

SELECIONAR QUEM DEVE VIVER: UM ESTUDO BIOÉTICO SOBRE CRITÉRIOS SOCIAIS PARA MICROALOCAÇÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS

PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES

Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, SP

RESUMO - OBJETIVO. Estudo, de caráter exploratório, que trata de dilemas de natureza ética de microalocação de recursos escassos de saúde, objetivando-se, com base em referenciais bioéticos, deontológicos e utilitaristas, analisar critérios sociais considerados nas escolhas para seleção de pacientes no atendimento de emergências médicas por parte de parcela da opinião pública.

MÉTODOS. Foram entrevistadas 395 pessoas, na cidade de Diadema/SP, que responderam a nove situações que versaram sobre os seguintes critérios sociais: idade, sexo, responsabilidade social, condição econômica e local de residência.

RESULTADOS. Significativa parcela dos pesquisados parece

aceitar que o uso de critérios sociais seja válido em situação de escassez de recursos. Mostrou a presença de elementos identificadores de correntes éticas deontológicas (justiça como equidade) como de correntes utilitaristas de tomada de decisão.

CONCLUSÕES. Demonstrou-se uma expressiva opção pelas pessoas que se encontram em situação de "maior desfavorecimento", ou seja, se favorecem "os mais desafortunados", em detrimento de situações que pudessem levar a um maior custo/benefício social.

UNITERMOS: Bioética. Microalocação de recursos. Ética institucional. Seleção de pacientes. Utilitarismo. Equidade.

INTRODUÇÃO

A tarefa da bioética é refletir, argumentar e fornecer justificativas racionais para as escolhas e tomadas de decisões morais em casos e situações concretas¹. Por isso, nas últimas décadas, tem se debruçado sobre temas como a microalocação de recursos escassos em saúde, procurando compreender os princípios e valores morais envolvidos na questão, para que se possa contemplar o fundamento da ética, ou seja, o de proporcionar o bem-estar na vida para os indivíduos e a coletividade.

A microalocação de recursos se refere à seleção individualizada de candidatas a limitados recursos, não suficientes para o atendimento de todas as pessoas deles

necessitadas. A supremacia da demanda sobre a oferta pode resultar em dilemas morais na escolha de beneficiários a vagas em hospitais, serviços de terapia intensiva ou de alta tecnologia, assim como na escolha daqueles que deverão receber órgãos escassos para transplantes².

No processo de seleção de candidatas a escassos recursos de saúde existem duas etapas: a de inclusão e a de seleção final. Na primeira etapa são selecionadas as pessoas avaliadas como necessitadas do recurso de saúde, ou seja, os critérios iniciais de inclusão vão diferenciar pessoas com uma condição inicial de igualdade para concorrer ao limitado recurso. Na segunda etapa, se escolhe quem, entre os incluídos na primeira etapa, deve ser priorizado para a recepção do limitado recurso³.

A seleção de pacientes para ambas as

fases pode envolver, entre outros, critérios de objetividade médico-científica, de randomização, de triagem, de fila de espera, assim como critérios sociais. Como critérios sociais, são lembrados: idade, sexo, cooperação do paciente com os profissionais de saúde, força de trabalho potencialmente afetada e recuperada, potencial e expectativa de vida, qualidade ajustada de anos de vida e ambiente de suporte para seguimento de tratamento. Podem ser lembrados ainda as condições sociais e econômicas para suporte do necessitado, o local de moradia, o mérito social, a responsabilidade social e a existência de estilos de vida considerados não saudáveis^{4,5,6}.

Em nosso país, pouco se conhece sobre pesquisas semelhantes a estudos empreendidos nos EUA, Noruega, Austrália e Inglaterra, que objetivaram conhecer a

*Correspondência:

Av. Dr. Arnaldo 715
CEP: 01246-904 - S.Paulo - SP

visão da opinião pública sobre a utilização de critérios sociais como norteadores da seleção final de pacientes na utilização de recursos escassos ou limitados, como os trabalhos de Ubel e Loewenstein (1996)⁷, Nord (1993)⁸ e Charny et al. (1989)⁹.

