

Bioética da Prevenção

Giovanni Berlinguer

Professor, Dipartimento di Biologia Animale e dell'uomo, Università di Roma "La Sapienza" - Roma-Italia.

Além das razões práticas, que consistem na sua eficiência, existem motivos éticos que justificam a exigência de dar prioridade à prevenção das doenças. Esses são três: a sua virtude antecipatória, porque pode permitir aos indivíduos serem eticamente ativos; o princípio da universalidade, porque pode aplicar-se a todos, e contém portanto uma perspectiva igualitária; a capacidade de atenuar os conflitos, inclusive aquele próprio da atividade dos médicos, os quais vivem e ganham por meio das doenças ao invés da saúde.

UNITERMOS Prevenção, alocação de recursos, eqüidade.

tema que vem sendo mais freqüentemente discutido com referência à ética da saúde é sobre quais bases devem-se estabelecer as prioridades na alocação dos recursos destinados aos serviços sanitários, que se tornaram escassos e insuficientes. Esses, na verdade, sempre foram escassos e insuficientes. Quase todas as nações têm dado prioridade a outras despesas, sobretudo militares, com a justificativa de que se deve proteger o povo da ameaça dos inimigos externos. Essas, porém, são ameaças eventuais que são superdimensionadas, preterindo as ameaças reais que os inimigos internos, a pobreza e a doença, trazem à vida dos cidadãos. Deve-se acrescentar que, quando se fala de recursos para a saúde, não se pode aqui referir somente àqueles monetários. Se ocorresse substancial mudança no clima moral e político, ou seja, na consciência dos indivíduos e na prioridade dos governos, teríamos certamente um extraordinário encorajamento à capacidade dos especialistas, das instituições e da população para agirem em favor da saúde.

Mas é fato que ainda que se afirmasse, por esta e por outras vias, uma prioridade maior da saúde, a vantagem imediata que isso traria à humanidade sofredora não eliminaria o problema filosófico e prático da distribuição dos recursos destinados aos ser Ex-Vice-Presidente do Comitê Italiano de Bioética.

O presente trabalho é parte de um livro em elaboração sobre "Ética da Saúde".

viços sanitários. Esses, ainda que fossem ampliados, não poderiam certamente ser ilimitados. Nesse âmbito colocam-se três problemas: a) 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; b) a correção das distorções que existem na despesa sanitária, criticada até pelo Banco Mundial (1) com as palavras *misallocation, inequity and inefficiency*; c) o tema, que não é certamente substituto do precedente, da "prioridade da prevenção".

Sobre prevenção, o tema que abordarei aqui, existem, porém, alguns equívocos muito banais. O primeiro está em contrapor a prevenção à cura, como se existisse uma insanável antinomia. O segundo está em afirmar-se com palavras o valor prático da prevenção, mas em negá-lo nos fatos. Na realidade, os governos das nações desenvolvidas dedicam a este fim não mais que 3 a 6% da despesa sanitária, e os das nações menos desenvolvidas uma alíquota muito menor. Por outro lado, mesmo os cidadãos, muitas vezes preferem a construção de um novo hospital aos

investimentos a favor da prevenção, os quais são menos visíveis e têm efeitos menos imediatos. Em outras palavras, pode-se dizer, referindo-se à mitologia grega, que Igea, a deusa-símbolo da preservação da saúde, tornou-se a irmã pobre de Panacea, a deusa que promete um remédio para cada mal. O terceiro equívoco banal, talvez o mais difundido, está no confundir dois campos diferentes e objetivos da prevenção: a) *a prevenção primária e a promoção da saúde*, que se propõem conjuntamente evitar o surgimento das doenças e a melhorar as condições psicofísicas dos indivíduos que vivem numa coletividade. Esses tipos de ação tendem a mobilizar capacidades preventivas que decorrem das opções compreendidas em outros campos: difusão da instrução, humanização do trabalho, melhoria da nutrição, da habitação e da vida urbana, espírito de convivência e de solidariedade entre os cidadãos. Tais recursos contribuem de maneira decisiva para a melhoria da saúde, seja porque logram mudar as condições objetivas da existência, seja porque desenvolvem, nos indivíduos, conhecimentos e estímulos capazes de favorecer, e não obrigar, a livre adoção de comportamentos mais saudáveis; b) *a medicina preventiva e a prevenção secundária*, que são atividades específicas da medicina, isto é, serviços voltados às pessoas para diagnosticar e curar as doenças na fase pré-sintomática ou então inicial, com o objetivo de dificultar o seu progresso ou de minimizar o dano.

