

A medicina preventiva

ALBERTO PINTO HESPANHOL,* LUCIANA COUTO,** CARLOS MARTINS*

RESUMO

Introdução: Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986) a Promoção da Saúde consiste no processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. A Prevenção é uma das principais componentes da promoção da saúde. Contudo, a sua aplicação pode levantar múltiplos problemas éticos passíveis de interferir de forma significativa com o resultado final.

Conteúdo: Neste contexto, à luz dos princípios da ética médica, discute-se a abordagem de alguns tópicos relacionados com a prática clínica da Medicina Geral e Familiar actual: os factores de risco, a educação para a saúde, a vacinação como forma de prevenção primária da doença, os rastreios como forma de prevenção secundária da doença e o modelo da consulta médica.

Conclusão: A reflexão sobre alguns dos dilemas éticos que envolvem a prática clínica da Medicina Geral e Familiar é pertinente e espera-se que possa contribuir para melhorar a forma como se aplica a prevenção na prática clínica. Neste âmbito, assume particular importância a evolução que se tem assistido no modelo da consulta e na forma como a decisão médica é tomada.

Palavras-chave: Ética Médica; Medicina Geral e Familiar; Medicina Preventiva; Promoção da Saúde, Educação para a Saúde.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste artigo o termo *Medicina Preventiva* deve ser entendido como sinónimo de *Promoção da Saúde*, a qual segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986) consiste no processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar.¹

Essa acção em Promoção da Saúde implica o desenvolvimento de diferentes actividades, que podem ser sistematizadas em três vertentes de acção inter-relacionadas e complementares:

- *Educação para a saúde* – processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde;
- *Prevenção da doença* – conjunto de medidas que visam evitar, detectar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas;
- *Protecção da saúde* – conjunto de medidas destinadas ao controlo de facto-

res de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais.²

Dado que o Objectivo Fundamental da Educação para a Saúde é preventivo, tal como se classifica a Prevenção em primária, secundária ou terciária assim se poderá fazer o mesmo relativamente à Educação para a Saúde.²

Segundo Tones, enquanto que a *prevenção primária* pretende reduzir a incidência (número de novos casos) de doença na população, a *educação para a saúde primária* diz respeito à promoção do comportamento que proporcione bem estar ou evite a doença, como é o caso de encorajar os hábitos alimentares correctos, a vacinação, o exercício físico e evitar os acidentes.²

Também segundo Tones, enquanto a *prevenção secundária* pretende reduzir a prevalência (número total de casos presentes) de doença na população, a *educação para a saúde secundária* diz respeito à promoção de realização de rastreios equacionados para a detecção de doença em indivíduos assintomáticos assim como à utilização adequada dos Serviços de Saúde.²

Finalmente segundo o mesmo autor, enquanto a *prevenção terciária* pretende reduzir a incapacidade provocada pela doença já estabelecida, a *educação para a saúde terciária* diz respeito à promoção da aderência à terapêutica assim como à utilização dos serviços de reabilitação.² Considerando a associação entre a incapacidade e a doença, a prevenção terciária implica a «gestão da doença crónica» e assim possibilita, numa perspectiva populacional, a redução dos seus custos sociais e económicos.³

Esta classificação é facilmente documentada na Educação para a Saúde e na Prevenção de diversas doenças,

Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

*Centro Saúde de São João da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Unidade de Saúde Familiar das Camélias

como é o caso da Diabetes Mellitus.⁴

Outros autores adoptam uma classificação diferente de prevenção, em que a *prevenção primária* consiste no controlo dos factores de risco modificáveis e a *prevenção secundária* refere-se à profilaxia de episódios subsequentes da doença. Por outras palavras, a *prevenção primária* compreende o conjunto de medidas que tem como objectivo diminuir o risco de determinada doença em populações assintomáticas, actuando ao nível dos factores de risco, enquanto que a *prevenção secundária* compreende a atitude terapêutica, medicamentosa ou não, que tem como objectivo reduzir a incidência, morbidade, dependência e mortalidade da recorrência da doença.

Contudo, em algumas áreas, como é o caso das Doenças Cardiovasculares,⁵ já se começa a introduzir a designação de *prevenção primordial*. A prevenção primordial está relacionada com as doenças crónico-degenerativas e visa evitar o aparecimento de estilos de vida que possam contribuir para um risco acrescido de doença, como por exemplo a nutrição inadequada, a prática irregular de exercício físico/sedentarismo e o tabagismo.³

Mais recentemente surge um outro nível de prevenção, a prevenção quaternária, também designada por prevenção da iatrogenia.⁶⁻¹⁰ Na realidade, com a crescente utilização na área da saúde de novas tecnologias e a realização de um maior número de intervenções diagnósticas e terapêuticas, as quais tendem a ser cada vez mais invasivas e sofisticadas, o intervalo de segurança entre os benefícios e os riscos tem vindo a diminuir, reduzindo a segurança para o doente. Assim, a prevenção quaternária deve ser desenvolvida continuamente e em paralelo com a actividade clínica, de modo a evitar o uso desnecessário e o risco das intervenções médicas.⁹

A prevenção quaternária visa, por um lado, evitar ou atenuar o excesso de

intervencionismo médico associado a actos médicos inapropriados e, por outro lado, fornecer aos utentes a informação necessária para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e as desvantagens dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos.⁸

Podemos dar vários exemplos de actividades de prevenção quaternária.^{8,10} Pode ser a simples atitude expectante, muitas vezes difícil de pôr em prática, de «esperar para ver», o chamado «*wait and see*» dos autores anglo-saxónicos, em que se utiliza o tempo como elemento importante em termos de diagnóstico e de tratamento.⁸

Pode ser a resolução de medos medicamente provocados, como por exemplo o «medo do colesterol», em cujo tratamento se utilizam milhões de horas médicas, de outros profissionais de saúde e dos próprios utentes, e se gastam milhões de euros em análises laboratoriais e em medicação para «colocar os utentes de acordo com as guidelines».

