

Edna Estelita Costa Freitas<sup>1</sup>, Fermin Roland Schramm<sup>2</sup>

## A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo

*The morality of allocating resources to the elderly care in intensive care unit*

1. Mestre, Médica do Centro de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
2. Pós-Doutor, Pesquisador Titular de Ética Aplicada e Bioética, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### RESUMO

O mundo está envelhecendo. No Brasil e em vários outros países do mundo, mudanças na composição etária da população vêm acompanhadas por um aumento da demanda por tipos de assistência à saúde cujo custo é elevado. Atualmente, alguns conflitos morais são decorrentes da alocação dos recursos públicos em saúde, pois a magnitude das desigualdades sociais e os recursos escassos impõem que as prioridades da gestão pública se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e

do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde. Nesse contexto, a medicina intensiva, os gestores e os médicos em terapia intensiva estão sujeitos a conflitos morais, principalmente quanto à justa microalocação de recursos para os idosos no centro de tratamento intensivo. Este trabalho procura rever a situação destes conflitos à luz das ferramentas da bioética.

**Descritores:** Bioética; Ética médica; Idoso; Alocação de recursos; Unidades de terapia intensiva

Recebido da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho de conclusão de curso de Pós graduação em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Submetido em 1 de Novembro de 2009  
Aceito em 15 de Novembro de 2009

### Autor para correspondência:

Edna Estelita Costa Freitas  
Av. Professor Rodolpho Paulo Rocco,  
255 - Ilha do Fundão  
Hospital Universitário, 13º andar – CTI  
CEP: 21941-913 - Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil.  
E-mail: eec1994@yahoo.com.br

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento geral da população mundial é um fenômeno novo. Estima-se, para o ano de 2050, que existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo.<sup>(1)</sup> O progressivo aumento da proporção de pessoas idosas na população é uma resposta à mudança assinalada por alguns indicadores de saúde, especialmente a queda de fecundidade e mortalidade e o aumento da longevidade. A proporção da população “mais idosa” também está aumentando, e a população considerada idosa envelhecendo.<sup>(2)</sup> No Brasil, e em vários outros países do mundo, mudanças na composição etária da população vêm acompanhadas de um aumento da demanda por assistência à saúde.

Considerando os atores envolvidos na alocação de recursos, em particular, os gestores e os médicos, estes devem tomar decisões de efeitos práticos, partindo da constatação de que os recursos efetivamente disponíveis são escassos, e da premissa de que seja moralmente legítimo proceder a alguma forma de racionamento da alocação nestas condições.<sup>(3)</sup> Tais decisões constituem importante campo de investigação no âmbito da Bioética, cujo instrumental tem proporcionado significativas contribuições para sua abordagem.<sup>(4)</sup>

Com efeito, a Bioética objetiva não apenas descrever e analisar os conflitos morais, dimensão descritiva de fatos necessária para compreender a natureza e a magnitude dos conflitos, mas também propor soluções, constitutivas da dimensão normativa ou prescritiva.<sup>(5,6)</sup> Assim sendo, a bioética constitui uma ferramenta para enfrentar o conflito resultante do aumento da demanda frente à oferta de cuidados

em saúde, que implica - no caso aqui em pauta - em conflitos morais na escolha de beneficiários a vagas em serviços de terapia intensiva. Em particular, no Brasil essa discussão ainda é pouco visível, exceto pela manifestação de alguns trabalhos acadêmicos.<sup>(3,7-9)</sup>

### A alocação de recursos

O princípio da universalidade da assistência é um dos princípios norteadores do sistema unificado de saúde (SUS) e está presente em nossa constituição, que considera a assistência em saúde um direito de todos e um dever do Estado. Os outros princípios do SUS são integralidade e equidade, a primeira garantindo que as necessidades de saúde da pessoa sejam levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria, e a segunda que todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde.