Um equívoco menos banal, porém muito difundido, está na afirmação de que prevenir custa menos do que curar. Em muitos casos isto é verdade. Mas, se se raciocina exclusivamente em termos monetários é fácil observar que a prevenção pode afastar e mesmo atenuar as doenças, mas não pode evitar a velhice e os processos que antecipam a morte, isto é, as fases da vida nas quais as despesas terapêuticas tornam-se mais elevadas. Levando ao limite extremo este raciocínio, e abdicando até de toda avaliação moral, pode-se dizer que a maior economia se realizaria não com a prevenção, mas com a eutanásia forçada das pessoas que nascem necessitando de muitos cuidados, daquelas que contraem doenças crônicas ou de qualquer pessoa que atinja uma idade muito avançada. Se, não esquecendo os aspectos econômicos do problema, se raciocina também em termos humanos, a afirmação "prevenir custa menos que curar" acaba contendo uma verdade substancial, se não por outro motivo, porque pode poupar ou atenuar muitos sofrimentos evitáveis.

Todavia, mesmo esta afirmação não pode ser generalizada. Deve ser comprovada, e em alguns casos refutada, com referências à validade das simples medidas de prevenção. O diagnóstico precoce dos tumores, por exemplo, mostrou-se útil como economia, seja de vidas humanas seja de meios terapêuticos, no caso dos tumores malignos do colo uterino. Porém, para o câncer da próstata, mesmo havendo métodos válidos para confirmar a presença em fase assintomática, não existe nenhuma demonstração de que a triagem precoce e a cirurgia adotadas sistematicamente reduzem a mortalidade. Por meio da autópsia de pessoas com mais de 50 anos, mortas por diversas causas, verificou-se que quase um terço tinha carcinoma prostático latente e ainda inócuo. Diagnosticar e operar estes casos poderia ter sido danoso, pelo risco e pelas seqüelas funcionais da intervenção, pelos efeitos psicológicos de saber-se canceroso e ainda pelos custos monetários dos cuidados.

Quando a prevenção é ligada à modificação dos comportamentos, freqüentemente o saldo é positivo, seja quanto à saúde das pessoas, seja quanto à redução da despesa com saúde. O exemplo mais evidente são os efeitos da redução do uso do tabaco. Quando isso acontece, pode-se dizer que o prejuízo é somente dos produtores e dos vendedores, que vêem reduzidos os seus ganhos, e a vantagem é toda de quem para de fumar (a menos que seja acometido por uma profunda depressão...). Mas em outros casos semelhantes, nem tudo é tão claro. No livro *Leggenda e realtà del colesteròlo* (2), Marco Bobbio referiu muitos dados que confirmam que o risco de infarto é maior quando se encontra excesso de colesterol no sangue. Entretanto, documentou também que não há prova alguma de que se prolongue a vida média modificando radicalmente a dieta da população ou tratando sistematicamente todas as pessoas que tenham níveis anormais de colesterol com remédios, que entre outras coisas custam muito caro. Fica claro com este exemplo, que quando as doenças são pluricausais, isto é, associadas a diversos

fatores, a idéia de prevenir agindo contra "o inimigo", idéia que nasce na era microbiana com a difusão da vacinação, freqüentemente não é válida nem conveniente.