Por isso, objetivou-se conhecer a visão de parcela da opinião pública brasileira sobre a utilização de alguns critérios sociais para a seleção de pacientes em situações de escassez de recursos para o atendimento em serviço de emergências médicas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de natureza exploratória, quali-quantitativo, realizado entre os meses de setembro e novembro de 1998. Utilizou-se formulário individualizado contendo nove situações hipotéticas que demandavam aos entrevistados escolherem entre duas pessoas, correndo igual risco de vida, a qual deveria ser internada na única vaga disponível de um serviço hospitalar de emergência. Em cada situação apresentada, os dois pacientes hipotéticos diferenciavam-se apenas por um critério social: sexo, idade, responsabilidade social, local de moradia ou condição econômica.

Constituiu-se uma amostra acidental¹⁰, composta de pessoas que visitavam pacientes no Hospital Público de Diadema (HPD), situado em cidade da região metropolitana de São Paulo. Foram aleatoriamente entrevistadas 400 pessoas, número baseado na tabela de Arkin e Colton, apresentada por Gil (1994)¹¹, em conformidade com a população estimada em 321.244 habitantes (SES/SEADE), para 1998. Cinco formulários foram excluídos por informações incompletas, resultando em 395 registros válidos. A faixa etária escolhida para a pesquisa foi a de 20-60 anos de idade,

tentando-se concentrar em pessoas na fase economicamente ativa. Foram excluídas pessoas não-residentes no município, em virtude de uma das situações apresentadas tratar da situação de "local de residência".

Pesquisados 147 homens e 248 mulheres: 248 disseram ter situação marital estável, 96 eram celibatários, 33 separados, 17 em estado de viuvez e um não respondeu. Quanto à condição de emprego: 125 se declararam empregados, 192 se declararam desempregados, 19 eram aposentados, 36 autônomos, 21 se declararam sem renda, um declarou-se pensionista e um não respondeu. Somente dois entrevistados possuíam diploma de ensino superior.

Os quesitos referentes à condição econômica foram analisados estatisticamente pela condição de trabalho (empregado ou desempregado), e os quesitos referentes à responsabilidade social foram analisados para a condição de estado civil (casado/solteiro). Utilizou-se tratamento estatístico de associação (teste de qui-quadrado), considerando-se as diferenças como significativas, quando o qui-quadrado foi igual ou inferior a 0,05.

A cada pesquisado foi requerido que motivasse uma de suas escolhas. Na análise qualitativa das motivações das escolhas, buscou-se a presença de elementos identificadores de correntes éticas teleológicas (utilitaristas) como de correntes éticas deontológicas (justiça como equidade) de tomada de decisão.

As correntes utilitaristas entendem que as ações são eticamente corretas quando tendem a promover a maior soma de prazer, felicidade ou bem-estar de todos aqueles cujos interesses estão em jogo. Seu paradigma é o alcance do "maior bem-estar para o maior número possível de pessoas", ou seja, a maximização do bem-estar (utilidade social)^{2,13}.

A noção ética de justiça como equidade, tese desenvolvida pelo filósofo John Rawls, a partir da década de 70, aceita o princípio da diferença, afirmando que é justa a ação que tenha conseqüências desiguais para os diversos envolvidos apenas se resultam em benefícios compensatórios para cada um, e particularmente para os membros "menos favorecidos", "menos afortunados" da sociedade, mesmo que esses estejam em menor magnitude¹⁴.

Os entrevistados foram informados sobre o caráter da pesquisa, seus objetivos, os procedimentos a serem observados, a desvinculação dos pesquisadores com a instituição hospitalar, a possibilidade de recusa sem que ocorresse quaisquer tipos de sanções e a garantia de anonimato. Pela natureza da pesquisa e a possibilidade do total anonimato dos entrevistados, optou-se pela obtenção do consentimento oral. Quando da abordagem inicial de um entrevistado, lhe era apresentado um termo de responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Idade

No confronto entre uma criança de 7 anos de idade e um idoso de 65 anos de idade, vítimas de acidente de carro, a criança foi privilegiada por 287 (72,7%) pesquisados, sendo que 90 (22,8%) respondentes optaram pelo idoso e 18 (4,6%) não manifestaram escolha. As justificativas abrangem noções de fragilidade, de dependência, manifestando uma orientação equitativa ao priorizar a criança. Exemplos: "Porque ela é mais frágil, não pode fazer nada sozinha"; "Porque a criança é dependente"; "Ela tem menos resistência,

está no começo da vida”.