Entretanto, no Brasil as disparidades sociais e regionais fazem com que as necessidades de saúde variem. Para os gestores de políticas de saúde, administrar recursos escassos em saúde torna-se fonte de conflito, visto que devem, simultaneamente, respeitar os princípios do SUS e proceder a alguma forma de racionalização dos recursos disponíveis.<sup>(10)</sup> Isso implica em um conflito aparentemente sem solução. Com efeito, um serviço universal de saúde não pode incorporar indefinidamente despesas sem correr o risco de ir à falência e, ao mesmo tempo, não pode ignorar a sua vocação universalista; caso contrário, perderia sua identidade e legitimidade.<sup>(11)</sup>

Na alocação de recursos em saúde se diferenciam tradicionalmente duas dimensões: a “macro-alocação” - que diz respeito a procedimentos de alocação e de distribuição constitutivos das políticas públicas de saúde - e a “micro-alocação” - que diz respeito às formas de seleção individualizada de pessoas que deverão se beneficiar dos serviços disponíveis. A problemática da micro-alocação inclui, por exemplo, a seleção de pacientes para insuficientes vagas em serviços de terapia intensiva.<sup>(12)</sup>

Na prática, se escolhas devem ser feitas devido aos recursos escassos, isto significa que médicos e gestores de saúde devem estabelecer critérios para alocação de recursos e seleção de pacientes, que sejam não somente efetivos do ponto de vista pragmático, mas também corretos do ponto de vista moral.<sup>(13,14)</sup>

### A moralidade na alocação de recursos para gestores e médicos intensivistas no cuidado de idosos

Os bioeticistas Beauchamp e Childress<sup>(15)</sup> entendem que, em situações de microalocação, seja válida a utilização de critérios de admissão embasados na objetividade científica, como gravidade, emergência, tempo de terapêutica e prognóstico. Este critério objetivo - científico é muito utilizado

no centro de tratamento intensivo para a admissão de pacientes, devido, principalmente, às emergências de internação freqüentemente enfrentadas.

A perspectiva de sucesso de um procedimento é considerada critério moralmente válido, pois utilizar um recurso escasso sem obter uma razoável chance de benefício seria um desperdício injusto. Mas os gestores e médicos da terapia intensiva, ao utilizarem este tipo de critério, devem evitar atitudes discriminatórias, como pode ser a tendência de priorizar casos menos graves, no intuito de obterem melhores resultados; isto é, mais sucesso na cura de pacientes com mais chance de sobrevivência por não estarem em situação crítica. E, assim, deixam de assistir pacientes que apesar de estarem gravemente enfermos, se beneficiariam do atendimento tecnológico especializado do centro de tratamento intensivo (CTI), também com chances de cura.<sup>(16)</sup> No caso específico aqui em exame, como os recursos escassos caros são concedidos a pacientes com maior esperança de vida, os pacientes idosos sofrem maior risco de terem sua admissão no CTI negada.<sup>(17)</sup>

A vaga não cedida no CTI, baseada exclusivamente na idade, é objeto de controvérsia. Rivlin<sup>(18)</sup> argumenta, por exemplo, que utilizar a idade como base de racionamento deve ser considerado tão ilegal quanto o racismo. Já na ponderação de Daniel Callahan - adepto da alocação baseada na idade - o autor propõe, em seu livro “*Setting Limits*”,<sup>(19)</sup> que se procure manter o senso de prudência sobre as metas da medicina: ajudando as pessoas a terem uma longevidade com uma qualidade de vida razoável - que seria entre o final dos setenta e o início dos oitenta anos - e aliviar a dor. Dever-se-ia evitar, em suma, a deliberada extensão da vida a qualquer custo, além de não buscar iniciar medidas - como a ventilação mecânica prolongada ou a ressuscitação artificial - quando tais medidas não têm de fato nenhuma chance de melhorar a qualidade de vida do paciente.

