; 1986:iii–v

29. Raymonil Massd, Bryn Williams-Jones. Ethical Dilemmas in Health Promotion Practice. In: I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson, et M. O'Neill (eds.), 2012. *Health Promotion in Canada* (3rd ed), Toronto, ON: Canadian Scholars' Press, Inc, p. 241-253. Consultado em. 21d e Dezembro de 2013. Acedido em: <http://genethics.ca/personal/papers/Masse-WJ.pdf>

30. Nuffield Council on Bioethics. Public health: ethical issues [Internet]. London: NCB; 2007. Disponível em <http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Public%20health%20-%20ethical%20issues.pdf>

31. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+prioritarios.htm>

32. Rose G. Sick individuals and sick populations, I Int. *J. Epidemiol.* (2001) 30 (3): 427-432 doi:10.1093/ije/30.3.427

33. 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>

34. 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

35. Moynihan R, Doust J, Henry D (2012) Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 344: e3502. doi:10.1136/bmj.e3502.

36. 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>

37. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography *Cochrane Database Syst Rev*, 2009. <http://www.cochrane.dk/research/Screening%20for%20breast%20cancer%202013%20CD001877.pdf>

38. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. The benefits and harms of breast cancer screening. *The Lancet*, 2013 (381):799

39. 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.

40. Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA*. 2012;307(6):565-6.

41. 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.

42. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, 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.

43. Santos I. Conflitos de natureza ética nos rastreios. *Saúde & Tecnologia*. 2012;(7):5-8.

44. Administração Central do Sistema de Saúde. Contratação com os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS [Internet]. Lisboa: ACSS; 2012. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DirecçãoeUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

45. Fletcher R, Fletcher SW. *Clinical Epidemiology: The Essentials* (5th ed). Ed. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2014