Evocações utilitaristas também se fizeram presente quando a opção era orientada pelo potencial de anos e expectativa de vida: “Porque a criança é mais fraca, ela tem mais vida pela frente, o idoso nunca sabe o dia de amanhã”; “Porque a criança precisa mais e o idoso já viveu bastante”.

Na escolha para a vaga hospitalar entre um escolar de 7 anos e um lactente de 1 ano de idade, vítimas de acidente de carro, o último foi apontado como merecedor da vaga disponível por 280 (70,9%) dos entrevistados, havendo 34 (8,6%) de negativas em escolher. A escolha da criança de menor idade teve orientação deontológica, priorizada por sua fragilidade: “Porque é menor, indefeso e não sabe falar nada”; “Porque chora e dá mais trabalho, e o de 7 sabe esperar”; “Porque é mais frágil”. Todavia, o direcionamento das opções pela criança de 7 anos revela posições nitidamente utilitaristas que tentam resguardar a não maleficência, tanto dela quanto de seus pais, pois se considerou que a criança maior sentiria mais dor, seu sofrimento seria maior. Assim, preservar o escolar, seria evitar a maior soma de desprazer: “A de 1 ano é um anjinho e a de 7 participa mais da vida, da convivência, quer mais viver”; “A de 1 ano não sentiria tanto, não saberia o que está acontecendo, e a de 7 anos já saberia o que está acontecendo, já sente muito mais.

A situação que contemplou dois homens, um com 25 anos e outro com 65 anos de idade, também vítimas de acidente de carro, apontou para a priorização dos idosos: 240 (60,8%) optaram pela pessoa na faixa etária mais avançada, 143 (36,2%) pelo jovem e 12 (3,0%) se recusaram a responder. Diferentemente da situação em que concorria com uma criança, o idoso foi priorizado frente ao jovem, pois foi en-

tendido como sendo o ser mais frágil. Assim se expressaram os pesquisados: “É mais velho e mais fraco e o de 25 está mais forte”; “Porque precisa de mais atenção. Tudo para ele é mais difícil”; “Porque o velho precisa mais, gente nova agüenta mais”.

Por sua vez, as motivações apontadas para a prioridade dada ao jovem foram intimamente relacionadas à noção utilitarista de eficácia da ação empreendida, da expectativa de vida e da produtividade social: “Porque o de 25 anos teria mais chance de se salvar”; “Porque o de 25 anos tem ainda muito que viver e o de 65 anos já viveu bastante”; “O de 25 tem que ser atendido primeiro, pois pode trabalhar mais”; “Porque ele tem um futuro pela frente”.

Sexo

Em situação referente a um acidente de carro, em que as vítimas eram um homem e uma mulher de 30 anos de idade, verificou-se que a prioridade foi dada à mulher. Mais de 3/4 (79,5%) das respostas optaram pela mulher; 44 (11,1%) escolheram o homem e 37 (9,4%) não quiseram manifestar escolha.

As opções majoritárias invocavam uma suposta “fragilidade” da mulher, vista como sendo a “menos afortunada”: “O homem é mais resistente”; “A mulher é mais frágil mais debilitada, pode ter filhos”; “Mulher, porque o homem é mais duro e agüenta mais e a mulher é mais fraca”; “É claro que é a mulher, ela é muito mais sensível, o homem agüenta mais”. Contudo, coexiste uma tendência de natureza utilitária ao ser invocada a possibilidade do exercício da função materna e da responsabilidade pelos cuidados domiciliares e por filhos: “Porque ela precisa cuidar da casa e dos filhos tem mais responsabilidade”.

Responsabilidade social

Entendeu-se para os propósitos do trabalho a responsabilidade social enquanto grau de dependência que outras pessoas têm do beneficiário do recurso escasso, em nível familiar, doméstico ou para outros membros ou grupos da sociedade. Diante do dilema de escolha entre uma mulher com três filhos e outra com um filho, ambas com broncopneumonia, 354 (89,6%) pesquisados optaram pela mãe com o maior número de filhos e 14 (3,5%) pesquisados não fizeram escolha.

A escolha pela mulher com maior número de filhos foi assim argumentada: “Porque tem mais filhos”; “Tem que curar mais rápido para cuidar dos filhos”; “As crianças sofrem mais”; “Porque se ela morrer é mais difícil arrumar quem cuide deles”; “Um é mais fácil de adotar, três é mais difícil”.

