

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

MARILIA DE MORAES VASCONCELLOS

A necessidade de priorizar o atendimento à pacientes: análise Bioética dos  
argumentos utilizados por médicos na aplicação de recursos limitados na área da saúde

Dissertação de Mestrado Acadêmico - ENSP/FIOCRUZ RJ

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Rego

Rio de Janeiro

2010

*Aos meus filhos Beatriz e Pedro Henrique,  
e a Flávio, com muito amor e carinho.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Sérgio Rego por sua orientação, pelo tempo dedicado a mim e por sua paciência, fundamentais para realização desta dissertação.

À minha família pela compreensão, apoio e carinho nos muitos momentos de dificuldade.

Às minhas parceiras de plantão pela amizade, companheirismo e compreensão da minha ausência no trabalho e pelo apoio dado na elaboração da dissertação.

Aos meus colegas que aceitaram colaborar e participar das entrevistas.

A todos os meus pacientes, que são o estímulo e a razão deste estudo e do meu trabalho profissional.

*É preferível chegar primeiro ao acordo sobre o fato de que os recursos, não só os do planeta, mas também os das sociedades humanas, ainda que sejam multiplicáveis, não são ilimitados; e sobre a exigência de que se discutam as prioridades, que no passado sempre foram decididas de forma 'espontânea' e, muitas vezes, obscura, e que agora é oportuno definir e justificar com base em motivações éticas e práticas explícitas.*

*Berlinguer, 1996  
Ética da Saúde*

## RESUMO:

Os avanços científicos na área da biotecnologia são acompanhados pelo aumento da eficiência dos tratamentos clínicos e do custo da prática da assistência à saúde, e uma das conseqüências deste desenvolvimento é a limitação de recursos financeiros disponíveis para este setor. O objetivo deste estudo foi identificar, analisar e discutir os critérios éticos utilizados por médicos em relação às suas decisões vivenciadas em situações de emergência, frente à recursos limitados. Baseada no marco teórico pretendeu-se avaliar o resultado destes argumentos através da análise racional e imparcial, com as ferramentas da Bioética e, no momento seguinte, refletir sobre a competência das argumentações apresentadas, para responderem aos desafios éticos que se apresentam em relação à micro-alocação de recursos, limitados e finitos, na área da assistência a saúde. A influência explícita dos critérios éticos sobre decisões médicas relativas à priorização do atendimento quando não há recursos para atender a todos poucas vezes foi encontrada na análise das entrevistas e no material da revisão teórica. A proposta do estudo, ao analisar e discutir questões morais para decidir 'a quem dar tratamento', foi refletir a respeito de como lidar um pouco melhor com estas difíceis escolhas e propor, na procura por acordos prévios, um amplo debate ético, aberto a participação de toda a sociedade sobre os verdadeiros custos na área da saúde e suas formas alocativas.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Tomada de decisões. Serviços médicos de emergência. Dotação de recursos para cuidados de saúde. Equidade.

## ABSTRACT:

The scientific advances in the area of biotechnology are accompanied by the increase of the efficiency of clinical treatments and the cost of health care practice, and one of the consequences of this development is the limitation of financial resources available for this sector. The aim of this study was to identify, analyze and discuss the ethical criteria used by doctors towards its decisions experienced in emergency situations, when facing limited resources. Based on theoretical review it was intended to assess the outcome of these arguments through the rational and unbiased analysis, using bioethics tools and subsequently, reflect on the competence of the arguments presented, in order to respond to the ethical challenges that are presented in relation to micro-allocation of limited and finite resources in the area of health care. The influence of ethical criteria about medical decisions concerning the prioritization of care, when there are no resources available to attend everyone, was seldom found explicitly in the analysis of the interviews and in the theoretical review material. The proposal of the study when analyzing and discussing moral issues in order to decide 'to whom give treatment', was to reflect about how to handle a little better with these difficult choices and propose, in the search for prior agreements, a broad ethical debate, opened for participation of the entire society about the real costs in the area of health and their forms of allocation.

Keywords: Bioethics. Ethics. Decision making. Emergency Medical Services. Health care rationing. Equity.