Existem pois, medidas preventivas, de tipo primário, que são pouco onerosas no âmbito da despesa sanitária, que são muito convenientes para a saúde, mas são também muito exigentes em termos de mudança ambiental, isto é, de transformações da infra-estrutura ou seja dos modelos de produção e de consumo. Freqüentemente, é com isso que se obtêm os resultados melhores. Podem ser referidos, por exemplo, os efeitos benéficos que tiveram na Europa, no fim do século XIX, a proibição do trabalho de menores, a redução dos horários de trabalho e as medidas a favor das trabalhadoras grávidas. Pode-se também citar um episódio anterior ocorrido em Londres, em 1854, durante uma epidemia de cólera. John Snow descobriu que a doença era difundida por meio de um condutor d'água contaminada; fechado este, a epidemia cessou. John Snow teve que superar as incompreensões. Mas, quando existem interesses em jogo, são ainda mais fortes as resistências em aceitar uma correlação de causalidade entre a doença e as condições ambientais. Quando se discutiu no Senado do Velho Reino italiano a lei sobre o trabalho de menores, por exemplo, o industrial-senador Alessandro Rossi (3) afirmou: "Em determinadas condições higiênicas, o trabalho torna-se útil, profícuo aos menores e às suas famílias. Nem sempre o trabalho é danoso: por exemplo, o trabalho nas minas protege da tísica e o trabalho com cobre e couro também protege de certas doenças". Em relação aos casos citados, referentes à realidade atual, a demonstração do nexó de causalidade pode ser menos evidente, e as modificações necessárias para fins preventivos podem ser mais complexas que fechar um conduto d'água e instalar um outro, ou então vetar o trabalho das crianças. Em qualquer caso é raro que se possa falar de custo zero e deve-se exigir que a relação entre custo e benefício, que é usualmente avaliada em termos macroeconômicos, seja analisada com respeito às pessoas sobre as quais incidem os custos e àquelas que recebem os benefícios, que raramente são as mesmas.

Fiz referência, até agora, à avaliação prática da atividade preventiva. Espero que tenham emergido com clareza dois pontos: a) que em muitos casos a prevenção da doença é o resultado, às vezes desejado, mas mais freqüentemente espontâneo, dos progressos da civilização e da afirmação de outros direitos humanos e sociais; b) que na ação sanitária específica é necessário um reequilíbrio entre a assistência aos doentes (genérica e especializada, domiciliar e hospitalar), a medicina preventiva e a prevenção primária, de modo que, sem esquecer nenhuma destas, se reforce a prevenção primária. As motivações econômicas convergem muitas vezes, mas não sempre, para essa exigência, a qual me parece ter de sua parte, de modo mais unívoco, três motivações éticas que definirei: a) a virtude antecipatória; b) o princípio de universalidade; e c) a atenuação dos conflitos.

A) Um dos privilégios éticos da prevenção está na sua virtude antecipatória, na capacidade de intervir com a finalidade de evitar um dano. As equivalências saúde = bem e doença = mal, referentes ao juízo sobre a vida e sobre a morte, podem ser assumidas como distinções basilares entre valores, como sublinha Jonas (4) com seu "sim à vida", ainda que a discussão filosófica as coloque às vezes em dúvida e que na vida pessoal existam casos em que isto é avaliado de modo precipitado. Pode-se acrescentar que autonomia de um pessoa pressupõe, com a sua liberdade, a capacidade dela de fruir, tendo à sua disposição, tanto os conhecimentos quanto as condições psicofísicas. Nem mesmo essa autonomia pode valer como regra geral, mas é amplamente reconhecido que a saúde é um fator que quase sempre favorece a livre escolha e a participação na vida da comunidade. Até aqueles que têm definido a saúde no sentido instrumental, como a capacidade da pessoa de cumprir as tarefas que lhe são assinaladas, ao querer subjugar-la para fins heterônimos reconhecem implicitamente esse valor. Enfim (mas talvez seja melhor dizer em princípio), a prevenção tende a permitir a realização de um programa vital, inscrito no código genético, enfrentando tempestivamente as doenças que possam alterá-lo ou interrompê-lo prematuramente.

Pode-se objetar que os programas vitais dos indivíduos prevêm às vezes doenças de caráter endógeno, e que muitas doenças exógenas têm origem natural. Mas a prevenção tende exatamente a corrigir essa condição, podendo por isso ser considerada eticamente fundamentada como ação específica da espécie humana, tendente a assegurar o pleno cumprimento do ciclo vital de cada indivíduo, a garantir-lhe um maior *empowerment* (aumento da faculdade e do poder), e a permitir-lhe ainda ser ele mesmo agente moral.

