

Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão

Fabiana Pires Pereira¹, Rodrigo Siqueira-Batista², Fermin Roland Schramm³

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. 2. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa/MG, Brasil. 3. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumo

A escassez de recursos para ações de cuidado – questão extremamente relevante nos sistemas de saúde de acesso universal – tem motivado diversas situações em que é necessário estabelecer critérios de priorização, mormente no âmbito da regulação. Partindo de perspectiva bioética, este artigo visa discutir o processo decisório de médicos reguladores em situação envolvendo escassez de recurso – no caso, leitos de centro de tratamento intensivo. Trata-se de estudo teórico-reflexivo, empreendido a partir da análise ética de situação-problema fictícia envolvendo a escolha de paciente para tratamento intensivo em contexto de limitado número de vagas. O caso fictício apresentado foi apreciado a partir dos referenciais das correntes bioéticas principialista e utilitarista. A reflexão ressaltou que as decisões dessa natureza devem ser baseadas na profunda articulação entre critérios técnicos e éticos. Foi possível concluir que, na situação-problema analisada, a seleção aleatória seria a mais viável e mais justa do ponto de vista bioético.

Palavras-chave: Bioética. Tomada de decisões. Unidades de terapia intensiva.

Resumen

Hospitalización en cuidados intensivos: aspectos éticos de la toma de decisiones

La escasez de recursos para las acciones de atención –tema de extrema relevancia en los sistemas de salud con acceso universal– ha motivado varias situaciones en las que es necesario establecer criterios de priorización, especialmente en el ámbito de la regulación médica de las urgencias. Desde una perspectiva bioética, este artículo tiene como objetivo discutir el proceso de toma de decisiones de los médicos reguladores en situaciones de escasez de recursos (en este caso, camas de unidades de cuidados intensivos). Se trata de un estudio teórico-reflexivo, realizado a partir del análisis ético de una situación-problema ficticia que implica la elección de un paciente para tratamiento intensivo en el contexto de un número limitado de vacantes. Se apreció el caso ficticio a partir de los referenciales de las corrientes bioética principialista y utilitarista. La reflexión destacó que las decisiones de esta naturaleza deben basarse en la articulación profunda entre criterios técnicos y éticos. Se pudo concluir que, en la situación-problema analizada, la selección aleatoria sería la más viable y justa desde el punto de vista bioético.

Palabras clave: Bioética. Toma de decisiones. Unidades de cuidados intensivos.

Abstract

Intensive care hospitalization: ethical aspects of decision-making

Scarcity of resources in healthcare – an extremely relevant issue in universal healthcare systems – has motivated the emergence of several situations where one needs to establish prioritization criteria, especially within the scope of regulation. Based on a bioethical perspective, this article discuss the decision-making process of coordinating physicians in a situation involving scarcity of resources – in this case, intensive care unit beds. This is a reflective theoretical study, based on the ethical analysis of a hypothetical problem-situation involving the choice of patient for admission in this unit, in a context of a limited vacancies. The situation presented was assessed based on the principalist and utilitarian bioethical perspectives. The reflection emphasized that decisions of this nature must be based on a deep articulation between technical and ethical criteria. After the analysis, we concluded that random selection would be the most feasible and fairest from a bioethical point of view.

Keywords: Bioethics. Decision making. Intensive care units.

Declararam não haver conflito de interesse.

A posição dos profissionais de saúde ao destinar recursos em contexto de escassez não é cômoda, uma vez que entre suas obrigações éticas estão: 1) agir corretamente para o bem-estar do paciente, não lhe causando nenhum dano ou prejuízo (trata-se do princípio de não maleficência, aceito desde o tempo de Hipócrates); e 2) respeitar a manifestação da autonomia do paciente¹.

