

A Ética dos Incentivos ao Paciente ***The Ethics of Patient Incentives***

Paulo Guilherme de Oliveira Salles

Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.

pgosalles@gmail.com

Christiane Bretas

Unimed Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

christiane.bretas@unimedbh.com.br

Cláudio de Souza

Faculdade de Medicina da UFMG, Minas Gerais, Brasil

drclaudiodesouza@gmail.com

Resumo: Os incentivos aos pacientes relacionados aos cuidados com a saúde –e as questões éticas associadas a esse processo- têm sido objeto de discussão constante em nossas sociedades. Como o paciente e como as sociedades querem viver? E como os provedores de saúde querem que eles vivam? A responsabilidade individual com a própria saúde, cobrada dos pacientes, e as intervenções propostas pelos provedores de saúde têm limites? Quais são esses limites? O custo monetário dos processos de saúde e dos incentivos deve fazer parte dos processos de decisão? Os autores discorrem sobre essas questões, procurando fornecer insights de como indivíduos e sociedades podem lidar eticamente com essas demandas, de maneira a levar as pessoas a prevenir a doença de modo mais efetivo, levando estilos de vida saudáveis e considerando uma alocação criteriosa de recursos.

Palavras-chave: ética, incentivos aos pacientes, alocação de recursos, atenção a saúde.

Abstract: The incentives to patients related to health care –and the ethical issues associated with this process- have been the subject of constant discussion in our societies. How does the individual patient and how do societies want to live? And how do health care providers want them to live? Does individual responsibility for their own health, charged to patients, and proposed interventions by health providers, have limits? What are those limits? Should the monetary cost of health and incentives be part of the decision-making process related to these issues? The authors provide discussions over these topics, seeking to provide insights on how individuals and societies can ethically deal with these demands in order to get people to more effectively prevent disease, leading healthy lifestyles and considering a judicious allocation of resources.

Keywords: ethics, incentives to patients, resource allocation, healthcare.

Introdução

Chamaremos de ética, no presente texto, todo discurso normativo (mas não imperativo) que resulta da oposição entre o bom e o ruim, considerados como valores relativos: é o conjunto refletido dos nossos desejos. Enquanto a moral responde à questão "que devo fazer?", uma ética responde à questão "como devo viver?". Ela será sempre particular a um indivíduo ou a um grupo e é uma arte de viver: ela tende no mais das vezes para a felicidade e culmina na sabedoria. Essa colocação é importante para discutirmos uma chamada ética dos incentivos aos pacientes. Como o paciente (um sujeito específico) quer viver? Como os pacientes (como coletividade) querem viver? E como queremos que os pacientes vivam? E como responder a essas três perguntas de forma justa? (1-3).

João é um paciente de 60 anos, tabagista, obeso e diabético. Ele assinou um contrato com seu provedor de saúde. Os termos desse acordo ditavam que ele deveria comparecer a todas as suas consultas, assistir a aulas de "educação para diabéticos", parar de fumar e perder peso. Ele compareceu à primeira aula e depois não retornou mais, e desde então engordou cerca de cinco quilos. Ele recebeu para ler diversos materiais sobre diabetes e tabagismo, mas depois descobrimos que ele não era capaz de compreendê-los. Na semana passada ele faltou à segunda consulta consecutiva com seu médico; da última vez não tinha o dinheiro para o ônibus. Nem sua glicohemoglobina nem seus lípidos estão em níveis adequados. Com base nessas informações, seu provedor de saúde está autorizado, como contratualizado, a cancelar a maior parte dos benefícios que eram concedidos a João.

Esse cenário pode ser uma fantasia, ou não. Pacientes em todo o mundo estão sendo chamados a assinar "contratos de direitos e responsabilidades". Ao assinar esses documentos, eles concordam, entre outros, a tomar os medicamentos prescritos, seguir as orientações recebidas, e comparecer a consultas médicas e a aulas de "educação em saúde". E para os que não cumprem sua parte no acordo, os benefícios (diretos ou indiretos) são reduzidos ou eliminados (4).