Quando a opção se deu entre uma mulher casada e outra solteira, também com quadro clínico de broncopneumonia, a casada foi majoritariamente escolhida por 297 (75,2%) entrevistados, sendo que 70 (17,7%) priorizaram a solteira e 28 (7,1%) não manifestaram escolha. Não houve diferenças estatísticas significativas entre as respostas de pessoas solteiras ou com situação marital estável. ($P < 0,05$).

A escolha da casada foi assim justificada por respostas de tendência de natureza utilitária: “Casada tem maior responsabilidade, tem que cuidar de casa”; “Tem maior responsabilidade”; “Precisa cuidar do marido”; “Ela precisa cuidar dos filhos”; “Pode ter filhos para criar, marido para cuidar”.

Local de residência

No quesito que apresentava um homem residente na cidade e outro não-residente, vítimas de acidente de carro, os resultados mostraram que 238 (60,3%) entrevistados deram prioridade ao não-

residente, enquanto que 128 (32,4%) optaram pelo morador e 29 (7,3%) não quiseram manifestar escolhas.

As justificativas para a opção majoritária tendem para uma orientação eqüitativa, pois os “de fora” foram vistos como os “mais despossuídos”, os “menos afortunados” na situação proposta: “Porque já tem dificuldade de ser de longe”; “Porque o do interior é mais sofrido”; “Porque onde ele mora não deve ter atendimento”; “O outro (residente) pode procurar atendimento em outro lugar” “Porque é mais difícil de transferir”.

Condição econômica

Uma das questões envolvia duas mulheres: uma com renda familiar de R\$ 500.00 e outra com R\$ 3000.00, ambas com crise cardíaca. Os resultados mostraram que 376 (95,2%) dos entrevistados escolheram a pessoa de menor renda, sendo que 13 (3,3%) não quiseram escolher entre as alternativas dadas.

Os pesquisados que optaram pelo paciente com renda de R\$ 500.00, assim se justificaram: “Não tem condições de pagar hospital particular”; “Ela não tem muita chance de pagar médico e remédio, já a outra pode pagar”; “A outra pode pagar um convênio, pode ter um plano de saúde”; “O hospital público é para quem tem renda menor e pode ser atendida em outros lugares particulares”.

Também para avaliar a influência do critério econômico, foi inserida uma situação que confrontava dois homens tendo crise de diabetes, um deles estando desempregado. Este foi escolhido por 353 (89,4%) das pessoas, sendo que 12 (3%) não fizeram opção. Das justificativas encontradas, retirou-se: “O que está empregado tem dinheiro e o desempregado tem menos condi-

ções”; “O empregado pode ter uma consulta particular”; “O empregado tem o patrão para ajudar”; “O empregado tem mais recurso até para comprar um remédio”; “O desempregado precisa viver e procurar emprego”; “O empregado pode ter convênio ou pode pagar o tratamento, e o desempregado depende do Estado”.

Nos dois quesitos relacionados a condições econômicas não houve diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos que se declararam empregados e aqueles que disseram estar desempregados no momento da entrevista. ($P < 0,05$).

DISCUSSÃO

No uso de critérios sociais na seleção de pessoas necessitadas e concorrentes a limitados recursos de saúde, há, entre os bioeticistas e as associações de profissionais de saúde, posições divergentes, voltadas para a defesa ou para a recusa de sua validade ética. Os defensores da validade do uso desses critérios alegam que, por vezes, é melhor utilizá-los do que não utilizar nenhum critério, ou deixar que as decisões sejam aleatórias. Divergindo, há inúmeros opositores da utilização de critérios sociais para a priorização de candidatos a limitados recursos em saúde, por julgarem os critérios sociais como “moralmente arbitrários”, pois conduziram, muitas vezes, ao aprofundamento das desigualdades trazidas pelas loterias biológica e social, discriminando indivíduos ou grupos minoritários, reforçando o sexismo, o racismo e outras condenáveis atitudes e práticas sociais¹⁵⁻¹⁹.

Os resultados da pesquisa, tanto os qualitativos como quantitativos, nos permitem inferir que significativa parcela dos pesquisados parece aceitar que o uso de critérios sociais seja válido em situação de

escassez de recursos. Provavelmente, as respostas tenham sido influenciadas pelo fato que, em sua maioria, vivem em região de condições sociais não privilegiadas, de forte exclusão social e vivenciam uma realidade em que situações de carência de recursos de atendimento de saúde não são infreqüentes.