## **Sumário:**

<b>Introdução:</b> .....	2
<b>Capítulo I – Assistência à saúde:</b> .....	6
1.1 Saúde: interesse político e social.....	6
1.1.1 Direito à saúde.....	10
1.1. 2 Justiça como equidade.....	13
1.2 O SUS e seus princípios.....	18
1.2.1 Níveis de atendimento na assistência a saúde.....	23
1.2. 2 O atendimento de emergência e suas características.....	25
1.3 Ética e saúde.....	30
1.4 A medicina, os médicos e a assistência a saúde no contexto atual.....	32
<b>Capítulo II – Bioética:</b> .....	39
2.1 O surgimento da bioética.....	39
2.2 Princípioalismo.....	42
2.3 Utilitarismo.....	49
2.4 Bioética de proteção.....	51
<b>Capítulo III – Assistência à saúde em situação de escassez de recursos:</b> .....	53
3.1 Alocação de recursos.....	54
3.2 Macro-alocação.....	56
3.3 Micro-alocação.....	61
3. 4 Racionalizar decisões.....	63
3.4. 1 Análise econômica em saúde.....	64
3.4. 2 Índices prognósticos para auxiliar decisões médicas.....	68
3.4. 3 Medicina baseada em evidências.....	72
3.5 Conflito moral em priorizar o atendimento.....	75
<b>Capítulo IV – Material e método:</b> .....	80
<b>Capítulo V– Resultado e discussão: apresentação das entrevistas</b> .....	84
5.1 Dificuldades enfrentadas no atendimento ao paciente frente a recursos limitados..	86
5.2 Priorização de recursos.....	90
5.3 Como enfrentar conflitos relacionados à priorização de pessoas: estratégias.....	95
<b>Considerações finais:</b> .....	100
<b>Referências:</b> .....	101
Anexo 1 - Roteiro de entrevista.....	111
Anexo 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	112

## **Introdução:**

Os avanços científicos na área da biotecnologia transformaram as relações entre indivíduos, o conceito de doença, vida e morte, acompanhado pela eficiência dos tratamentos clínicos e pelo aumento no custo da prática da assistência à saúde. Hoje, uma das conseqüências deste desenvolvimento é a limitação de recursos financeiros disponíveis para a área da saúde, questão que tenho vivenciado de perto como médica responsável pela coordenação de plantões no setor de emergência, em hospitais da rede pública de assistência. Muitas vezes, no atendimento às situações de emergência, não tenho tempo para consultar outros colegas de equipe ou comissões de ética, e os critérios que estabeleço para delinear a minha conduta é que irão direcionar o atendimento a uma determinada pessoa, como por exemplo, para utilização de um aparelho específico ou droga essencial para um determinado fim. Encontro-me no dever de agir em favor dos interesses do meu paciente da forma mais justa possível, mas vem a pergunta: como ser justa quando me encontro na posição de ter que negar um atendimento? Quando priorizo um paciente em detrimento de outro, gera em mim uma imensa angústia. Em inúmeras situações encontro dificuldades, concretas, de restrições de leitos hospitalares, de disponibilidade de recursos de tecnologia de ponta, hoje disponíveis em favor de várias intercorrências clínicas, e até mesmo de medicações mais simples e de baixo custo, pelo simples fato de que não há quantidade suficiente para o atendimento de todos.

No exercício da coordenação das equipes em que trabalho, percebi ao longo dos anos, e cada vez mais, a necessidade de formação complementar na busca por melhor compreender e trabalhar com questões éticas que se apresentam na rotina das minhas decisões na prática assistencial. Trabalho em um hospital universitário, que no seu corpo clínico conta com médicos em especialização, e observo que as escolas médicas permanecem focadas na formação técnica e não oferecem ênfase maior a discussões que levem a reflexões sobre questões éticas relacionadas ao campo da saúde. Estas minhas observações foram o ponto de partida para a realização deste estudo.

Hoje a questão da saúde leva a discussão que envolve financiamento e acesso a assistência, no momento em que os recursos disponibilizados para este fim são limitados diante da diversidade de frentes para investimentos e da quantidade de indivíduos a atender, decorrência do desenvolvimento na área de novas tecnologias e



medicamentos, o que encarece os serviços de saúde. Vários países têm procurado encontrar e definir a responsabilidade das instituições públicas no que diz respeito à promoção, prevenção e o direito a assistência a saúde a fim de racionalizar despesas.

No Brasil, a Constituição de 1988, através do artigo 196, definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, a fim de garantir saúde e bem-estar a todos os indivíduos necessitados, sem qualquer distinção. Esta proposta de acesso universal à saúde em um contexto de demandas cada vez maiores, por um lado, e de recursos limitados, por outro, traz uma série de problemas políticos, econômicos e questionamentos éticos.