Essa ênfase na responsabilidade individual é fundamental,

segundo diversos autores, para a boa saúde do indivíduo, da coletividade e das instituições que financiam a saúde. A experiência da Comissão de Escolhas para a Saúde holandesa, estabelecida em 1992 (5), cuja construção foi fundamentada na teoria da "responsabilidade moral" de Hans Jonas, tem seus três alicerces nesse conceito: o indivíduo deve responder por sua saúde no que ela depende de si, considerando as instituições que a financiam; as relações entre os indivíduos na sua existência comunitária – a saúde- exigem o concurso de todos; e as relações do estado com os indivíduos, na missão de proporcionar bem-estar aos cidadãos.

Os estudos de economia comportamental, que já ganharam um Prêmio Nobel de Economia, e que têm entre seus expoentes autores como Kahneman e Tversky (9), também têm uma forte relação com os incentivos aos pacientes, pois se fundamentam em escolhas, valores e enquadramentos (ou percepções) (3,6-9).

Incentivar o paciente implica imediatamente em fazê-lo participar ativamente do seu próprio processo de saúde, implica em torná-lo responsável por ele. E qual é o objetivo fundamental do incentivo, nesse contexto? O objetivo é motivar um comportamento saudável, recompensando aqueles que tomam medidas para serem saudáveis e requerendo que aqueles que não cuidam da sua saúde sejam responsáveis e efetivamente passem a participar do rateio do aumento do custo que eles ajudam a criar.

Desenvolvimento

Vamos utilizar o termo estratégia. Quais podemos adotar? O maior desafio para programas de saúde é motivar a participação individual. Em empresas e provedores de saúde é frequente o uso de estratégias como: realizar eventos de saúde durante horas de trabalho, convidando os funcionários a participar; envio de correspondências gerais e direcionadas (para indivíduos dentro de um determinado perfil de risco); oferecer aos indivíduos de alto risco um aconselhamento especial personalizado ou um serviço de informação telefônica gratuita; *case managers*: enfermeiras criam uma escala de atendimento telefônico ou pessoal a cada dois ou seis meses; divulgar e premiar indivíduos que participam,

e especialmente, cumprem metas do programa de redução de riscos; vincular a premiação não só à meta individual, mas à meta de um grupo específico (tornando os indivíduos ao mesmo tempo responsáveis por si e "fiscais" dos seus pares); promover competições que premiem todos que participem; e proporcionar incentivos financeiros.

Em relação ao último tópico, muitas empresas já implementam programas de benefícios baseados em risco. A filosofia é recompensar os indivíduos que tomam responsabilidade pessoal pelo seu cuidado com a própria saúde, e pelo custo dos serviços médicos. Os incentivos são extremamente diversos, podendo ser reconhecimento (através de presentes), benefícios flexíveis (horas ou dias de folga, seguros), uso de facilities ou equipamentos, dinheiro ou prêmios (ex.: sorteio de férias) e diminuição do custo do seguro de saúde (diminuição de co-participação, contribuições ou deduções fixas) (10,11).

Os programas que oferecem esse tipo de benefício, em função da "sensibilidade" vinculada a recompensas financeiras (ou punições), devem ser baseados em comportamentos e fatores de risco bem estabelecidos como importantes para a doença e para a redução de custos, e ser bem definidos, verificáveis, modificáveis e práticos de medir.

Tabagismo, sedentarismo, excesso de peso, hipertensão arterial, dislipidemia, ingestão de álcool e uso de cinto de segurança estão entre os fatores mais frequentes. Para avaliação, alguns aceitam declarações dos pacientes a respeito de exercícios ou cessação do tabagismo; outros programas, entretanto, realizam medidas objetivas (baseados na máxima de que "*o ser humano é bom por natureza, mas vigiado é melhor ainda*"): realizam testes de expiração de monóxido de carbono, dosagem sérica de tiocianato ou testes de esforço para comprovação. Para simplificar a mensuração, alguns programas baseiam sua concessão de benefícios na participação ao invés de resultados. Embora haja controvérsia legal sobre se e como indivíduos podem ser penalizados, esta é uma tendência que vem sendo rigorosamente observada (10,12-18).