A tendência apresentada diferencia-se dos resultados de trabalhos desenvolvidos em países com sistemas de saúde mais estruturados, onde o acesso a serviços de saúde não apresenta os mesmos problemas ocorrentes em nosso país. Em estudo realizado na Austrália com 551 entrevistados, que tentou avaliar quais seriam as escolhas e justificativas da população no confronto entre um recém-nascido e uma criança na fase escolar para receber um transplante, mostrou que mais da metade dos pesquisados (52%) negava-se a escolher, pois não consideravam a diferença de idades como válida para sua tomada de decisão²⁰.

A análise das motivações mostrou elementos identificadores de correntes éticas deontológicas (justiça como eqüidade) como de correntes teleológicas (utilitaristas) de tomada de decisão. Foram encontradas orientações defendendo os mais “fracos e vulneráveis”, vistos como “os mais desafortunados” de Rawls (crianças, mulheres, idosos, pessoas com condições econômicas desfavoráveis, não-residentes), bem como posições utilitaristas optando pelo potencial e expectativa de vida e pela responsabilidade social maximizadora no evitar a dor a um número maior de envolvidos com a decisão tomada (mulher casada, mulher com maior número de filhos).

Ressalte-se que os resultados demonstram uma expressiva opção pelas pessoas que se encontram em situação de “maior desfavorecimento”, ou seja, “os

mais desafortunados", em detrimento de situações que pudessem levar a um maior custo/benefício social. Isto fica evidenciado no dilema envolvendo idosos e jovens de 25 anos, e no que confrontava crianças de 1 e de 7 anos de vida. Os que foram priorizados (idosos e crianças de 1 ano), foram em detrimento de concorrentes que pudessem, hipoteticamente, trazer uma melhor adequação custo/benefício (jovens de 25 anos e crianças de 7 anos).

Isto também é facilmente perceptível nas respostas às duas questões versando sobre o critério social de condição econômica. A noção de equidade, no sentido rawlsiano, parece aqui predominar, com um sentimento de solidariedade com os menos favorecidos economicamente. Sendo um serviço público de emergências, ele estaria destinado a priorizar os de menos posses, pois para os outros haveria a possibilidade da utilização de outros sistemas privados de saúde.

Em igual sentido foi a tendência majoritária no quesito relativo ao local de residência. Os resultados contrariaram a hipótese de que a preferência seria dada para os moradores da própria cidade, sendo que a posição dominante parece ter sido fundamentada na situação de desvantagem do não-residente em relação ao outro necessitado.

CONCLUSÕES

Na prática cotidiana do campo da saúde não há como fugir de tomar decisões que impliquem na escolha entre pessoas candidatas a escassos recursos; escolhas têm que ser feitas, pois existem recursos, mesmo que insuficientes para todos, e eles têm que ser utilizados. Isto significa que existe uma obrigação ética dos profissionais e dos administradores de saúde de estabelecerem critérios para a alocação de recursos e para a seleção de pacientes.

A pesquisa teve caráter exploratório e certamente seus resultados não podem ser generalizados, pois o grupo é uma amostra acidental, não representativa da população da cidade onde a pesquisa foi realizada. As mulheres constituem a maioria dos pesquisados, provavelmente por serem as que se dedicam mais a atividades de acompanhamento de pacientes hospitalizados. Os entrevistados fazem parte de uma população urbana de cidade inserida em uma grande região metropolitana, com características culturais e sociais específicas, com alta taxa de pessoas com desfavoráveis condições de vida, com alto grau de desemprego, assim como a quase totalidade não tendo nível de escolaridade superior.

Todavia, os resultados do estudo parecem demonstrar que existe na opinião pública uma diversidade das visões morais. Assim sendo, é preciso que a questão seja debatida amplamente com os profissionais de saúde e com a sociedade, não se olvidando que, enquanto não existem políticas públicas que adequem a oferta de serviços às necessidades de atendimento de situações de emergências médicas da população, os dilemas de tomada de decisão em situação de escassez continuarão a estar presentes e sendo solucionados por critérios de preferência pessoal.