Assim sendo, é razoável afirmar que o racionamento para o idoso em terapia intensiva deve ser baseado em informação objetiva e nos melhores interesses do paciente.<sup>(20)</sup> No estudo SUPPORT,<sup>(21)</sup> 85% dos doentes entrevistados expressaram desejos específicos em relação a ordens de reanimação ou não reanimação. Apenas 23% tinham discutido os seus desejos com o médico e, em metade dos casos discutidos, o paciente não queria ser ressuscitado; 58% não quiseram discutir com o médico seus desejos e, entre eles, 25% não quiseram ser ressuscitados. Em 50% dos casos, as recomendações para não reanimação foram prescritas pelos médicos ou solicitada pelas famílias sem consentimento dos pacientes.

Agora, se os desejos dos pacientes são desconhecidos, eles não podem ser fielmente estimados antes da admissão no CTI. Ademais, mesmo quando o paciente tenha declarado que “tudo seja feito”, não há uma obrigação legal ou moral

do intensivista para iniciar tratamentos que não são esperados trazer benefícios ao doente.

Os médicos intensivistas lidam diariamente com decisões difíceis em relação a quem admitir e excluir na admissão ao CTI, um processo conhecido como triagem,<sup>(22,23)</sup> baseado na ponderação da doença que motivou a internação do paciente; na disponibilidade de tratamentos; no impacto esperado sobre o resultado do tratamento e na avaliação dos benefícios para o paciente.<sup>(24)</sup> Além disso, as diferenças na cultura e nas crenças - religiosas ou não - podem influenciar diferentemente nas decisões de triagem. Por exemplo, intensivistas europeus dão maior peso a suas crenças pessoais, sobre a idade e a qualidade de vida do paciente, do que os seus homólogos norte-americanos.<sup>(25)</sup>

Tentando tornar os médicos norte-americanos mais objetivos nas decisões de triagem, a *Society of Critical Care Medicine*<sup>(26)</sup> desenvolveu recomendações detalhadas, embasadas em prioridades com poder de vinculação decrescente:

- Prioridade 1: os que irão se beneficiar mais do CTI, como, por exemplo, o paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

- Prioridade 2: aqueles que requerem acompanhamento intensivo, podendo necessitar de intervenção imediata, como nos pacientes com comorbidade crônica que necessitam de procedimento cirúrgico de emergência

- Prioridade 3: os pacientes instáveis e criticamente enfermos, mas que têm uma probabilidade reduzida de recuperação por causa da doença subjacente ou da natureza de sua doença aguda, como nos casos de doenças malignas metastáticas com infecção subjacente.

- Prioridade 4: aqueles que não irão se beneficiar da admissão no CTI, como no caso de morte cerebral em não doador de órgãos.

No entanto, a má observância destas quatro recomendações foi documentada.<sup>(27)</sup>

Na população muito idosa, a idade é um fator importante como preditor de mortalidade, mas a gravidade aguda de uma doença está mais associada à mortalidade. Consequentemente, a idade sozinha pode ser critério inapropriado para a alocação de recursos em terapia intensiva. Entretanto, os pacientes mais idosos têm maior risco para resultados funcionais frágeis, como consequência não só da falta de recuperação das atividades de vida diárias perdidas antes da internação, mas também do desenvolvimento adicional de incapacidades durante a permanência no CTI. Ademais, os resultados de medidas de sobrevivência não fornecem uma imagem fiel dos resultados nos longevos, pois não medem a incapacidade funcional dos sobreviventes. Por fim, a idade de mais de 80 anos, é um preditor independente de alta para estadia em serviços de longa permanência ou de cuidados domiciliares.<sup>(28)</sup>

### O ponto de vista da Bioética

Tradicionalmente, os conflitos morais na prática clínica são enfrentados com o modelo principialista, uma matriz de quatro princípios válidos *prima facie*: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.<sup>(15)</sup> Aplicando aos idosos: a beneficência assume que todos os médicos façam o bem e cuidem dos melhores interesses dos pacientes idosos; a não-maleficência estabelece que qualquer intervenção deve evitar ou minimizar os riscos e prejuízos, como, por exemplo, o prolongamento desnecessário da vida sem qualidade; a autonomia requer que todos os pacientes sejam devidamente informados e consentam com o ato biomédico, o projeto terapêutico ou a investigação realizada; e, de acordo com a justiça, todos os recursos, direitos e obrigações devem ser distribuídos de forma justa para respeitar os direitos legítimos de todos e de cada um.