Diversos trabalhos têm demonstrado que os incentivos financeiros podem promover de maneira bem sucedida comportamentos como a

cessação do tabagismo, perda de peso, redução de níveis de glicose e lípidos, e a prática de atividades físicas (12,14-18). Os resultados parecem promissores, mas faltam estudos que determinem quais incentivos são "ótimos", qual a magnitude necessária do incentivo, se o nível do incentivo varia (ou deve variar) por indivíduo, grupo ou com objetivo a ser atingido e em qual nível um incentivo mostra um custo-efetividade adequado (19).

As questões éticas também demandam análises mais aprofundadas. Alguns acham que os incentivos, independentemente de sua natureza, são coercivos, injustos e incompatíveis com os chamados "valores da sociedade"; outros afirmam ainda que todo o incentivo, direta ou indiretamente, representa uma punição ao paciente por sua doença (10,20).

Comportamentos associados a uma maior ocorrência de eventos cardiovasculares adversos, por exemplo, estão entre os mais visados em programas de concessão de incentivos. Inicialmente, deve-se ter em mente que o custo representado por pacientes tabagistas, sedentários, com maus hábitos alimentares e que não respondem a intervenções dos profissionais de saúde, tendem a ser subsidiados pelos pacientes que têm um estilo de vida mais saudável. Embora esse custo seja um elemento essencial em qualquer grupo de alguma maneira segurado, é intrinsecamente injusto que as escolhas "não saudáveis" de alguns influenciem negativamente os custos e a disponibilidade de recursos de saúde disponíveis para outros.

Em função disso, se os incentivos demonstram ser custo-efetivos ao restringirem comportamentos pouco saudáveis, considerações sobre justiça devem ser observadas para sua ampla implantação. Outra questão que deve ser considerada ao se trabalhar com incentivos é que muitos indivíduos com comportamentos que não são saudáveis desejam sinceramente modificar seus hábitos, mas têm grandes dificuldades para fazê-lo. Vários pacientes querem parar de fumar, perder peso e seguir mais e melhor as recomendações médicas, mas poucos conseguem efetivamente atingir seus objetivos. Assim, os programas de incentivo também são benéficos ao fornecer aos sujeitos ferramentas que os auxiliem a alcançar suas metas (19).

Como condição que ocupa lugar destacado na mídia atual, a obesidade (já tratada como epidemia) se tornou uma bandeira para

a instituição de políticas de incentivo para a prevenção de doenças associadas a hábitos alimentares. Uma ideia controversa vem sendo debatida em diversos países: a taxação especial de alimentos e bebidas potencialmente considerados “pouco saudáveis”. Enquanto alguns governos colocam essas medidas em prática, opositores se erguem de maneira veemente. Enquanto alguns argumentam que o Estado não deveria intervir no mercado, deixando uma maior demanda dos consumidores por produtos saudáveis –frequentemente mais caros-, regular naturalmente o consumo, os opositores dessa conduta alardeiam que é impossível pagar o custo representado por esse comportamento (nos Estados Unidos, em 2008, estima-se que 79 bilhões de dólares foram gastos em função de condições e comportamentos associados à obesidade, sem contar o custo social relacionado ao absenteísmo, diminuição da produtividade, entre outros) (21).