Outrossim, consideramos que para se utilizar critérios para a microalocação de escassos recursos em saúde, de forma eticamente validada, algumas bases éticas para a tomada de decisão devem ser sempre satisfeitas. As escolhas devem estar balizadas pelo respeito à dignidade humana e pela não discriminação das pessoas em virtude de raça, sexo, idade ou condição so-

cioeconômica, e não podem, nem devem aumentar a exclusão social presente na sociedade brasileira.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), cujo auxílio financeiro possibilitou a realização da pesquisa. (Processo 98/01746-4)

SUMMARY

TO CHOOSE WHO SHOULD LIVE: A BIOETHICAL STUDY OF SOCIAL CRITERIA TO MICROALLOCATION OF HEALTH CARE RESOURCES IN MEDICAL EMERGENCIES

OBJECTIVE. To analyze ethical dilemmas about microallocation of health care scarce resources, based on deontological and utilitarian bioethical basis. It analyzes some criteria considered in the choices and justifications for patients selection in medical emergencies.

METHODS. 395 subjects were interviewed in the city of Diadema/SP, about dilemmas among two people needing a place in a public hospital of emergency service. The presented situations dealt with the following social criteria: age, sex, social responsibility and economical condition.

RESULTS. They pointed that significant portion of those researched seems to consider that the use of social criteria is valid and that the people lives can have unequal value in situations of scarce resources, accepting social variables to prioritize in situations of evidenced medical emergency.

CONCLUSIONS: It could be evoked the coexistence of deontological orientations, defending the more "weak and vulnerable", and utilitarian positions, opting for the potential and life expectation as well as for the social responsibility. [Rev Assoc Med Bras 2002; 48(2): 129-34]

KEY-WORDS: Bioethics. Health care rationing. Selection of patients. Institutional ethics. Equity. Utilitarianism.

REFERÊNCIAS

1. Schramm FR. Da bioética privada à bioética pública. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.227-40.
2. Mcneally MF, Dickens BM, Meslin EM, Singer P. Bioethics for clinicians: resource allocation. *Can Med Assoc J* 1997; 157:163-7.
3. Young R. Some criteria for making decisions concerning the distribution of scarce medical resources. In: Edwards RB, Graber GC, organizadores. *Bioethics*. San Diego: Hacourt Brace Jovanovich Publishers; 1980. p.735-45.
4. Kilner JF. Microallocation. CD-ROM. In: Reich WT. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Macmillan Library Reference; 1995.
5. Buchanan A. Health-care delivery and resource allocation. In: Veatch RM, organizador. *Medical ethics*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1989. p.291-327.
6. Childress JF. Who shall live when not all can live? In: Edwards RB, Graber GC, organizadores. *Bioethics*. San Diego: Hacourt Brace Jovanovich Publishers; 1988. p.745-55.
7. Ubel PA, Loewenstein G. Distributing scarce livers: the moral reasoning of the general public. *Soc Sci Med* 1996; 42:1049-55.
8. Nord E. The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients. *J Med Ethics* 1993; 19:37-42.
9. Charny MC, Lewis PA, Farrow SC. Choosing who shall not be treated in the NHS. *Soc Sci Med* 1989; 28:1331-8.
10. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1994.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1994.
12. Mill JS. O utilitarismo. São Paulo: Iluminuras; 2000.
13. Crisp R. Mill – on utilitarianism. London: Routledge Philosophy Guidebook; 1997.
14. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
15. British Medical Association. *Medical ethics today: its practice and philosophy*. London: BMJ Publishing Group, 1997. p.299-316.
16. Council on ethical and judicial affairs black-white disparities in health care. *JAMA* 1990; 263:2344-6.
17. Council on ethical and judicial affairs gender disparities in clinical decision making. *JAMA* 1991; 266:559-62.
18. Annas GJ. The prostitute, the playboy, and the poet: rationing schemes for organ transplantation. *Am J Public Health* 1985; 75:187-9.
19. Ramsey P. *The patient as person*. London: Yale University Press; 1976.
20. Nord E, Richardson J, Steet A, Kuhse H, Singer P. Maximizing health benefits vs egalitarianism: an australian survey of health issues. *Soc Sci Med* 1995; 41:1429-37.

Artigo recebido: 29/03/2001
Aceito para publicação: 14/08/2001

Arte Brasileira



H. Casemiro "Bolinha de Gude" – Galeria Jacques Ardies – Tel.: (11) 3884-2916