Nesse cenário, as equipes médicas das centrais de regulação têm papel importante, na medida em que devem contribuir para a garantia dos direitos constitucionais de acesso universal, integral e equânime à saúde, mediante a melhor adequação da oferta. Esses profissionais lidam diariamente com escassez de recursos, o que gera angústia, especialmente quando é preciso decidir, entre pacientes graves, quem terá acesso a leito no Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Sobre esse problema, Fortes² destaca que os processos decisórios são também de natureza ética (e não atinentes apenas à esfera técnica), pois se estabelecem entre pessoas e, ademais, afetam indivíduos, instituições e a coletividade. Para esse mesmo autor, questões éticas interferem na tomada de decisão sobretudo em contextos nos quais o chamado “saber técnico” chega ao limite, no sentido de não mais contribuir para a decisão².

Em caso concreto, o saber técnico permitiria avaliar a gravidade do quadro do enfermo por meio da análise clínico-laboratorial, cabendo aos elementos éticos ajudar a definir, dentre pacientes graves, qual deveria ser atendido prioritariamente em caso de recursos escassos. Na verdade, a relevância do binômio técnica-ética se torna mais evidente nessas situações limítrofes, mas é plenamente defensável a ideia de que, de uma perspectiva aristotélica, toda ação no âmbito da saúde – inscrita no domínio da práxis – abrange, necessariamente, ambos os elementos³.

No intuito de chegar a consenso sobre a decisão mais adequada, não basta aplicar teorias éticas. É necessária abordagem prática – e não dogmática – que analise fatos e argumentos, ajudando a construir justificativas racionais para resolver os conflitos. Neste sentido, identifica-se a contribuição significativa da bioética e de suas correntes como ferramenta para aprimorar o processo decisório. Considerando esses apontamentos, este artigo objetiva discutir aspectos da tomada de decisão de

médicos reguladores em situação de escassez de recursos – no caso, leitos de terapia intensiva.

Método

O presente ensaio teórico-reflexivo analisa situação fictícia que não guarda relação estrita com nenhum caso real, mas colige informações relevantes para o problema em tela com base na perspectiva dos autores, que vivenciaram circunstâncias similares em suas trajetórias acadêmicas e profissionais. O caso fictício foi proposto como ponto de partida para discutir critérios bioéticos que possam fundamentar a tomada de decisão clínica na atuação de médicos reguladores, além de ter a intenção de contrastar o direito ao acesso universal ao sistema de saúde e o conflito decorrente da escassez de recursos.

Para elaborar a situação-problema foram considerados dilemas e circunstâncias relevantes inspirados em casos autênticos vivenciados na rotina de trabalho de um complexo regulador. Método similar foi utilizado no livro *Bioética para profissionais da saúde*⁴ e no artigo “A bioética na tomada de decisão na atenção primária à saúde”⁵.

A discussão será embasada em duas das principais vertentes bioéticas: a principialista e a utilitarista, escolhidas por representarem as correntes mais discutidas no contexto de tomada de decisão⁶. O primeiro modelo apresenta denominador comum entre juízos particulares e teoria moral geral, contendo princípios intermediários (*mid-level principles*) não submetidos a uma ordem léxica preestabelecida, capazes de orientar a deliberação de conflitos no campo biomédico em sociedades seculares e pluralistas. Já o modelo utilitarista se pauta nos debates acerca da justiça, avaliando os atos morais da humanidade a partir de um cálculo de maximização do bem-estar, ou seja, das consequências das ações, que devem proporcionar o maior bem-estar ao maior número possível de pessoas^{7,8}.

Apresentação da situação-problema

A situação-problema ilustra de maneira factível a rotina de uma central de regulação. Antes de descrevê-la, é importante destacar que o nome

do município, do médico e dos pacientes foi inspirado nas obras literárias *O alienista*, de Machado de Assis⁹, e *Cem anos de solidão*, de Gabriel García Márquez¹⁰.

O doutor Simão Bacamarte é experiente médico regulador e chefe da equipe plantonista da central de regulação do município de Macondo. Em uma manhã de quinta-feira, ele planeja as tarefas a serem realizadas pelos colegas plantonistas e deixa para si a responsabilidade de organizar a fila de pacientes que aguardam leitos de CTI. A oferta diária é menor que a demanda e, como médico experiente, Simão gosta de ler os laudos no início do plantão para estabelecer critérios de prioridade dos quadros clínicos e agilizar a internação e o encaminhamento do paciente, caso haja leito de CTI disponível.