Outro exemplo pode ser a estratégia para reduzir o uso de antibióticos e os níveis de resistência antimicrobiana. Os estudos que se têm vindo a realizar sobre a utilização de antibióticos em Portugal, têm evidenciado uma elevada intensidade do seu uso associada a taxas elevadas de resistência antimicrobiana.¹¹⁻¹⁴

Também pode ser prevenção quaternária a crítica a sessões de educação para a saúde ou campanhas de prevenção desnecessárias ou de benefício duvidoso, oferecendo aos utentes uma oportunidade de decisão informada. São exemplos, segundo Gêrvas, alguns tipos de rastreios mamográficos para a prevenção secundária do cancro da mama.⁸ Na realidade se existe consenso entre as diferentes recomendações na realização da mamografia no grupo etário das mulheres dos 50 aos 69 anos, já não existe no dos 40 aos 49 anos. Também no grupo etário das mulheres

dos 50 aos 69 anos não foi ainda determinada a periodicidade ótima da realização deste rastreio.¹⁵⁻¹⁷

E finalmente, na área oncológica a prevenção quaternária pode ser entendida como «prevenção do sofrimento», integrando-se nos cuidados paliativos, sendo a quarta fase de controlo do cancro.^{18,19} Aparentemente parece tratar-se de um conceito diferente da prevenção quaternária anterior, ou seja da prevenção da iatrogenia, contudo tal como nos adverte Almeida a prevenção quaternária entendida como «prevenção do sofrimento» orienta os cuidados de saúde no sentido de proporcionarem uma melhor qualidade aos doentes terminais, prevenindo-se assim as intervenções médicas desnecessárias.²⁰

A pertinência deste novo tipo de prevenção resulta, a nível individual, da detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.^{6,7} A nível populacional, a sua relevância reside na resposta que dá ao crescimento dos gastos com cuidados de saúde e que consiste em proporcionar a racionalidade do tratamento, a utilização mais criteriosa dos recursos em saúde e finalmente a melhoria da qualidade do acto médico. Os principais factores demográficos e não-demográficos responsáveis pelo crescimento da despesa com saúde são a inovação tecnológica, o crescimento do rendimento das pessoas e o envelhecimento da população, embora a literatura científica sobre a sustentabilidade financeira da saúde faça alusão a outros factores.²¹⁻⁴

A prevenção quaternária baseia-se em dois princípios éticos: o princípio da precaução («primum non nocere») e o princípio da proporcionalidade, o qual estabelece que as eventuais vantagens de uma intervenção devem ser ponderados face aos seus hipotéticos riscos, de modo a evitar a iatrogenia. A prevenção

quaternária também respeita a autonomia do utente ao possibilitar que adira ou não à terapêutica prescrita ou a conselhos fornecidos nas áreas preventivas ou da doença, após ter sido devidamente informado.²⁰

Da definição de Promoção da Saúde retiramos alguns aspectos e acrescentamos outros que nos parecem, pela sua importância, merecer uma reflexão especial à luz dos princípios da ética médica: **os factores de risco e princípios da ética médica, a educação para a saúde, a vacinação como forma de prevenção primária da doença, os rastreios e a consulta médica, decisão e prevenção – do paternalismo à decisão partilhada.**

FACTORES DE RISCO E PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA

Muitas das actividades preventivas exercidas no contexto da medicina actual resultam de estudos que evidenciam a associação de determinados factores a um risco superior do indivíduo sofrer determinada doença: «factores de risco».

O termo «factor de risco» diz respeito a um estilo de vida ou aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica congénita ou hereditária, em relação ao qual existe evidência epidemiológica de que está associado a determinada condição relacionada com a saúde, condição essa que se considera importante prevenir.²⁵ Numa linguagem mais simples, usa-se o termo «factor de risco» para descrever características (factores) que estão associadas positivamente ao risco de desenvolvimento da doença, mas não são necessariamente factores causais.²⁶ Um factor causal é aquele que ficou estabelecido para lá de qualquer dúvida razoável como agente causal de uma enfermidade.²⁷

O facto de a decisão de tratar deter-

minada condição ou de aconselhar a realização de determinados testes ser baseada em indicadores de associação, frequentemente sem nexo de causalidade comprovado, pode levantar questões do ponto de vista ético. Será que existem provas suficientemente robustas de que os factores de risco se associam ou causam a doença que se deseja prevenir? Existirão provas suficientes de que o controlo do factor de risco é eficaz no controlo da doença que se pretende prevenir? Para ajudar a responder a estas questões, a epidemiologia tenta medir a contribuição relativa de cada factor na ocorrência da doença e o correspondente potencial de prevenção da doença, supondo a eliminação ou redução (controlo) desse factor.²⁶ Este tipo de medição baseia-se sobretudo em cálculos de probabilidades e a evidência é obtida a partir de estudos em grupos de indivíduos, eventualmente do somatório de vários grupos de indivíduos (meta-análises). Na sua prática clínica, cada médico acaba por fazer uma extrapolação da evidência obtida a partir desses grupos de indivíduos para o seu paciente individual, com as suas próprias especificidades. Esta extrapolação não é linear, muito menos consensual e necessita de elevada perícia e arte médica, mas pretende sobretudo aplicar o princípio da **beneficência**: agir no melhor interesse do paciente.

Contudo, muitas das actividades preventivas de aplicação corrente acarretam elas mesmas alguns riscos de dano para os pacientes. Sob esta perspectiva, é necessário respeitar o princípio da **não-maleficência**: os médicos têm o princípio ético de não provocar dano nos seus pacientes (*primum non nocere*). Os falsos positivos de alguns testes de rastreio, o desconforto físico e psicológico provocado nos pacientes por algumas das técnicas usadas em actividades preventivas e os efeitos secundários de alguns dos medicamentos

usados para controlar alguns factores de risco são disso exemplo. Um outro exemplo, embora frequentemente esquecido, é o desconforto provocado no paciente resultante da privação de um hábito ou de um estilo de vida, por pretendo aconselhamento preventivo, que constituía para ele uma fonte de bem-estar físico, psíquico e social (por exemplo, a privação de um determinado alimento no contexto de uma dieta para prevenção e controlo da obesidade).

Frequentemente, estes dois princípios da ética médica, a beneficência e a não-maleficência, apontam para decisões opostas e este equilíbrio pode dificultar a decisão na prática clínica. A epidemiologia e a medicina baseada na evidência têm, de certa forma, contribuído para tentar auxiliar, nesta perspectiva, os médicos e os pacientes nas decisões a tomar. Vão nesse sentido a criação e utilização cada vez mais comum dos conceitos «número necessário para rastrear/tratar» (NNR/T) e «número necessário para danificar» (NND). O NNR/T indica-nos o número de pacientes que é necessário rastrear ou tratar, durante o período de tempo que durou o ensaio, para evitar um evento adicional e, na prática, traduz uma forma de medir o grau de beneficência de uma determinada intervenção.²⁸ Quanto menor este número, maior será a probabilidade de estarmos a actuar no melhor interesse do paciente (beneficência). O NND indica-nos o número de pacientes que é necessário rastrear ou tratar para fazer com que mais um paciente sofra dano provocado pelos efeitos adversos do teste ou da terapêutica.²⁸ Quanto maior este número, maior a probabilidade de não se provocar dano nos pacientes (não-maleficência).