B) Uma outra motivação reside no princípio de universalidade. Consiste no fato de que a prevenção tem um potencial igualitário. Este potencial expressou-se no passado pelas medidas de saneamento urbano e pela vacinação contra a varíola, a tuberculose, a poliomielite, das quais todas as classes sociais se beneficiaram mais ou menos; em relação a algumas doenças o benefício da vacinação foi extensivo a todas as nações do mundo. Hoje acrescenta-se outra constatação, que foi mencionada pelo epidemiologista Rodolfo Saracci (5): "O mecanismo que visa tornar igualitário o direito dos cidadãos à saúde, principalmente por meio de um acesso igual aos serviços diagnósticos e curativos, é absolutamente vital, mas corre o risco de se tornar sempre mais oneroso e sempre menos igualitário. O único modo de enfrentar simultaneamente o volume da despesa e a desigualdade da proteção à saúde é a prevenção... esta elimina na raiz uma das desigualdades mais relevantes, repleta de conseqüências no plano pessoal: a desigualdade entre uma pessoa acometida por uma doença e uma pessoa que permanece com boa saúde. Toda a medicina tem certamente por meta a saúde, mas somente a prevenção tem como característica intrínseca e como meta específica a igualdade de cada cidadão no campo da saúde".

Um dos filósofos italianos que analisaram a relação entre ética e saúde, Salvatore Veca (6), depois de ter examinado a tensão entre utilidade e direitos, assinalou "o que tem em comum utilitaristas e kantianos". De acordo com Veca: "Razões de utilidade e razões de direitos são essencialmente razões impessoais e neutras com respeito ao agente: estas são, ou pretendem ser, razões para quem quer que seja. O que torna comum as duas perspectivas principais é a tendência à universalidade que é, conjuntamente, o efeito do ponto de vista objetivo na ética e um sinal da venerável regra de ouro. Adotar o ponto de vista ético coincide aqui com o máximo esforço para lançar um olhar impessoal sobre nossa vida. A pergunta 'como devemos viver?' deveria ser reformulada mais precisamente: 'como cada um deveria viver?'. Penso que a prevenção possa ser um terreno fértil para confirmar ou para fazer avançar essa reflexão.

C) O princípio da atenuação dos conflitos não pode certamente significar que a prevenção elimine os contrastes: nem entre interesses, nem entre legítimos valores humanos que são dificilmente conciliáveis entre si. Todavia, os conflitos podem ser reduzidos. Engelhardt sustenta que "o sistema que concentra os seus recursos sobre a medicina preventiva" põe em conflito "com aqueles que requerem assistência a saúde agora, aqueles que poderiam no futuro ser salvaguardados dos males de doenças preveníveis" (7). Pode-se observar que essa competição se verifica (não necessariamente!) no caso da prevenção médica, a qual utiliza muito freqüentemente os mesmos recursos que podem ser destinados à terapêutica; ela não existe, ou é habitualmente muito menor, na prevenção primária e na promoção da saúde, que se baseiam na mobilização de outros recursos, aí compreendidos os comportamentos pessoais.

Um outro tipo de conflito ético está no exercício mesmo da profissão médica. O tema foi freqüentemente abordado com ironia, raramente com análise aprofundada. Dele falou, por exemplo, Bernadino Ramazzini, no tratado em que descreveu, em 1700, as doenças de quase todas as profissões da época, nestes termos: "É surpreendente como durante graves epidemias, febres malignas, pleurites, e outras doenças que se difundem na população, os clínicos ficam imunes, quase por um privilégio da sua profissão. Creio que isso se possa relacionar não tanto à precaução adotada, quanto a muito exercício e ao bom humor, porque voltam para casa bem carregados de dinheiro. Eu observei que os médicos nunca ficam tão mal como quando ninguém está mal. Este fenômeno me saltou aos olhos sobretudo nos últimos cinco anos quando, com a