Em geral, os enfermos se encontram em estado muito grave e em unidades sem suporte adequado. Naquela manhã, antes mesmo de finalizar a leitura dos laudos, doutor Simão recebe a informação de que um leito de CTI está disponível. Mas, dentre os quadros graves, dois em especial, de acordo com a avaliação do médico, necessitam de mais atenção. Ambos apresentam o mesmo nível de gravidade, do ponto de vista técnico, e precisam ser encaminhados o mais brevemente possível a um leito de cuidado intensivo.

O primeiro paciente é José Arcádio Buendía, de 80 anos de idade, previamente hígido e sem comorbidades, internado em unidade de pronto atendimento (UPA) com quadro de pneumonia comunitária grave. Clinicamente, destacam-se queda de saturação de oxigênio, diminuição do nível de consciência, presença de febre, mucosas hipocoradas e desidratação. Ausculta respiratória evidencia pulmões com roncocalos e crepitações em ambas as bases. Não há outras alterações dignas de nota.

O segundo paciente é Nicanor Ulloa, de 50 anos, comerciante, hipertenso, em uso regular de anlodipino, admitido na UPA próxima à sua residência por apresentar queixa de forte desconforto na região retroesternal, sem irradiação, associado a cansaço. O enfermo está muito ansioso e taquipneico, nega tabagismo e etilismo e tem história de acidente vascular encefálico há dois anos, sem sequelas. Após exames, Nicanor foi diagnosticado com quadro de infarto agudo do miocárdio (IAM), Killip II.

A classificação de Killip (ou Killip-Kimball) é empregada para avaliar o prognóstico do IAM¹¹.

A migração de classe mais baixa para outra mais alta está associada a elevação da letalidade em muitos estudos, enquanto pacientes que evoluem com baixa pontuação têm menor probabilidade de morrer nos primeiros 30 dias. Os pacientes são assim classificados: classe I, sem evidência de insuficiência cardíaca; classe II, achados consistentes com insuficiência cardíaca de leve a moderada (B3, estertores crepitantes em menos da metade dos campos pulmonares ou distensão venosa jugular); classe III, edema pulmonar; e classe IV, choque cardiogênico. As taxas de mortalidade configuram-se da seguinte maneira: classe I, 6%; classe II, 17%; classe III, 38%; e classe IV, 81%¹².

Após analisar os dois laudos, doutor Simão se depara com a necessidade de escolher entre eles, e o fato de estar distante dos pacientes dificulta ainda mais a tarefa de estabelecer o critério de gravidade. Nesse contexto, qual é o limite do “saber técnico” para a tomada de decisão? Mesmo que pudesse optar pelo paciente mais grave, será que este seria, de fato, critério perfeitamente ético? Seria essa uma escolha puramente técnica?

Correntes, análises e escolhas

Corrente principialista

A obra *Princípios de ética biomédica*, de Beauchamp e Childress¹, recomenda os preceitos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça para fundamentar ações eticamente adequadas. A beneficência – qualquer ação humana em prol de outra pessoa – remete à tradição iniciada com Hipócrates e está relacionada à prática da “benevolência”: traço de caráter ou virtude de agir beneficentemente. A não maleficência é a obrigação de não causar dano intencionalmente. Trata-se de princípio comumente relacionado à máxima “*primum non nocere*”, também de origem hipocrática.

A autonomia, por sua vez, refere-se à capacidade de autodeterminação do indivíduo, em termos do exercício de fazer escolhas autenticamente livres. O indivíduo autônomo tem liberdade para agir conforme seu próprio plano de ação e naquilo que lhe diz respeito. A justiça, por fim, diz respeito ao que é merecido pelas pessoas, ou seja, aquilo que de alguma forma lhes é apropriado ou lhes corresponde. São consideradas justas as situações

em que o indivíduo recebe o que lhe é devido, e injusta a situação em que, por negação ou omissão, não se distribui de modo equitativo os benefícios que, por direito, correspondem às pessoas.