Mas, além dos dois princípios da ética médica já referidos, também poderão ser discutidos outros princípios no contexto da medicina preventiva: a autonomia, a justiça, a veracidade e a honestidade.

Princípio da **autonomia**: o doente tem o direito de aceitar ou recusar determinado teste ou terapêutica. Por vezes, o ímpeto preventivo de alguns profissionais de saúde ou de algumas políticas de saúde pode colocar em risco este princípio.

Princípio da **justiça/equidade**: preocupação com a distribuição equitativa dos escassos recursos dos sistemas de saúde. A evolução tecnológica e científica tem colocado à disposição dos médicos e dos pacientes um número cada vez maior de alternativas de testes ou terapêuticas preventivas. Alguns destes, são também consideravelmente dispendiosos e, financeiramente, poderão não ser acessíveis a toda a população e poderão não ser sustentáveis para o serviço de saúde.

Princípio da **veracidade** e da **honestidade**: o doente tem o direito de conhecer a verdade sobre os testes ou os tratamentos a que é submetido. O mito de que a «medicina moderna está muito avançada» e que o homem tudo consegue descobrir ou dominar está enraizado em muitos dos nossos pacientes. Frequentemente, o paciente olha para o resultado de um teste e interpreta-o como uma verdade absoluta: o teste é negativo, logo eu não tenho a doença. Com frequência, o paciente desconhece que a medicina não é uma ciência absoluta, mas que esta é e sempre será «a ciência das probabilidades e a arte das incertezas». ^{29,30}

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (1969) definiu Educação para a Saúde nos seguintes termos: «A Educação para a Saúde diz respeito a todas as experiências do indivíduo, grupo ou comunidade que influenciam crenças, atitudes ou comportamentos referentes à saúde, assim como aos modos e aos esforços de produzir a mudança, quando isso é

necessário para uma óptima saúde». ³¹

Tal como a OMS, a maioria dos autores defende que o conceito de Educação para a Saúde engloba dois aspectos distintos, embora complementares – a informação dos utentes sobre a saúde e a mudança de comportamento perante a saúde. As mudanças de conhecimentos são as mais fáceis de realizar, seguidas pelas mudanças de atitudes. As mudanças de comportamentos individuais são consideravelmente mais difíceis e consomem mais tempo que esses dois níveis anteriores. Mas a implementação de mudanças de comportamentos de grupos ou de organizações são talvez ainda mais difíceis e levem ainda muito mais tempo a conseguir do que qualquer uma das outras. ³²

Existem também dificuldades na realização de sessões de educação para a saúde, das quais se destacam as seguintes: formação profissional inadequada, recursos humanos e materiais insuficientes, definição inadequada dos objectivos educativos, assistência variável às diferentes acções por parte dos utentes e dificuldades de avaliação do processo e dos resultados. ^{33,34} Trata-se de uma *abordagem comunitária ou estratégia populacional*, menos personalizada, dirigida às populações, mais institucional, ao nível dos Centros de Saúde e outras organizações comunitárias. Contudo os utentes consideram que o Clínico Geral/Médico de Família (CG/MF) é o seu primeiro contacto em saúde e ocupa uma posição chave para lhes prestar conselhos preventivos de uma forma credível, ou seja uma *abordagem familiar ou estratégia individual*, mais personalizada, dirigida aos indivíduos e às suas famílias, ao nível do médico e da sua relação médico/doente ou utente. ¹⁷ Sackett e Haynes e Haynes e col, citados por Smail, ³¹ reviram cerca de 800 artigos originais sobre a aderência à terapêutica prescrita ou a conselhos fornecidos nas áreas preventivas ou da doença, com predominância des-

tes últimos. Concluíram que uma série de factores não estavam correlacionados com a aderência à terapêutica ou a conselhos, como p.ex. a gravidade dos sintomas, o tipo dos sintomas, a duração dos sintomas, a idade do doente, o sexo do doente, o prognóstico do médico sobre a aderência do seu doente. Contudo encontraram correlações com a satisfação do utente com o seu médico, para além de outras características do regime terapêutico prescrito pelo médico e do tipo de serviços prestados: continuidade de prestação de cuidados médicos, pouco tempo de espera pela consulta, organização adequada da unidade de saúde, vigilância médica contínua da terapêutica, encorajamento à auto-vigilância do utente e regime terapêutico simples.³¹ Têm vindo a surgir na literatura médica outros factores que aumentam a eficácia da educação para a saúde prestada pelos CG/MF, como por exemplo: sentimento de confiança no CG/MF por parte do utente,³⁵ envolvimento do utente no processo de tomada de decisão durante a consulta,³⁶ identificação dos benefícios e dos custos,³⁷ implementação de estratégias que visam ajudar os utentes a recordar conselhos preventivos previamente administrados.³⁸

Assim, a educação do utente em geral diz respeito não só às crenças, atitudes e comportamentos perante a Saúde e factores que os influenciam, mas também às estratégias educacionais e comportamentais que podem ser utilizadas para as modificar. Os objectivos Gerais da Educação para a Saúde podem-se expressar do seguinte modo:

1. INFORMAR OS UTENTES ACERCA DA SAÚDE E DOS SEUS PROBLEMAS EM GERAL OU EM PARTICULAR. Em primeiro lugar, antes de se tentar alterar o comportamento das pessoas, devem os profissionais envolvidos estar perfeitamente habilitados a explicitar as razões que justificam os seus propósitos. Na realidade, a história da medicina está repleta de situa-

ções em que opiniões médicas, que mostraram estar erradas com o passar dos tempos, foram transmitidas como verdadeiras a um público insuspeito.^{31,39}

A complexidade das necessidades e dos problemas de saúde de utentes e famílias desfavorecidas bem como a interacção entre os vários determinantes da saúde (físicos, psicológicos, sociais e ambientais) obriga o CG/MF a desenvolver esforços no sentido de tornar a educação para a saúde efectiva, executando uma variedade de estratégias em colaboração com diferentes serviços.^{17,40,41}

Deve ser sempre disponibilizada ao utente uma explicação do procedimento preventivo recomendado, ou seja, educação para a saúde que promova a realização da prevenção aconselhada.^{15,16,42,43} Isto também se aplica ao aconselhamento a prestar ao utente para o informar que um determinado procedimento não está recomendado como prevenção, como é o caso do rastreio do PSA (Prostate Specific Antigen) em homens assintomáticos.^{15-17,42,43}