Mas este modelo deve ser considerado insuficiente para lidar com conflitos morais em saúde pública, sobretudo tendo em conta as condições dos usuários dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento.<sup>(4)</sup> Ademais, alguns indivíduos ou populações de idosos podem não mais gozar da competência cognitiva para o exercício da autonomia, necessitando, portanto, de proteção, e buscando as condições para que saiam dessa situação e atuem como agentes participantes; diminuindo as restrições de uma liberdade reduzida, devido às privações, a falta de empoderamento e os padecimentos provocados pelo aumento de sua vulnerabilidade (ou vulneração).

Integrada às ferramentas da Bioética como um de seus princípios norteadores das políticas públicas em saúde, a proteção é conceituada por Schramm e Kottow como “a atitude de dar resguardo ou cobertura a necessidades essenciais, (...) aquelas que devem ser satisfeitas para que a pessoa afetada possa atender a outras necessidades ou outros interesses”.<sup>(13)</sup> Em outros termos, o princípio de proteção pretende ser um princípio moral mínimo e ao mesmo tempo suficientemente abrangente para que as condições básicas de sobrevivência sejam garantidas, a fim de permitir a obtenção de outros bens, julgados importantes para que cada indivíduo expresse suas capacidades.<sup>(10)</sup>

Para tanto, os dois autores sugerem que seria mais adequado partir de uma “ética da proteção” aplicada aos problemas de saúde pública, uma vez que ela possibilitaria direcionar as ações determinadas a atender as necessidades de saúde demandadas pela população por meio de políticas efetivas nos resultados e corretas moralmente. Neste sentido, as ações de saúde seriam direcionadas a partir da priorização de demandas de saúde que partissem da efetiva participação da população na tomada de decisão.<sup>(29)</sup> Com efeito, a bioética visa a proteger os “pacientes morais” vulnerados contra os efeitos

daninhos irreversíveis e evitáveis que podem resultar dos atos dos “agentes morais”. Nesse contexto torna-se obrigação de Estado adotar medidas de justa alocação de recursos para que o idoso tire o melhor proveito dos avanços tecnológicos presentes nos CTIs, de seus respiradores, máquinas de diálise, monitores multiparamétricos, etc.

## COMENTÁRIO

A obrigação do gestor em terapia intensiva é aplicar as determinações do Estado, e a do médico intensivista agregá-los; mas, também, avaliar cuidadosamente a condição de cada paciente e o prognóstico, no contexto das opções de tratamento disponíveis, considerando o respeito aos valores e à autodeterminação do idoso doente.

O processo de tomada de decisões médicas relativas à vida e à morte dos pacientes idosos remete à espinhosa questão da alocação de recursos. A discussão moral nas mãos dos profissionais de saúde, entretanto, corre o risco de ficar restrita ao campo técnico da medicina. Assim sendo, fica em aberto a proposta de ampliar o campo do debate moral a uma parcela maior da sociedade. E, fundamentados pela bioética da proteção, trazer à tona a reflexão sobre a necessidade de elaborar uma política sanitária que seja ao mesmo tempo eficaz, efi-

ciente e efetiva, embasada em dados fidedignos e justificada do ponto de vista moral. Este seria o caso, por exemplo, de uma política que não prolongasse a qualquer custo a sobrevivência sem qualidade dos pacientes de CTI, que só leva ao sofrimento evitável e ao aumento dos custos hospitalares.

## ABSTRACT

The world is aging. In Brazil, and in several other countries in the world, changes in population's age composition have been accompanied by an increase in demand for types of health care whose cost is high. Actually, some moral conflicts are arising from allocation of public resources for health, because the magnitude of social inequalities in health and limited resources require that priorities for public management are based on knowledge of the health situation and the impact of policies, programs, projects and actions on health. In this context, the intensive medicine, managers and physicians in intensive care are subject to moral conflicts, especially at the fair micro allocation resources for the elderly in the intensive care unit level. This paper attempts to review the situation of conflicts in the light of the tools of bioethics.