Uma vez que se trata de princípios *prima facie*, cabe ressaltar que não existe hierarquia em sua aplicação, ou seja, os princípios não são absolutos¹. Então, como estes princípios poderiam ser utilizados para auxiliar a tomada de decisão do doutor Simão Bacamarte?

Aplicado ao caso concreto, o terceiro princípio – respeito à autonomia – não contribuiria para a tomada de decisão, pois o encaminhamento dos pacientes deve ser rápido, para início imediato de tratamento em unidade com suporte técnico adequado. O caráter emergencial da situação, a incapacidade dos pacientes de exercer sua autonomia de modo pleno e a impossibilidade de consultar um responsável legal – por exemplo, um familiar do enfermo – impedem a aplicação desse princípio.

Se fosse possível conversar com os dois pacientes ou seus familiares sobre os respectivos diagnósticos e prognósticos, talvez houvesse mais subsídios para a avaliação. Se o senhor Nicanor – ou sua família – avaliasse e decidisse não querer receber a medicação trombolítica (devido a riscos de sangramento, por exemplo), ou se o senhor José Arcádio – ou sua família – optasse por não autorizar procedimentos invasivos que porventura ocorram no CTI (como intubação orotraqueal) por não querer correr risco de sequelas, a escolha do médico poderia se pautar no respeito à autonomia de quem pudesse se manifestar claramente, por si mesmo (em tempo real ou mediante uso de diretivas antecipadas de vontade) ou por meio de representante.

A escuta do paciente é, sempre que possível, de suma importância para de fato conhecer suas preferências, seus desejos, suas escolhas e, especialmente, como pensa que sua própria vida merece ser vivida. No entanto, na situação-problema, não é possível escutar nenhum dos enfermos, e por conseguinte o médico regulador não tem condições de utilizar o princípio da autonomia no processo decisório.

Dito isso, serão comentados os princípios de beneficência e não maleficência, que diferem no seguinte sentido: o princípio da beneficência prevê ações positivas (fazer o bem), e o princípio

da não maleficência propõe que ações causadoras de malefícios não sejam realizadas¹. Todavia, estes princípios de matriz hipocrática se relacionam, na medida em que não é possível precisar claramente quando termina a proscricção de dano e quando começa o benefício. De fato, até que ponto prestar ações de beneficência gera não maleficência, e até que ponto não causar maleficência também não é proporcionar beneficência?¹

Trazendo a reflexão para o dilema do doutor Simão, é possível dizer que o balanço entre riscos e benefícios apresentado pela proporcionalidade – ou pela isonomia – sugere que a internação dos pacientes no leito de CTI seria a conduta que traria mais benefícios, enquanto não internar poderia sentenciar um deles à morte em curto tempo, uma vez que ambos estão em locais com recursos limitados para atender suas necessidades e a espera pode agravar ainda mais o quadro.

O mais adequado, considerando o princípio da beneficência, seria ter vagas para os dois pacientes, o que não é possível, visto que só há um leito disponível. Uma possibilidade a ser analisada seria ponderar se o risco de hemorragia ao aplicar o trombolítico ao paciente com IAM fora do leito de CTI é menor do que o tempo de espera pelo cuidado adequado.

Do ponto de vista do princípio da não maleficência, doutor Simão tem a obrigação moral de não causar dano a nenhum dos pacientes. Contudo, escolher um dos doentes, por si só, já causaria ao outro um malefício, além de transgredir, segundo Beauchamp e Childress¹, uma das normas do princípio da não maleficência – não privar outras pessoas do bem da vida –, considerando que, se um deles ficar desassistido, correrá risco de morte. Por conseguinte, há sérias limitações para o uso da beneficência e da não maleficência na análise da situação:

dilemas morais na prática clínica (...) são conflitos de difícil solução (quando não impossíveis de serem resolvidos sem alguma arbitrariedade). (...) Em particular, os dilemas morais podem representar um sério desafio para qualquer clínico consciencioso, visto que um dilema não tem propriamente uma solução decorrente de um raciocínio lógico cogente, sendo que as soluções encontradas serão sempre parcialmente arbitrarias (indicadas por isso pela imagem “escolhas de Sofia”). Assim sendo, uma tomada de decisão em situação moralmente