Ultimamente, tem vindo a aumentar a referência na literatura científica a factores de risco em populações saudáveis, ao ponto de se falar numa «epidemia de riscos», que acarreta que um número cada vez maior de indivíduos saudáveis seja considerado «em risco» e tenha necessidade de cuidados médicos.⁴⁴ A sociedade tem vindo a evoluir de uma morte evitável e sem diagnóstico para uma «cultura do risco», do medo inevitável de morrer. Segundo Gérvas e Fernández, o risco epidemiológico, ou seja, a simples associação estatística entre um factor e uma doença, quase se converte numa doença ou numa causa necessária e suficiente da mesma.⁸

Segundo alguns autores trata-se da «medicalização» dos factores de risco e da sociedade,^{45,46} a que se junta o alegado «marketing de medo», da responsabilidade de alguma indústria farma-

cêutica, visando sobrestimar as situações clínicas e os factores de risco na população e «medicalizar» as situações fisiológicas.⁴⁷ Jordan (1984) e Becher (1986), ambos citados pelo Grupo de Educación Sanitaria y Promoción Sanitaria y Promoción de la Salud semFYC (PAPPS),³⁴ criticam a educação para a saúde por acentuar a responsabilidade individual associada aos estilos de vida pessoais o que foi descrito como a «culpabilização da vítima» ou a «tirania da promoção da saúde». Contudo, outros autores referem que não se trata de «medicalizar» a vida quotidiana, mas sim de facilitar e de estimular as mudanças voluntárias em direcção a opções mais saudáveis, respeitando assim a autonomia do utente, o que pressupõe que o utente possa aceitar ou recusar terapêuticas ou conselhos preventivos, após ter sido adequadamente informado.³⁴

Finalmente, mas não menos importante, podem surgir problemas éticos na área da relação médico/doente quando se confrontam as expectativas cada vez maiores, expressas pelos utentes, no sentido de serem informados acerca da sua saúde e dos seus problemas em particular, com a relutância do CG/MF em aceder a essas solicitações, invocando múltiplas razões que vão desde o ceticismo com que encara a eficácia da educação para a saúde ou o receio de provocar ansiedade entre os seus utentes ao realizá-la, até à constatação da dificuldade que sente em executá-la por falta de tempo.^{31,39}

2. TENTAR MUDAR O COMPORTAMENTO DOS INDIVÍDUOS PARA O BENEFÍCIO DA SUA PRÓPRIA SAÚDE E ENCORAJÁ-LOS A EVITAR AS SITUAÇÕES QUE CONDUZEM À DOENÇA. Nos últimos anos foram propostos diversos Modelos Teóricos explicativos das mudanças comportamentais na área da adopção de hábitos saudáveis, que pretendem identificar os determinantes comportamentais e a influência relativa dos diferentes processos cognitivos

na adopção dos comportamentos.^{17,34}

Recordando que os fins não justificam os meios, não bastará que a mudança do comportamento seja comprovadamente benéfica para a saúde do indivíduo ou da população, também os métodos utilizados para a fazer são importantes, não devendo ser considerados como éticos aqueles que provocam um certo grau de ansiedade na população.^{31,39}

Diversos estudos retrospectivos testaram positivamente a validade do *Modelo de convicções perante a saúde (Health Belief Model)* na explicação ou alteração do comportamento da aderência aos regimes terapêuticos e aos conselhos preventivos. Este modelo, também conhecido pelo «Modelo dos três S», sugere que a aderência a um conselho preventivo dependerá de: percepção da Ssusceptibilidade, percepção da Seriedade da ameaça de doença, viabilidade da Solução proposta.^{17, 31,34}

Este modelo aplica-se a simples mudanças comportamentais como realizar uma citologia cervicovaginal ou uma mamografia, contudo determinado tipo de educação para a saúde pode requerer acções mais complexas durante um período mais longo, como por exemplo a perda de peso, o aumento da actividade física ou a abolição do tabagismo. Nestas circunstâncias pode-se utilizar por exemplo o *Modelo das etapas de mudança comportamental (Prochaska, 1984)*, que formula a hipótese de que as mudanças comportamentais obedecem a uma série de etapas, tanto nas alterações espontâneas como nas que obedecem a recomendações terapêuticas. Estas etapas de mudança podem ser explicadas como uma progressão ao longo de um processo, que se inicia com uma etapa de pré-contemplação, continua com uma etapa de contemplação, seguida duma etapa de preparação, terminando com as etapas de acção e manutenção.^{17,34}

3. INFORMAR O PÚBLICO DOS SERVIÇOS DE

SAÚDE DISPONÍVEIS, PROMOVENDO A SUA UTILIZAÇÃO ADEQUADA. Muitos dos utentes inscritos num determinado CG/MF recorrem aos Serviços de Saúde sem terem motivo suficiente para o fazer, enquanto que outros não o fazem, embora tivessem motivo de saúde justificativo. Na realidade, dado que os recursos não são infinitos, será necessário desencorajar alguns utentes a sobre-utilizarem os Serviços de Saúde com vista a libertá-los para outros, mantendo assim a eficácia dos Serviços. É neste sentido que se desenvolve o conceito actual da Qualidade em saúde, ou seja, satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e directivas da profissão e do contratante (Ovretveit, 1992).⁴⁸ Esta definição inclui preocupações de equidade e de exigências técnicas, engloba exigências éticas e exige obediência contratual. Na realidade é importante não só dar satisfação aos utentes que recebem os serviços de saúde mas também assegurar que todos os que necessitam de um determinado serviço poderão obtê-lo.⁴⁹

4. PROMOVER A RESPONSABILIDADE DOS UTENTES PELA MANUTENÇÃO DA SUA PRÓPRIA SAÚDE. A nível da Medicina Geral e Familiar o aconselhamento acerca dos estilos de vida relacionado com a saúde debate-se com algumas dificuldades e que fundamentalmente são, segundo Demack (1987), citado pelo Grupo de Educación Sanitaria y Promoción Sanitaria y Promoción de la Salud semFYC (PAPPS): o CG/MF espera «sucessos terapêuticos», a curto ou a médio prazo, ao passo que o utente espera mais um «tratamento» do que conselhos; os profissionais receberam formação insuficiente para lidar com questões relacionadas com estilos de vida; muitos utentes estão pouco predispostos a assumir a responsabilidade sobre a sua própria saúde.³⁴

Este objectivo é cada vez mais impor-

tante nos nossos dias quando observamos os progressos na convocação de utentes por meio de registos, muitos já computadorizados, os quais podem induzir o público a pensar que o seu CG/MF tomará toda a responsabilidade pela correcta programação dos diversos tipos de serviços preventivos, como por exemplo a vacinação e outros rastreios oncológicos.^{15-17,42,43} Muito embora estes sistemas possam ser extremamente benéficos é importante realçar que só devem ser interpretados como sistemas do tipo «memorando», ficando a responsabilidade na procura dos Serviços de Saúde a cargo de quem a compete – o utente.