**Keywords:** Bioethics; Medical ethics; Aged; Resource allocation; Intensive care unit

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Active ageing: a policy framework. In: A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing [cited 2009 Apr 10]. Available form: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).
- Camarano AM. O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA 2002.
- Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2004;20(5):1141-8.
- Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2001;17(4):949-56.
- Ribeiro CDM. Cultura dos limites, justiça sanitária e alocação de recursos: argumentações racionais acerca de conflitos morais em medicina intensiva neonatal, do ponto de vista dos profissionais intensivistas. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- Schramm FR. Bioética da proteção e incorporação de C & T em saúde. *BIS*. 2007;42:8-10. *BIS = Boletim do Instituto de Saúde*
- Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2002;48(2):129-34.
- Uller AR. “Até onde investir no paciente grave?” – Decisões envolvendo a prática médica na UTI [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- Albuquerque IGC. Bioética, proteção e o fim da vida: o paciente como vítima e vetor de patógenos multirresistentes em UTIs. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- Schütz GE. Quando o igual tratamento acaba em injustiça. Um paradoxo bioético das políticas sanitárias universalistas de alocação de recursos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Fiocruz; 2003.
- Schramm FR. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. *Rev Bras Cancerol*. 2000;46(1):41-7.
- Fortes PAC. Critérios éticos em microalocação de escassos recursos em saúde. In: Barchifontaine CP, Pessini L, organizadores. *Bioética: alguns desafios*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola; 2001. p. 163-80.
- Schramm FR, Arreguy EEM. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. *Rev Bras Cancerologia*. 2005;51(2):117-23.

14. Fortes PAC. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA, organizadores. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
16. Charlesworth MJ. *La bioética en una sociedad liberal*. Nova York: Cambridge University Press; 1996.
17. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med*. 2007;33(7):1252-62.
18. Rivlin M. Should age based rationing of health care be illegal? *BMJ*. 1999;319(7221):1379.
19. Callahan D. *Setting limits: medical goals in an aging society*. Washington: Georgetown University Press; 1995.
20. Cook D, Giacomini M. The sound of silence: rationing resources for critically ill patients. *Crit Care*. 1999;3(1):R1-R3.
21. Knaus WA, Harrell FE Jr, Lynn J, Goldman L, Phillips RS, Connors AF Jr, et al. The SUPPORT prognostic model. Objective estimates of survival for seriously ill hospitalized adults. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *Ann Intern Med*. 1995;122(3):191-203.
22. Escher M, Perneger TV, Chevrolet JC. National questionnaire survey on what influences doctor's decisions about admission to intensive care. *BMJ*. 2004;329(7463):425-8.
23. Levin PD, Sprung CL. The process of intensive care triage. *Intensive Care Med*. 2001;27(9):1441-5.
24. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1999;27(3):633-8.
25. Einav S, Soudry E, Levin PD, Grunfeld GB, Sprung CL. Intensive care physicians' attitudes concerning distribution of intensive care resources. A comparison of Israeli, North American and European cohorts. *Intensive Care Med*. 2004;30(6):1140-3.
26. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, Thuong M, Paugam C, Apperle C, De Cagny B, Brun F, Bornstain C, Parrot A, Thamion F, Lacherade JC, Bouffard Y, Le Gall JR, Herve C, Grassin M, Zittoun R, Schlemmer B, Dhainaut JF; PROTOCETIC Group. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med*. 2001;29(11):2132-6.
27. Brunner-Ziegler S, Heinze G, Ryffel M, Kompatscher M, Slany J, Valentin A. "Oldest old" patients in intensive care: prognosis and therapeutic activity. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(1-2):14-9.
28. Rady MY, Johnson DJ. Hospital discharge to care facility: a patient-centered outcome for the evaluation of intensive care for octogenarians. *Chest*. 2004;126(5):1583-91.
29. Schramm FR. Líneas de fundamentación de la bioética y bioética de la protección. [cited 2009 Nov 29]. Available from: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>.