“dilemática” parece situar-se sempre no campo da “tragédia” entre vida e morte, visto que implica ter que escolher entre soluções acerca das quais não se sabe sempre muito bem dizer qual é mais correta ou errada (como no caso de ter que escolher quem deve viver e quem não, quem “merece” cuidado e quem menos ou nenhum)¹³.

O uso do princípio da justiça no contexto em questão – em especial da justiça distributiva – prevê que os recursos em saúde devem ser distribuídos da forma mais equânime e justa possível¹⁴. Assim, o fato de o doutor Simão ter que escolher entre pacientes candidatos a um leito de CTI é visto sob essa ótica como totalmente injusto, pois justo seria que houvesse leitos para os dois pacientes¹⁵.

Nesse sentido, o princípio formal de justiça afirma que “iguais devem ser tratados com igualdade e desiguais devem ser tratados de forma desigual”. Ainda que pareça justo que iguais mereçam o mesmo tratamento ao passo que cada pessoa apresenta características diferentes que não podem ser ignoradas, esse postulado levanta preocupações significativas. Quais características definem igualdade e quais características não? Em outras palavras, qual é a extensão do significado de “igual”?¹⁶

Mannelli¹⁶ pondera que, quando os pacientes apresentam a mesma condição médica, fatores como idade, gênero, comorbidades e gravidade da doença impactam os protocolos específicos seguidos pelos médicos. Desta forma, priorizar não significa que uma vida seja mais valiosa do que outra, pois todas são igualmente valiosas; no entanto, quando os recursos são insuficientes, é preciso alocá-los de forma a salvar o maior número de pessoas possível. Este método permite tratar prioritariamente aqueles que têm mais chances de se beneficiar do recurso escasso – admissão para um leito de CTI, neste caso – e se recuperar rapidamente, o que permite que o próximo na fila se beneficie do tratamento em questão.

Conceito-chave na área de saúde é a prevenção do sofrimento e do dano. Porém, na situação-problema analisada, como em outras circunstâncias em que há escassez de recursos, infelizmente não é possível evitar danos. O esforço visa então reduzi-los¹⁷.

Para analisar o dilema em questão, cabe considerar ainda o argumento do etarismo, previsto

pela teoria de justiça¹. Segundo essa perspectiva, o paciente mais jovem (Nicanor, de 50 anos) teria maior chance de se recuperar que o idoso, que em tese recebeu cuidados ao longo da vida e aos 80 anos deveria ser tratado apenas para aliviar sofrimento, e não para prolongar sua existência. Essa colocação, porém, não considera o estado geral de saúde do idoso, e por isso corre o risco de levar a decisão profundamente injusta e discriminatória, baseada apenas no parâmetro etário.

Nesse sentido, cabe o alerta para a injustiça em que se pode incorrer na exclusão do doente por critério de idade, pois a fundamentação é apenas estatística, sem considerar a individualidade. Ademais, tal argumento parte do pressuposto – altamente discutível – de que seria mais útil investir em pessoas mais jovens, já que entre 75 e 85 anos as pessoas já teriam vivido o suficiente^{15,17}. Vale ressaltar ainda que, além de infringir princípios constitucionais – igualdade de todos perante a lei e direito universal de acesso à saúde –, o critério baseado na idade seria inaceitável desvalorização do idoso¹⁷.

Recursos escassos precisam ser alocados sem discriminação de qualquer natureza – por idade, gênero, nacionalidade, origem geográfica, status social, situação econômica, orientação política, religião, orientação sexual ou deficiência. Nenhum desses parâmetros – muitas vezes denominados genericamente como “critérios sociais” – deve justificar diferentes alocações de recursos¹⁸.