A VACINAÇÃO COMO FORMA DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA DOENÇA

A planificação atempada e adequada da cobertura vacinal para cada grupo etário populacional no âmbito dos cuidados de Medicina Preventiva é uma forma importante de **prevenção primária** da doença. A vacinação tem dois objectivos temporalmente distintos, a curto prazo propõe proteger os indivíduos e a comunidade contra doenças infecciosas graves como a poliomielite e o tétano, enquanto que a longo prazo pretende erradicar, sempre que possível, a doença a que se dirige.⁵⁰

No plano de saúde individual, a nível dos cuidados antecipatórios, a protecção que se pretende com a administração das vacinas a toda a população, sem olhar a classes sociais, tem um potencial igualitário (justiça social) sendo expressão do princípio da universalidade. Constitui ainda uma forma de intervir oportuna e apropriada para promover e manter a equidade social protegendo a população de doenças mais graves (beneficência), ponderando sempre a relação benefícios/riscos (não maleficência).^{51,52}

A sub-imunização é um problema

importante em algumas comunidades e dentro destas em alguns grupos. Quando consideramos a prestação de cuidados à população infantil, tem de ser feito um esforço para informar os pais e crianças acerca das vacinas disponíveis, da sua efectividade e segurança.⁵³ No entanto, alguns autores consideram que as vacinas são uma interferência física num doente saudável e não um tratamento a uma doença estabelecida. Do ponto de vista ético torna-se necessário informar adequadamente quem vai receber estes cuidados sobre os riscos e benefícios que podem comportar e obter por parte dos familiares ou dos seus representantes o consentimento informado (beneficência/não maleficência).^{50,54} A promoção vacinal nas instituições de saúde não deve esquecer de referir as suas vantagens e incluir também a referência aos possíveis efeitos laterais, garantindo a liberdade de decisão, tendo por base os princípios éticos da justiça e da solidariedade, em paralelo com a autonomia da decisão de aceitação ou não da vacinação.⁵⁴ É importante não só dar satisfação aos utentes que recebem os cuidados de saúde sobre as vantagens e possíveis inconvenientes, mas que todos os que necessitam dos serviços possam obter esses cuidados.⁴⁹

A relação entre a ajuda utilitária de promoção da saúde pública e a protecção da privacidade e liberdade de movimentos no contexto de doenças com diferentes graus de contagiosidade e propagação, é uma questão ética valorizável, envolvendo em países pobres também questões de justiça social, uma das preocupações centrais da ética.⁴⁹

Outra preocupação ética importante é fazer o possível para que os outros não sejam infectados, nomeadamente no que diz respeito à infecção pelo HIV, tuberculose multiresistente e novas doenças emergentes como a Síndrome Respiratória Aguda podem ameaçar a saúde dos outros. A sociedade pode, como

um todo, adoptar medidas de protecção, como por exemplo vigilância ou isolamento que limitam a liberdade individual. Noutros casos como a gripe, ao vacinar os indivíduos com mais de 65 anos e os outros doentes de risco, a doença tem menos impacto, mas existe uma obrigação de cada um de evitar infecções que possam levar a internamento com custos acrescidos; também as outras pessoas devem ter a oportunidade e a responsabilidade de se protegerem.⁵⁵

Outro aspecto da prevenção primária das doenças tem a ver com o aumento das viagens num mundo global em que nenhuma doença está longe de atingir qualquer população. Cada vez mais pessoas em cada ano fazem viagens internacionais por razões de trabalho ou de lazer, com benefícios económicos e sociais para as populações, mas com potenciais custos médicos pelas oportunidades criadas para disseminação de infecções. A Medicina do viajante desempenha um papel vital, não só na limitação da morbidade das doenças relacionadas com as viagens, mas também na limitação da disseminação de doença. Nesta área de intervenção, deve ter-se em atenção os locais com problemas específicos, como por exemplo zonas endémicas para a malária, a febre amarela e outros riscos e efectuar aconselhamento e orientação adequada a todos os que viajam, informando das precauções gerais com alimentos, água, medicação profilática e outras, bem como devem receber as vacinas recomendadas de acordo com o local para onde se deslocam.⁵⁶⁻⁸

A saúde não é apenas um bem individual mas também um bem social e económico, reflectindo-se no domínio da política da saúde, da desigualdade social e económica, da aceitação da saúde como bem comum e dos princípios éticos essenciais que estão claramente associados a uma visão consensual de dignidade humana.⁵⁹

Os RASTREIOS

Um dos papéis chave da Medicina Geral e Familiar é a prevenção da doença. Os especialistas de Medicina Geral e Familiar estão em posição privilegiada para permitirem à população de que cuidam os programas de **prevenção secundária com rastreios** adequados.⁶⁰

Nos cuidados de saúde primários são observados cerca de 86% da sua população em cada ano, desempenhando por isso um papel central nos cuidados de saúde, seja na observação oportunista do doente que se lhe apresenta com um problema numa consulta não programada, podendo antecipar necessidades preventivas, seja convocando o doente para avaliações programadas. De acordo com os princípios estabelecidos para se implementar um rastreio, a doença a ser objecto de rastreio deve constituir um problema de saúde importante, a sua história natural deve ser bem conhecida, deve ter uma fase pré-sintomática relativamente prolongada, deve ser aplicado de forma aceitável em termos de validade, de morbilidade, de riscos e de custos e para os resultados positivos devem ser assegurados métodos de confirmação diagnóstico aceitáveis. Deve existir um tratamento acessível e aceitável em termos de efectividade, morbilidade, riscos e custos e deve resultar da aplicação de um determinado rastreio a redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida das populações.⁶⁰

Antes da realização do rastreio deve ser feito aconselhamento informado e acções subsequentes, pois o diagnóstico de doença por rastreio pode ter potenciais impactos psicossociais, podendo ser necessário aconselhamento adequado após o diagnóstico.⁶⁰