Discussão

Alguns pontos devem ser levados em consideração em relação à ética dos incentivos aos pacientes. O primeiro é que os incentivos, particularmente os financeiros, podem infringir e reduzir o direito de autonomia dos indivíduos. Algumas pessoas, mesmo sem incentivo algum, podem optar por estilos de vida mais saudáveis, para reduzir suas chances de problemas de saúde futuros; outras, por sua vez, podem preferir aceitar seus riscos em longo prazo e adotar hábitos teoricamente prazerosos e gratificantes para si no curto prazo (ex. tabagismo). Os indivíduos podem sentir-se desconfortáveis com programas de incentivos porque, de maneira inerente, eles indicam que algumas pessoas têm maus hábitos e que governos, provedores de saúde, empregadores e mesmo pares, que não adotam esses comportamentos definidos como ruins, são superiores. Entretanto, como os incentivos fundamentalmente trabalham com objetivos que comprovadamente estão associados com nossa auto-gratificação, é difícil aceitar esse argumento de desrespeito à autonomia. Os incentivos constituem uma forma de paternalismo denominado assimétrico: eles direcionam os sujeitos para escolhas mais saudáveis, todavia sem limitar suas opções (22-24).

Um segundo ponto que deve ser considerado é a relação dos incentivos com a vulnerabilidade dos indivíduos ou grupos. Os incentivos podem influenciar desproporcionalmente os mais vulneráveis. Sob esse prisma, entretanto, os incentivos não diferem duma política de taxaçaõ diferenciada para cigarros, bebidas alcoólicas ou alimentos pouco saudáveis, que pode preferencialmente alterar hábitos de sujeitos mais pobres. De forma semelhante à taxaçaõ regressiva, os programas de incentivo não devem ser considerados injustos porque é um dever legítimo da sociedade auxiliar aqueles que não têm condições de auxiliar a si próprios e porque algumas doenças apresentam uma incidência muito maior em indivíduos mais pobres e que, portanto, se beneficiariam muito mais dos incentivos.

Ao contrário da discussão (extremamente pertinente) sobre a remuneração oferecida para participantes de pesquisas com medicamentos ou para doadores de órgãos em vida, que podem ser injustas se seu alvo é o rico sobre o pobre, incentivos para a promoção da saúde auxiliam sujeitos menos favorecidos a ter melhores condições de saúde e de vida. Além disso, se o incentivo ajuda os indivíduos a se manterem saudáveis, esses mesmos indivíduos podem ser mais produtivos em seu trabalho, indubitavelmente promovendo um retorno financeiro pessoal e social a médio e longo prazo. Cabe nesse ponto o cuidado de equilíbrio em relação a um paternalismo excessivo e potencialmente nocivo, tão frequente em nosso meio (21,25).

Outra questão levantada é de que ao oferecermos incentivos para comportamentos que teoricamente deveriam ser adotados naturalmente, estaríamos promovendo uma subversão dos valores da sociedade e promovendo valores de certa maneira "mercenários". Essa questão pode ser dividida em duas partes. Se a introdução de incentivos leva a uma diminuição da motivação intrínseca das pessoas para melhorar sua própria saúde, os incentivos podem, de certa maneira, sabotar os resultados de saúde em longo prazo. Entretanto, essa questão está ligada à eficácia, e não à ética. Outro componente, associado especificamente a incentivos financeiros, supervaloriza o papel do dinheiro em detrimento da necessidade de esforço e da caridade para com aqueles que necessitam de

auxílio; além disso, ao introduzirmos o fator dinheiro na equação, automaticamente criamos as condições para a ocorrência de fraudes (19,20,26).

O quarto ponto sobre os incentivos está relacionado à privacidade. Como a eficácia dos incentivos deve ser monitorada ou até mensurada, os programas podem levar a um aumento do envolvimento (ou mesmo controle) do Estado, empregadores ou financiadores de saúde sobre a vida particular das pessoas. Entretanto, como o custo das decisões dos indivíduos incorre ao menos parcialmente sobre terceiros, o interesse do Estado, empregadores e de financiadores de saúde em promover a saúde e reduzir o absenteísmo é absolutamente legítimo. Além disso, como a participação em programas de incentivo deve ser sempre opcional, se o sujeito valoriza mais sua privacidade que o monitoramento, tem o direito também legítimo de optar por não participar dos programas (13,19).