Como aponta Fortes¹⁸, não há consenso entre bioeticistas e profissionais de saúde quanto à utilização de critérios sociais em contextos de escassez. Defensores de tais parâmetros acreditam que esta opção é melhor do que escolher aleatoriamente ou se recusar a tomar alguma decisão – o que não deixaria de ser uma escolha. Opositores, porém, argumentam que esses critérios reforçam desigualdades já existentes na sociedade, reafirmando comportamentos como racismo, sexismo e discriminação de grupos minoritários.

Ribeiro e Schramm¹⁹ relatam também que seria injusto limitar recursos para idosos e realocá-los para jovens visando atingir o maior benefício para o maior número de pessoas, como prevê o cálculo utilitarista, pois idosos devem ser tratados como qualquer outra pessoa. Logo, só parece restar a proposta da “*survival lottery*”, defendida, por exemplo, por John Harris²⁰.

A aleatoriedade seria alternativa para decidir de forma justa quem ocupará o leito de CTI e, no caso em questão, poderia ser colocada em prática por meio de sorteio entre os envolvidos¹. Tal perspectiva pode ser moralmente justificada em situações que envolvem atendimento de urgência e emergência, indicação de internação em unidades de terapia intensiva e transplantes. De fato, segundo Fortes², nem sempre é possível tomar decisões baseadas apenas em critérios de objetividade técnico-científica, que, ao contrário do que se pensa, não são neutros nem desprovidos de valores éticos.

De acordo com esse autor, nesses casos seria viável recorrer ao critério de aleatoriedade, que *na escolha dos beneficiários dos escassos recursos parte do fundamento de que as vidas humanas são igualmente valiosas e que as pessoas devem ter iguais oportunidades. Afirma-se que a "loteria ética" não afetaria a confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e sua clientela e eliminaria a necessidade de comitês para a tomada de decisão (...). Contudo, como desvantagem, afirma-se que um sorteio não incluiria outros fatores de relevância na tomada de decisão e poderia trazer angústias para as pessoas, por não terem certeza de que em algum momento seriam beneficiadas pelos recursos escassos, como acontece com as filas ou listas de espera*²¹.

O caso fictício apresentado ilustra situação em que deveria ser estabelecida prioridade entre os princípios bioéticos. Entre esses princípios, no entanto, não há hierarquia e, esgotadas as ponderações sobre qual deles deve ser priorizado, pode-se concluir que o método de escolha com base no acaso seria a decisão menos injusta e mais capaz de trazer conforto ao médico regulador responsável pela tomada de decisão.

Modelo utilitarista

A perspectiva utilitarista, proposta por Stuart Mill²², estabelece que a utilidade diz respeito a todos os atos que possam trazer felicidade e prazer. Assim, o "útil" poderia ser entendido como tudo aquilo que contribui para o bem-estar geral. Com efeito, a maior preocupação é a consequência dos atos e o potencial benefício ao maior número de pessoas. De acordo com esta perspectiva, a melhor ação é a que pode produzir

o máximo de bem-estar. A partir daí, são extraídas as concepções de: 1) consequencialismo, 2) máximo bem-estar, e 3) agregacionismo²³.

Enquanto o princípalismo se baseia nos preceitos que orientam eticamente a tomada de decisão, o utilitarismo reflete sobre a consequência das ações para justificar as escolhas⁴ – este é o âmbito do consequencialismo. Rego, Palácios e Siqueira-Batista⁴ alertam que é preciso definir adequadamente o conceito de ação, pois é a partir dela que se mudam os acontecimentos. Dito isso, pode-se concluir que, se houve mudança, houve ação, o que implica que a omissão – ou a "não ação" – também é entendida como ação, na medida em que altera o curso dos acontecimentos⁴.

O conceito de máximo bem-estar, para o utilitarismo, refere-se ao aumento de benefícios advindo das ações. Ele é considerado o mais alto grau de qualidade de vida como desejada por aquele que sofre a ação, e não por aquele que a pratica²⁴.