Os rastreios envolvem questionários, testes realizados na população para identificar os mais susceptíveis à doença e às suas complicações. No que se

refere aos aspectos éticos deste tipo de prevenção secundária, há que ter em consideração que certas investigações e tratamentos podem ser potencialmente nocivos. Deve-se ter em conta que podem surgir prejuízos devido ao facto de pessoas assintomáticas após a realização do rastreio passaram a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções.⁶⁰ Podem também surgir neste tipo de avaliação falsos positivos, efeitos físicos como por exemplo desconforto provocado pelo rastreio, identificação de cancros sem relevância clínica e efeitos psicológicos nas pessoas como a ansiedade durante a sua aplicação.¹⁷

Para a realização de rastreios populacionais deve existir sustentação científica desses programas de rastreio, através de ensaios controlados e randomizados, de estudos de correlação e observacionais, como estudos de estudos de caso-controlo e estudos de coorte, para se demonstrar numa análise do Custo-Efectividade do Rastreio a sua evidência e assim avaliar as vantagens da aplicação de tal procedimento.⁶⁰ Tomando como exemplo a avaliação da tensão arterial a pessoas com mais de 18 anos de 2 em 2 anos, esta tem um nível de evidência de boa qualidade, obtida de revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados, enquanto que não existe evidência para se efectuar rastreio do cancro do pulmão por radiografia pulmonar.⁶⁰ Em contrapartida, pela divulgação desta forma de prevenção secundária são criadas nas populações expectativas cada vez maiores sobre as intervenções na sua saúde.⁴²

A igualdade de acesso à prevenção tem sido identificada como uma prioridade de saúde pública pela OMS, devendo ser sempre disponibilizadas aos utentes as explicações dos procedimentos preventivos recomendados para ele, tendo em conta o seu grupo etário e as suas susceptibilidades individuais e

também conseguir a sua adesão à realização de tais procedimentos.^{15,16,39,41,61}

Existem estudos que revelam desigualdades económicas no uso dos cuidados de medicina preventiva, nomeadamente nos rastreios oncológicos, identificando-se uma maior utilização destes procedimentos pelas classes socioeconómicas mais favorecidas, particularmente em relação à utilização de mamografia no rastreio do cancro da mama e à realização da citologia cervico-vaginal no rastreio do cancro do colo do útero, sendo menos utilizado o rastreio do colesterol. A população socialmente mais desfavorecida estará em maior risco de saúde, mas utiliza menos estes rastreios.^{62,63} O especialista de Medicina Geral e Familiar cuidando de uma lista de utentes e contactando ao longo do tempo com estas famílias pode e deve identificar as pessoas de risco de forma individual ou por intervenção na família, de forma sistemática ou oportunista, e posteriormente convocar para rastreios adequados a cada um, garantindo os princípios de ética de igualdade e justiça social.^{15,16,39,42}

CONSULTA MÉDICA, DECISÃO E PREVENÇÃO – DO PATERNALISMO À DECISÃO PARTILHADA

Ao longo do tempo, a consulta médica, a relação entre médico e paciente e a forma como as decisões médicas foram sendo tomadas, evoluíram na sua forma, metodologia e conteúdo. Esta evolução tem acompanhado a evolução da própria sociedade e tornou-se mais evidente com as transformações da segunda metade do século XX e com os estudos sobre a consulta médica desenvolvidos a partir da década de 70.

Byrne e Long publicaram em 1976 os resultados da sua investigação sobre a consulta médica no contexto da clínica geral.⁶⁴ No seu estudo, gravaram mais de 2000 consultas e da análise resultou um padrão das consultas observa-

das (Quadro I).

No princípio da década de 80, Ian McWhinney e Moira Stewart apresentaram o «método clínico centrado no paciente» (Quadro II).^{65,66}

Sensivelmente na mesma altura, o Schofield e Pendleton sugeriram que a boa prática da consulta se deveria basear no alcançar de sete tarefas: as «sete tarefas de Pendleton» (Quadro III).⁶⁸

Na década de 90, na sequência dos estudos efectuados por Wennberg e Mulley sobre o incorporar das preferências dos pacientes nas decisões médicas⁶⁹ e sobre instrumentos que servem de apoio à decisão do paciente,⁷⁰ o conceito do envolvimento dos pacientes nas decisões médicas torna-se no centro da discussão académica sobre a consulta. Surge o conceito da decisão partilhada

QUADRO I

PADRÃO DAS CONSULTAS OBSERVADAS POR BYRNE E LONG⁶⁴

- O médico estabelece uma relação com o paciente
- O médico tenta descobrir o motivo da consulta
- O médico procede à anamnese e ao exame físico
- O médico, ou o médico e o paciente, ou o paciente (nesta ordem de probabilidade) consideram a condição em causa (a patologia, o diagnóstico)
- O médico e, ocasionalmente, o paciente determinam os detalhes do tratamento ou da investigação que irá ser conduzida

QUADRO II

COMPONENTES DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE^{65,67}

- Exploração da doença e da dor do paciente
- Compreensão da pessoa no seu todo e no seu contexto
- Estabelecer o terreno comum sob uma perspectiva de gestão
- Incorporar a promoção da saúde e a prevenção da doença
- Construir a relação médico/paciente
- Ser realista

com os pacientes. Glyn Elwyn propõe um conjunto de aptidões para o profissional de saúde alcançar uma decisão partilhada com os seus pacientes (Quadro IV).⁷¹

QUADRO III

AS SETE TAREFAS DA CONSULTA DE PENDLETON⁶⁸

1. Definir o motivo da consulta do paciente (ideias, preocupações e expectativas)
2. Considerar outros problemas
3. Com o paciente, escolher a atitude apropriada para cada problema
4. Alcançar um entendimento partilhado dos problemas
5. Envolver o paciente na gestão e encorajá-lo à aceitação de responsabilidades
6. Usar apropriadamente o tempo e os recursos
7. Estabelecer uma relação que ajude a alcançar as outras tarefas

QUADRO IV

APTIDÕES DO MÉTODO DE DECISÃO PARTILHADA – GLYN ELWYN⁷¹

- Definição do problema
- «Equipóise»
- Exposição das opções
- Verificar o entendimento
- Ideias, preocupações, expectativas
- Preferência do papel
- Tomar a decisão
- Deferimento
- Rever a necessidade de ajustamentos da decisão

Analisando esta «viagem» efectuada pelos vários modelos de consulta, facilmente nos apercebemos que partimos de um modelo de consulta e de decisão médica essencialmente paternalista até chegarmos ao modelo da decisão partilhada que ultrapassa já o simples consentimento informado e assume as características próprias da era pós-moderna em que vivemos.⁷² A voz única do médico, reinante no modelo paternalista, deu lugar à presença de múltiplas «vozes» na consulta (p.ex. voz do paciente, voz da indústria farmacêutica, voz da comunicação social e voz da evidência científica) (Quadro V). De um modelo mais centrado na agenda do médico, como o descrito pelas observações de Byrne e Long, evoluímos para modelos em que a agenda do paciente se tornou mais relevante, como o método clínico centrado no paciente e o modelo de decisão partilhada.