Podemos ainda considerar injusto pagar a João para fazer algo que José faz de graça. Entretanto, se João e José têm o mesmo provedor de saúde, seja público ou privado, então José já está pagando pelas consequências, por exemplo, do tabagismo de João. Assim, José se beneficiaria ao pagar para que João pare de fumar. A prática de programas dessa natureza, de recompensar pessoas que não conseguem alcançar determinados objetivos sem auxílio, enquanto ignoram recompensar indivíduos que alcançam sucesso, já é corrente em sociedades liberais como a nossa. Oferecer incentivos a obesos para perder peso fundamentalmente não é diferente de prover assistência a pessoas que perderam suas casas em tragédias naturais e que não têm um seguro que cubra essas ocorrências.

Considerações finais

Talvez a mais importante observação a respeito dos incentivos esteja relacionada ao fato de que, como as pessoas apresentam diferenças em relação a suas capacidades de modificar hábitos que não são saudáveis, condicionar o incentivo ao sucesso esperado seja discriminatório para aqueles que se defrontam com mais barreiras ambientais, econômicas, ou mesmo genéticas. Falta de suporte social,

doença mental e dificuldade de acesso ao cuidado representam barreiras reais no processo de adquirir hábitos saudáveis. Além disso, há evidências crescentes na literatura que demonstram que fatores genéticos influenciam o quão facilmente as pessoas perdem peso, param de beber ou de fumar.

Assim, vincular o incentivo a um resultado objetivo específico pode, de certa maneira, ser favoravelmente injusto para aqueles que têm condições sócio-econômicas ou um genoma menos favorável. Nessa linha, programas de incentivo que cobrariam valores adicionais ou que passariam a oferecer restrições de cobertura quando metas não fossem alcançadas são certamente condenáveis, pois poderiam prejudicar aqueles que mais necessitam de auxílio e aumentariam as desigualdades de bem-estar entre os indivíduos.

Por outro lado, ofertar incentivos positivos para hábitos mais saudáveis não apresenta esse tipo de limitação. Programas de incentivo com esse desenho não oferecem quaisquer restrições para a oportunidade dos indivíduos de obterem mais saúde e podem apresentar resultados mais efetivos entre os sujeitos que demonstraram menor capacidade de alcançar objetivos de saúde sem ajuda (4,27-29). O controle dos custos associados à saúde requer que escolhas sejam feitas em relação à alocação de recursos. Doenças que são causadas ou exacerbadas por comportamentos que podem ser modificados têm sido colocadas como alvos frequentes para restrição dos recursos.

Se concluirmos que os programas de incentivo apresentam um custo-efetivo pior que meios alternativos de promover a saúde, ou que criam o risco de que os indivíduos adquiram hábitos não saudáveis para se tornarem elegíveis para os incentivos, talvez não seja adequado trabalhar e insistir para sua implantação. Mas frente à promessa atraente de que os incentivos podem modificar favoravelmente os hábitos e comportamentos, transformando-os em atitudes saudáveis, não devemos rotulá-los como práticas antiéticas sem examiná-los de modo cuidadoso e imparcial (25,30).