A última concepção, o agregacionismo, afirma que, quando é necessário optar por ações (processo decisório), a soma dos interesses deve ser considerada. Com efeito, a melhor consequência é aquela que traz o maior bem-estar ao maior número de pessoas, ou seja, os interesses de todos os seres capazes de sentir dor devem sempre ser considerados¹⁴.

No caso em questão, a consequência é que define se a ação foi ou não correta. Para calcular a ação – tendo em vista a maior soma dos benefícios –, o doutor Simão Bacamarte deveria ter em mente que os dois pacientes gostariam de viver e ser curados, e que o estado clínico de ambos impõe a necessidade de cuidados especiais em ambiente de CTI. Dito isso, o doutor Simão poderia tomar como critério a idade dos pacientes, considerando que o paciente mais jovem, se curado, terá mais tempo de vida e, portanto, mais tempo para contribuir com a família e com a própria sociedade.

Outro modo de ver a questão seria indicar a internação para o paciente mais idoso – no caso, o senhor José Arcádio –, dada a maior probabilidade de que, sem internação, o quadro se agrave e aumentem os riscos de sequelas (com consequências negativas para o enfermo, a família, a sociedade e o próprio sistema de saúde, haja vista a maior probabilidade de gastos necessários ao acompanhamento do paciente). Deve-se considerar, no entanto,

que o tempo de espera também poderá agravar o quadro do paciente mais jovem, causando sequelas e mais custos ao sistema de saúde.

A preliminar apreciação utilitarista acena para a impossibilidade de aplicar estritamente esse modelo na situação vivida pelo doutor Simão Bacamarte. De fato, ambas as decisões – transferir o senhor José Arcádio Buendía ou o senhor Nicanor Ulloa para o CTI – são eticamente defensáveis, a depender do cálculo de consequências realizado.

Considerações finais

A necessária racionalização na alocação de recursos – incluindo aqueles que exigem maior complexidade tecnológica – diante do aumento da demanda tem se tornado um dos mais relevantes problemas para um sistema de acesso universal à saúde. Tal situação representa grande desafio para os gestores, bem como para profissionais de saúde, que diariamente enfrentam dilemas em seus locais de trabalho (dentre eles as centrais de regulação), que em tese deveriam assegurar acesso integral e equânime aos usuários.

As perspectivas discutidas neste artigo mostram as sérias dificuldades para definir qual seria a decisão mais correta na situação-problema, cujo

dilema, por definição, representa um impasse do ponto de vista ético. Ponto importante relacionado à discussão sobre o principialismo diz respeito à possibilidade de, em situação como essa, empregar “método” de escolha baseado no acaso – ou seja, a seleção aleatória. Ainda assim, ao que tudo indica, nenhuma das teorias propostas seria capaz de, por si só, sustentar a decisão e atenuar a angústia do processo de escolha. Aspectos subjetivos, ligados ao sujeito da ação, mesmo que de forma subliminar, devem ser considerados nesse processo.

Isto posto, evidencia-se a pertinência de realizar pesquisas que contemplem os aspectos bioéticos aqui levantados, discutindo a tomada de decisão de profissionais de saúde e gestores – processo que pode ser empreendido a partir de diferentes abordagens –, considerando a aceleração das inovações biomédicas e as mudanças globais nos padrões de vida e saúde da população. Tal cenário tem inevitavelmente produzido dilemas, sobretudo no que se refere aos recursos cada vez mais escassos para oferecer à população acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, é primordial considerar todos os envolvidos – valorizando-os em suas condições existenciais – e adotar posições racionais e razoáveis, mesmo que, devido aos limites das escolhas, seja necessário considerar a potência do acaso.