A relação dos poderes na consulta também se alterou substancialmente. Do poder do médico que era predominante no modelo paternalista, tende-se a evoluir para um equilíbrio de poderes, entre médico e paciente. E assim sobrevivem também características como a opção individual e a autonomia.

Vários factores terão contribuído para esta evolução. Certamente que a revolução das tecnologias de informação com maior acessibilidade à informação sobre saúde, quer pelos profissionais de saúde, quer pela população e

QUADRO V

CARACTERÍSTICAS DE MODELOS DE CONSULTA E DECISÃO MÉDICA

	Paternalista	Decisão partilhada
Transferência de informação	Uma via: do médico para o paciente; o mínimo necessário para o consentimento informado	Duas vias: médico fornece toda a informação necessária para a tomada de decisão, o paciente fornece informação sobre os seus valores e opções
Deliberação	Pelo médico ou com outros médicos	Médico e paciente (e, potencialmente, outros)
Decisão	Médico	Médico e doente

uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde terão sido alguns dos factores motivadores desta evolução. Contudo, também terão existido aspectos éticos que contribuíram para esta evolução. O tradicional modelo paternalista não respeita alguns dos valores e princípios éticos fundamentais como, por exemplo, o princípio da autonomia. Immanuel Kant definiu a autonomia como a possibilidade do «próprio efectuar opções e tomar decisões, sendo o próprio uma entidade moral». ⁷² Sempre que alguém toma decisões pelo outro, o outro não está a ser autónomo. O modelo paternalista dá primazia aos valores do médico. A autonomia do paciente só é garantida se o paciente participar nas decisões da consulta. Este problema do foro ético terá sido, de forma explícita ou implícita, um dos principais factores impulsionadores da evolução do modelo de consulta e do modelo de decisão médica. ⁷³

Neste contexto, centremos agora a nossa reflexão sobre a componente preventiva da Medicina Geral e Familiar. Atendendo aos problemas éticos que a Medicina Preventiva pode levantar, parece-nos óbvio que levar em consideração a evolução dos vários modelos de consulta e de decisão médica, assume particular importância. 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 *per se*, quanto mais se for «imposto» ao paciente no contexto de uma consulta que segue o tradicional modelo paternalista. A prática de uma medicina em que as decisões sejam partilhadas com os pacientes, enriquecida por uma correcta comunicação com o paciente e que envolve os seus valores e as múltiplas vozes, surge como uma verdadeira salvaguarda dos princípios éticos no exercício da Medicina Preventiva.

Certamente, a consulta médica continuará a evoluir no sentido de uma

complexidade cada vez maior. A Medicina Preventiva colocar-nos-á também desafios mais complexos. Basta pensar nos desafios que a investigação científica no campo da genética nos colocará. Contudo, parece-nos que a melhor prática e o respeito pelos princípios éticos seguirá os passos da evolução aqui apresentada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion: The move towards a new public health; 1986 Nov 17-21; Ottawa. Ottawa: WHO; 1987.
2. Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health promotion, models and values. Oxford: Oxford University Press, 1990.
3. Alwan A. Noncommunicable diseases: a major challenge for public health in the Region. *East Mediterr Health J* 1997; 3 (1): 6-16.
4. Direcção-Geral da Saúde. Programa de controlo da Diabetes Mellitus. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1995.
5. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Despacho nº 16415/2003 (II série) – D. R. nº 193, de 22 de Agosto.
6. Jamouille M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four preventions fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice. Disponível em: URL: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html> [acedido em 22/07/2007].
7. Bentzen N, editor. *Wonca Dictionary of General / Family Practice*. Copenhagen: Maa-nedskift Lager; 2003.
8. Gêrvas J, Fernandez MP. Genética y prevención cuaternaria: el ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003 Jul 30; 32 (3): 158-62.
9. Gêrvas J. Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34.
10. Melo M. A prevenção quaternária contra excessos da medicina. *Rev Port Clin Geral* 2007 Mai-Jun; 23 (3): 289-93.
11. Palma RM. Prescrição de antibióticos no Serviço de Atendimento Complementar. *Rev Port Clin Geral* 2002 Jan-Fev; 18 (1): 35-52.
12. Falcão JM, Pisco AM, Simões JA, Fal-

ção IM, Pimenta ZP, Nunes B. Prescrição de anti-bacterianos em clínica geral: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2003 Jul-Ago; 19 (4): 315-29.

13. Caldeira L, Remísio E, António A, Aguiar P, Fonseca A, Vaz AF, et al. Prescrição de antibióticos para infecções do tracto respiratório em Portugal continental. *Rev Port Clin Geral* 2004 Jul-Ago; 20 (4): 417-48.

14. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele RV, Elseviens M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005 Feb 12-18; 365 (9459): 579-87.

15. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Evidence-based clinical prevention. London, Ontario: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2002. Disponível em: URL: <http://www.ctfphc.org> [acedido em 22/07/2007].

16. United States Preventive Services Task Force. Preventive services. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. Disponível em: URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> [acedido em 22/07/2007].

17. The Royal Australian College of General Practitioners "Red Book" Taskforce. Guidelines for preventive activities in general practice. 6th ed. Victoria, Australia: The Royal Australian College of General Practitioners, 2005. Disponível em: URL: <http://www.racgp.org.au> [acedido em 22/07/2007].

18. MacDonald N. Palliative care: an essential component of cancer control. *CMAJ* 1998 Jun 30; 158 (13): 1709-16.

19. Weinstein SM. Integrating palliative care in oncology. *Cancer Control* 2001 Jan-Fev; 8 (1): 32-5.

20. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Rev Port Saúde Pública*. 2005 Jan-Jun; 23 (1): 91-6.

21. Robine JM, Jagger C, van Oyen H, Cambois E, Romieu I, Clavel A, et al. Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-free life expectancy in EU countries from 1991 to 2003, based on the European Community Household Panel. *European Health Expectancy Monitoring Unit Technical Report 2*. Montpellier: EHEMU; 2005. Disponível em: URL: <http://www.disabilitaincifre.it/europa/EHEMUtechrep2.pdf> [acedido em 22/07/2007].

22. European Commission. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Members States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Special Re-

port nr. 1, 2006. Brussels: European Commission; 2006.