Referências

1. Comte-Sponville A. Valor e verdade. São Paulo:WMF, Martins Fontes;2008
2. Comte-Sponville A. Viver. São Paulo:Martins Fontes; 2000.
3. Wolff J. Introdução à filosofia política. Lisboa, Portugal: Gradiva Publicações; 2004
4. Bishop G, Brodkey AC. Personal responsibility and physician responsibility – West Virginia's Medicaid plan. *N Engl J Med.* 2006; 355(8): 756-8.
5. Holanda. Government Committee on Choices in Health Care. Choices in health care: a report. The Netherlands, 1992.
6. Weintraub WS. Controversies and opportunities in economic analysis of health care. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009;2(5):402-3.
7. Heller PS. Who will pay? Coping with aging societies, climate change, and other long-term fiscal challenges. Washington D.C.,USA:International Monetary Fund;2003.
8. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro :Contraponto - PUC-Rio; 2006.
9. Kahneman D, Tversky A (ed.). Choices, values and frames. Cambridge University Press. Cambridge; United Kingdom; 2000.
10. Gostin LO. Using law to facilitate healthier lifestyles–Reply. *JAMA.* 2007; 297(18): 1982-1983.
11. Okie S. The employer as health coach. *N Engl J Med.* 2007;357(15): 1465-9.
12. Bloch MJ, Armstrong DS, Dettling L, Hardy A, et al. Partners in lowering cholesterol: Comparison of a multidisciplinary educational program, monetary incentives, or usual care in the treatment of dyslipidemia identified among employees. *J Occupat Environ Med.* 2006;48(7):675-81.
13. Buyx AM. Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *J Med Ethics.* 2008; 34(12): 871-4.
14. Finkelstein EA, Linnan LA, Tate DF, Birken BE. A pilot study testing the effect of different levels of financial incentives on weight loss among overweight employees. *J Occupat Environ Med.* 2007; 49(9): 981-9.
15. Heil SH, Higgins ST, Bernstein IM, Solomon LJ, et al. Effects of voucher-based incentives on abstinence from cigarette smoking and fetal growth among pregnant women. *Addiction.* 2008;103(6):1009-18.
16. Volpp KG, John L, Troxel AB, Norton L, et al. Financial incentive-

- based approaches for weight loss: A randomized trial. *JAMA*. 2008; 300(22):2631-7.
17. Volpp KG, Loewenstein G, Troxel AB, Doshi J, et al. A test of financial incentives to improve warfarin adherence. *BMC Health Services Res*. 2008; 8:272.
 18. Volpp KG, Troxel AB, Pauly MV, Glick HA, et al. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2009;360(7):699-709.
 19. Halpern SD, Madison KM, Volpp KG. Patients as mercenaries? The ethics of using financial incentives in the war on unhealthy behaviors. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009;2(5):514-6.
 20. Shaw J. Is it acceptable for people to be paid to adhere to medication? No. *BMJ*. 2007;335(7613):233.
 21. Brownell KD, Frieden TR. Ounces of prevention – The public policy case for taxes on sugared beverages. *N Engl J Med*. 2009;360(18):1805-8.
 22. Halpern SD, Ubel PA, Asch DA. Harnessing the power of default options to improve health care. *N Engl J Med*. 2007;357:1340 -1344.
 23. Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. Asymmetric paternalism to improve health behaviors. *JAMA*. 2007;298(20):2415-17.
 24. O'Donoghue T, Rabin M. The economics of immediate gratification. *J Behav Dec Making*. 2000;13(2):233-50.
 25. Nuffield Council on Bioethics. *Public health: Ethical issues*. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd; 2007. http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Public_health_-_ethical_issues.pdf. (acesso em 20/Março/2013).
 26. Heyman J, Ariely D. Effort for payment - A tale of two markets. *Psychol Sci*. 2004;15(11):787-93.
 27. Hainer V, Zamrazilova H, Spalova J, Hainerova I, et al. Role of hereditary factors in weight loss and its maintenance. *Physiol Res*. 2008;57 (Supl1):S1-S15.
 28. Moss A, Siegler M. Should alcoholics compete equally for liver transplantation? *JAMA*. 1991;265(10):1296-98.
 29. Munafo MR, Johnstone EC, Guo B, Murphy MFG, Aveyard P. Association of COMT Val108/158Met genotype with smoking cessation. *Pharmacogenet Genomics*. 2008; 18(2):121-8.
 30. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002; 347(4):284-7.

Recebido em: 02/08/2014 Aprovado em: 05/10/2014