melhoria das condições higiênicas, não se verificou nenhuma epidemia" (8). Em resumo, os médicos, ainda que agindo segundo a ciência e a consciência, que são dois imperativos morais da profissão, vivem e ganham em proporção à doença. Há ainda um terceiro imperativo, o do interesse, o qual mesmo quando não influi sobre prestações de serviços singulares pode criar uma situação conflitual. A atividade curativa dos médicos é por si só freqüentemente impregnada de valores morais, e é comumente destinada a persistir enquanto existirem doenças, isto é, para sempre; mas pode ser benéfico resolver, ao menos em parte, a antinomia que assinala, co-interessando aos médicos também a saúde. Não estou certo de que seja verdadeira, mas me parece subjetiva a solução que foi dada para este problema na antiga China: o médico de família recebia somente quando todos estavam sãos, e a retribuição era suspensa quando alguém adoecia, porque o seu trabalho era sobretudo ajudar a manter os seus assistidos em boa saúde. Uma versão moderna desta orientação está nas tentativas que estão sendo feitas nos Estados Unidos em alguns países europeus, para associar médicos, também com incentivos econômicos, aos programas de prevenção.

Mas provavelmente o conflito mais profundo que a prevenção pode atenuar é o que surge na prática dos transplantes. Para que não surjam equívocos, é útil ressaltar que: a) às vezes o transplante pode ser o único meio para recuperar a saúde e para salvar a vida; b) a doação de órgão, como promessa feita pela pessoa ou como decisão *post-mortem* dos familiares, é um dos atos de mais profunda solidariedade. Dito isto, deve-se reconhecer que o transplante de órgãos vitais é também expressão de dois insucessos, porque um indivíduo (o doador) morreu precocemente, jovem, muitas vezes por acidente e um outro indivíduo (o receptor) ficou tão gravemente doente, a ponto de não poder sobreviver senão com a aplicação para o bem do princípio *mors tua, vita mea*. Não me parece que se tenham feito muitas pesquisas epidemiológicas ou clínicas para estabelecer em quantos casos as medidas de prevenção ou cura precoce poderiam ter salvo a vida de um ou a saúde do outro, ou mesmo ambas as coisas. Ao contrário, depois que na Itália foi introduzido o uso obrigatório de capacete pelos motociclistas, e, portanto, diminuiu o número de acidentes fatais, ouvi um cirurgião lamentar-se: "Não se consegue mais fazer transplantes".

Embora sendo um admirador dos milagres que fazem às vezes os cirurgiões, voltou-me à mente, escutando aquela frase, uma avaliação de Platão (9), que considerava exatamente o contrário de harmoniosa uma cidade que tivesse "a necessidade de médicos e de juízes hábeis"; ele julgava vergonhoso "ser obrigado a recorrer a uma justiça tomada de empréstimo de outros, com patrões e juízes, por falta de recursos pessoais", como também "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 justiça, além dos recursos pessoais, concorre a equidade social; e para a saúde além do regime de vida, um ambiente saudável. Mas pode-se ainda compartilhar o propósito: agir de modo oportuno e apropriado para promover e manter estes dois valores conjuntamente indispensáveis para a convivência civil e o bem-estar pessoal, e para evitar de delegar aos juízes e aos médicos, ainda que sejam capazes.

Referências Bibliográficas

- World Bank. Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993: 3-4.
Bobbio M. Leggènda e realtà del colesteròlo. Milano: Bollati Boringhieri, 1993: 21-30.
Rossi A. Discorso sul lavoro dei minori. Atti parlamentare del Senato del Regno, 10 dicembre 1885: 4450-61.
Jonas H. Das Prinzip Verantwortung. Frankfurt am Main: Insel Verlag, 1979.
Saracci R. Pour en finir avec l'inégalité. Le Monde 1990 oct 19.
Veca S. Questioni di vita e conversazioni filosofiche. Milano: Rizzoli, 1991: 193-201.
Engelhardt HT Jr. Manuale di bioetica, Milano: Mondadori, 1991.
Ramazzini B. De morbis artificum diatriba. Padua, 1700.
Platone. La Repubblica: 405 A e 405 C.