23. OECD. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper nr. 477. Paris: OECD; 2006.

24. OECD. Future budget pressures arising from spending on health and long-term care". *OECD Economic Outlook, Preliminary edition*, May 2006. Paris: OECD; 2006. p. 213-29.

25. Last JM. A dictionary of epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1988.

26. Rocha E. Causalidade. *Factores de Risco* 2006 Jul-Set; 1 (2): 68-72.

27. Stone DB, Armstrong RW, Macrina DM, Pankau JW. Introdução à epidemiologia. Alfa-gide: McGraw-Hill de Portugal, 1999.

28. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.

29. França GV. Os riscos da medicina baseada em evidências. *Bioética* 2003; 11 (1): 23-32.

30. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005 Feb 15; 35 (2): 95-8.

31. Smail S. Patient education in general practice. In: Gray M, Fowler GH. *Preventive Medicine in General Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1983. p. 56-69.

32. Hersey P, Blanchard KH. Management of organizational behaviour: utilizing human resources. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall Internacional; 1993.

33. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción Sanitaria y Promoción de la Salud semFYC (PAPPS). Efectividad de la Educación Sanitaria en Grupo en el marco de la Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: SEMFYC; 1996.

34. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción Sanitaria y Promoción de la Salud SEMFYC (PAPPS). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: DGS; Barcelona: SEMFYC; 2001.

35. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients' trust relates to their involvement in medical care. *J Fam Pract* 2005 Apr; 54 (4): 344-52.

36. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med* 2000 Nov-Dec; 9 (10): 1148-55.

37. Schauffler HH, Rodriguez T, Milstein A. Health education and patient satisfaction. *J Fam Pract* 1996 Jan; 42 (1): 62-8.
38. Ley P. Patients' understanding and recall in clinical communication failure. In: Pendleton D, Hasler J, editors. *Doctor-patient communication*. London: Academic Press; 1983. p. 89-107.
39. Hespanhol AP. Problemas éticos em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19 (4): 389-93.
40. Cabral M, Silva P, Mendes H. Saúde e doença em Portugal: inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais – Universidade de Lisboa; 2002.
41. WORLD Health Organization. Reducing risks, promoting health lives. Geneva: WHO; 2002.
42. Sousa Pinto A, Veiga G, Hespanhol AP. Exames periódicos (check up's) em adultos assintomáticos, em Medicina Geral e Familiar. *Arq Med* 2002; 16 (1): 23-33.
43. Milone SD, Milone SL. Evidence-based periodic health examination of adults: memory aid for primary care physicians. *Can Fam Physician* 2006 Jan; 52: 40-7.
44. Skolbekken JA. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995 Feb; 40 (3): 291-305.
45. Verweij M. Medicalization as a moral problem for preventative medicine. *Bioethics* 1999 Apr; 13 (2): 89-113.
46. Gotzsche PC. Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 890-1.
47. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
48. Ovreteit J. *Health Service Quality: an introduction to quality methods for health services*. Oxford: Blackwell Science; 1992.
49. Hespanhol AP. Assegurar qualidade em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2004; 20: 264-8.
50. Krantz I, Sachs L, Nilstun T. Ethics and vaccination. *Scand J Public Health*, 2004; 32 (3): 172-8.
51. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliège D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002 Jul; 56 (7): 510-6.
52. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *J Med Ethics* 2000 Oct; 26 (5): 323-9.
53. Cohn AC, Broder KR, Pickering CK. Immunization in the United States: a rite of passage. *Pediatr Clin North Am* 2005 Jun; 52 (3): 669-93.
54. Dawson A. Vaccination and the prevention problem. *Bioethics* 2004 Nov; 18 (6): 515-30.
55. Verweij M. Obligatory precautions against infections. *Bioethics* 2005 Aug; 19 (4): 323-35.
56. Kollaritsch H, Wiedermann G. Compliance of Austrian tourists with prophylactic measures. *Eur J Epidemiol* 1992 Mar; 8 (2): 243-51.
57. Dawson A. What are the moral obligations of the traveller in relation to vaccination. *Travel Med Infect Dis* 2007 Mar; 5 (2): 90-6.
58. Corte-Real I. Ética, justiça e equidade no sistema de saúde. Disponível em: URL: <http://www.cienciahoje.pt/9696> [accedido em 22/07/2007].
59. Loch JA. Questionamentos éticos em imunização infantil. In: Urban CA, editor. *Bioética Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2003. p. 440-3.
60. Selgelid MJ. Ethics and infectious disease. *Bioethics* 2005 Jun; 19 (3): 272-89.
61. Organization Mondiale de la Santé. *Les soins de santé primaire : rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaire : Alma-Ata, 1978*. Genève: Organization Mondiale de la Santé; 1978. p. 88.
62. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; (138): 369-76.
63. Van Der Velden K, Fleming DM, Abrahamse H. Screening in primary care: health for all? *Eur J Public Health* 1999 Dec; 9 (4): 290-93.
64. Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients*. London: HMSO; 1976.
65. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
66. McWhinney IR. *Manual de Medicina Familiar*. Lisboa: Inforsalus; 1994.
67. Nunes JM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care; 2007.
68. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Have-lock P. *A Consulta: uma Abordagem à aprendizagem e ensino*. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993.
69. Barry MJ, Mulley AG Jr, Fowler FJ, Wennberg JW. Watchful waiting versus imme-

diate transurethral resection for symptomatic prostatism: the importance of patients' preferences. JAMA 1988 May 27; 259 (20): 3010-7.

70. Barry MJ, Fowler FJ Jr, Mulley AG Jr, Henderson V Jr, Wennberg JE. Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. Med Care 1995 Aug; 33 (8): 771-82.

71. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol

R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract 2000 Nov; 50 (460): 892-9.

72. Elwyn G. Arriving at the postmodern consultation. Eur J Gen Pract 2004 Sep; 10 (3): 93-6.

73. Bonkovsky FO. Contending medical decision models. Theor Med Bioeth 2001 Jun; 22 (3): 193-210.

ABSTRACT

Introduction: According to the Ottawa Charter (WHO, 1986), Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. Prevention is a major component of Health Promotion. However, applying prevention may raise multiple ethical issues which can interfere with the final result.

Content: Under this context and based on the principles of medical ethics, we discuss some clinical practice topics related with the modern Family Medicine: risk factors, health education, immunization, screening and the model of consultation.

Conclusion: The reflection about some ethical dilemmas surrounding the clinical practice in Family Medicine is expected to contribute to improve the way prevention is performed. Particular relevance and attention should be given to the evolution of the consultation model and of the medical decision model.

Keywords: Medical Ethics; Family Medicine; Preventive Medicine; Health Promotion; Health Education.