Referências

1. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.
2. Fortes PAC. O dilema ético de priorizar recursos escassos. Rede Câncer [Internet]. 2011 [acesso 21 maio 2019];14:34-5. Disponível: <https://bit.ly/3dhEC6E>
3. Aristote. Éthique de Nicomaque. Paris: Classiques Garnier; 1961.
4. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
5. Ferreira DC, Silva AG Jr, Siqueira-Batista R. A bioética na tomada de decisão na atenção primária à saúde. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2015 [acesso 20 jan 2020];39(3):479-85. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n3e00742015
6. Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 20 jan 2020];23(1):31-9. DOI: 10.1590/1983-80422015231043
7. Freitas EEC. O processo de tomada de decisão moral pelo médico intensivista para pacientes críticos. In: Cardoso de Castro J, Niemeyer-Guimarães M, organizadores. Caminhos da bioética. Teresópolis: Editora Unifeso; 2018. v. 1, p. 14-32.
8. Gonçalves L, Dias MC. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da covid-19 no Brasil. Diversitates Int J [Internet]. 2020 [acesso 20 jan 2020];12(1):17-36. Disponível: <https://bit.ly/3u3Jgv3>
9. Assis M. O alienista. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.

10. Márquez GG. Cem anos de solidão. Rio de Janeiro: Record; 1967.
11. Mello BHG, Oliveira GBF, Ramos RF, Lopes BBC, Barros CBS, Carvalho EO et al. Validação da classificação de Killip e Kimball e mortalidade tardia após infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [acesso 20 jan 2020];103(2):107-17. DOI: 10.5935/abc.20140091
12. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two-year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* [Internet]. 1967 [acesso 20 jan 2020];20(4):457-64. DOI: 10.1016/0002-9149(67)90023-9
13. Schramm FR. Questões conceituais e metaéticas da bioética clínica: uma introdução. *Bioethikos* [Internet]. 2012 [acesso 20 jan 2020];6(2):125-32. p. 129. Disponível: <https://bit.ly/3aoP8Hq>
14. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.
15. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Méd Bras* [Internet]. 2012 [acesso 21 maio 2019];58(3):335-40. DOI: 10.1590/S0104-42302012000300014
16. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the covid-19 outbreak. *J Med Ethics* [Internet]. 2020 [acesso 20 jan 2021];46(6):364-6. DOI: 10.1136/medethics-2020-106227
17. Torres A, Aparecida AF, Oliveira PI. Escolhas de Sofia e a pandemia de covid-19 no Brasil: reflexões bioéticas. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2020 [acesso 20 jan 2021];50:333-52. Disponível: <https://bit.ly/3qx5Ry4>
18. Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Rev Assoc Méd Bras* [Internet]. 2002 [acesso 20 jan 2020];48(2):129-34. DOI: 10.1590/S0104-42302002000200031
19. Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso 20 jan 2020];20(5):1141-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500002
20. Harris J. The survival lottery. *Philosophy* [Internet]. 1975 [acesso 20 jan 2020];50(191):81-7. Disponível: <https://bit.ly/3jVYFZu>
21. Fortes PAC. Op. cit. 2011. p. 35.
22. Mill JS. Utilitarianism [Internet]. Brighton: BLTC; 2001 [acesso 21 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3jVzrWo>
23. Hare RM. A utilitarian approach. In: Kuhse H, Singer P, editors. *A companion to bioethics*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Publishers; 2009. p. 80-5.
24. Kuhse H, Singer P, editors. *A companion to bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers; 1998.

Fabiana Pires Pereira – Doutoranda – fabianapereiraivb@gmail.com

 0000-0002-9474-8989

Rodrigo Siqueira-Batista – Doutor – rsbatista@ufv.br

 0000-0002-3661-1570

Fermin Roland Schramm – Doutor – rolandschramm@yahoo.com.br

 0000-0001-6291-3188

Correspondência

Fabiana Pires Pereira – Rua Maestro José Botelho, 64, Vital Brasil
CEP 24230-410. Niterói/RJ, Brasil.

Participação dos autores

Fabiana Pires Pereira realizou a pesquisa bibliográfica. Rodrigo Siqueira-Batista orientou a pesquisa e, com Fermin Roland Schramm, contribuiu com a discussão e revisão crítica do texto. Todos os autores redigiram o artigo.

Recebido: 17.3.2019

Revisado: 5.11.2020

Aprovado: 15.1.2021