A questão central desta dissertação relaciona-se a reflexões sobre a moralidade das decisões tomadas associada a (nova?) responsabilidade do profissional de saúde em administrar conflitos que surgem na utilização de recursos limitados no nível de micro-alocação, ou seja, individual em relação ao cuidado da saúde. Que fundamentos éticos estes profissionais utilizam em suas justificativas ao priorizar pessoas? Quais são as estratégias usadas nestas decisões? Existe preocupação moral nestas decisões? Ao reconhecer a necessidade de estabelecer prioridades devem ser feitas considerações sobre as conseqüências das decisões tomadas, escolhas inevitáveis, e enfrentar o fato de que algumas vezes estas decisões não serão as mais acertadas.

Para esta discussão a dissertação está dividida em cinco capítulos e a apresentação de considerações finais. No Capítulo I são apresentados aspectos históricos e conceituais da assistência a saúde e seu contexto político e social partir do desenvolvimento industrial. No momento seguinte, a fim de relacionar estes conceitos e o modelo de assistência a saúde no Brasil, a seção apresenta o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e os diferentes níveis de atendimento e as características dos atendimentos em situações de emergência. E a última seção trata do papel desempenhado pelo médico no cuidado a saúde e suas repercussões frente ao desenvolvimento de novas tecnologias e seus desdobramentos éticos.

No Capítulo II a Bioética é apresentada como ferramenta, através da qual é possível analisar os princípios e valores morais envolvidos no processo de decisões no campo da saúde, na busca de melhores critérios de distribuição de recursos. É dividido em quatro seções que apresentam seu surgimento e as principais correntes bioéticas.

A assistência à saúde em situação de limitação e escassez de recursos é discutida no Capítulo III, e as três primeiras seções trazem os conceitos e dimensões da alocação

de recursos na área da saúde, ou seja, macro-alocação, que se refere a procedimentos de alocação e distribuição dos recursos financeiros voltada para políticas públicas e organização dos sistemas de serviços sanitários; e a micro-alocação, relacionada à discussão e análise das formas de seleção individualizada de pessoas que serão beneficiadas pelos serviços disponíveis, ponto abordado nesta dissertação. A seguir é apresentada uma breve análise econômica aplicada à saúde, seguida dos conceitos de Medicina Baseada em Evidências e dos índices prognósticos, utilizados para auxiliar na racionalização das decisões clínicas. Na última seção deste capítulo são discutidos os conflitos morais que se apresentam diante da necessidade de priorizar o atendimento a determinado paciente na vigência de recursos limitados.

No Capítulo IV são apresentados o material e método utilizado para este estudo, centrado na abordagem qualitativa, com instrumentos como revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas para cumprir o objetivo do estudo, ou seja, a análise e a compreensão das argumentações éticas dos entrevistados.

No Capítulo V são apresentadas as entrevistas, onde se encontra a análise e argumentações éticas dos entrevistados, comparação e identificação destas argumentações e suas diferenças. Este capítulo é dividido em três seções que identificam diferentes questões éticas: dificuldades gerais encontradas no atendimento ao paciente frente a recursos limitados, a priorização destes recursos e as estratégias utilizadas pelos profissionais para enfrentar conflitos éticos relacionados a esta priorização.

A última parte é referente às considerações finais, que apontam para o fato de que no sistema de assistência a saúde a questão da ética já não se encontra mais teorizada e abstrata como em outros momentos – faz parte, hoje, da prática clínica diária, e que a racionalização é inevitável, na procura da justa alocação de recursos, conforme foi demonstrado neste estudo através da revisão teórica e o resultado da pesquisa qualitativa. A revisão teórica evidenciou também que mesmo com recursos limitados, desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas públicas e medidas práticas, também fundamentadas na necessidade de racionalização dos recursos, na equidade e na responsabilidade social. Para tanto é necessário seguir critérios moralmente aceitáveis que foram propostos neste estudo e por inúmeros autores a exemplo da prevenção do desperdício, assim como o reconhecimento das diferenças nas necessidades dos pacientes e o tipo de tratamento ou atendimento imprescindível. Ao entrevistar médicos que trabalham diretamente na assistência, com

situações de emergência, poucas vezes foi encontrada a influência dos critérios éticos, de forma explícita, sobre suas decisões relativas à priorização de pacientes. A proposta do estudo ao analisar e discutir as questões morais relacionadas à priorização do atendimento, ao procurar resposta 'a quem dar tratamento' foi refletir a respeito de como lidar com estas difíceis escolhas e propor um debate ético, aberto a participação de toda a sociedade sobre os verdadeiros custos na área da saúde e suas formas alocativas.

## Capítulo I – Assistência à saúde:

A medicina nunca teve tantos êxitos como em nossa época e nunca atraiu tantas suspeitas e críticas como hoje. Roy Porter <sup>1</sup>

### 1.1 Saúde: interesse político e social

Os processos históricos de expansão territorial facilitaram a disseminação e propagação de agentes patogênicos com a contaminação de populações sem defesa imunológica. As epidemias surgiram com o crescimento da sociedade e, desde então, a Medicina mudou seu rumo, desenvolveu-se mais rapidamente e passou a ser mais preventiva. “O comércio, a guerra e a expansão sempre exportaram doenças” <sup>1</sup> (2004: 27).

Foucault <sup>2</sup> em seu livro *Microfísica do Poder* relata que desde o final do século XVI nações do mundo Europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população sob o ponto de vista político, econômico e científico e aos poucos também se conscientizaram a respeito dos riscos em comum que poderiam ameaçá-los de forma devastadora, a partir de doenças epidêmicas. Objetivavam, baseados no mercantilismo, onde a população era considerada a primeira variável econômica, aumentar a produção da população ativa, e estabelecer fluxos comerciais com grande entrada de moeda para o Estado, a fim de financiar o que viesse a garantir a força de um Estado em relação aos outros. Deste modo a França, Inglaterra e Áustria calculavam a força ativa de suas populações, a partir do controle estatístico de nascimento e mortalidade, sem nenhuma intervenção efetiva para elevar o nível de saúde.

A Medicina moderna, científica e social, nasceu no final do século XVIII em paralelo ao desenvolvimento do capitalismo e se baseou em três etapas: Medicina de Estado, urbana e da força de trabalho <sup>2</sup>. A Medicina de Estado ampliou-se de início na Alemanha, país de pouca expressão política na época, com pequeno desenvolvimento no setor econômico, mas que desenvolveu uma prática de assistência à saúde voltada para a melhoria do nível de saúde da população. Surgiu, desde então, a normatização do ensino médico sob controle do Estado com a formação de uma organização médica estatal, que caracterizou a Medicina de Estado, própria do início do século XIX.

Na França a Medicina social desenvolveu-se a partir da necessidade da urbanização, efeito direto produzido pelo aumento da população proletária, e afrontamentos “entre ricos e pobres, plebeus e burgueses” <sup>2</sup> (2008: 86). Era o perigo social que vinha do campo, que fez surgir o medo e a angústia nas cidades da época, populosas e insalubres. Estabeleceu-se então o modelo médico e político da quarentena em situação de risco de pestes ou doenças endêmicas. A Medicina Urbana funcionou como mecanismo de exclusão para limpeza do espaço urbano, que trouxe a prática da internação, o registro permanente e particularizado dos pacientes e a individualização do cadáver. Neste mesmo período também surgiu a idéia de evitar aglomeração de pessoas e a necessidade de alargar o ambiente urbano, com “métodos de arejamento das cidades” <sup>2</sup> (2008: 90).

Foi na Inglaterra, com o desenvolvimento industrial e do proletariado, que surgiu a Medicina da força de trabalho, dita “medicina dos pobres” <sup>2</sup> (2008: 92), vistos como ameaçadores, na medida em que era força política e trabalhadora. Por outro lado também se sentiam excluídos, quando o espaço urbano foi dividido em bairros pobres e ricos, e o direito a propriedade e habitação ameaçada. Iniciava-se também o controle médico da população através da vacinação obrigatória, registro de doenças contagiosas e localização de lugares considerados insalubres, com eventual destruição destes focos, momento em que surge a Saúde Pública <sup>2</sup>. A questão sanitária serviu como eixo norteador, que resultou em legislações sobre saúde e higiene, com “conseqüente variedade de forças no interior da ordem econômica e social” <sup>3</sup> (1994: 180). Neste momento o Estado passou a ter interesse em manter a saúde e bem-estar dos trabalhadores, principalmente depois do surto da cólera, período em que surgiu a Epidemiologia, baseada no estudo do médico inglês John Snow, num contexto de “contabilidade da doença” <sup>2</sup>. Com a saúde das classes mais pobres assegurada, a proteção às classes ricas estava completa, o que gerou uma série de reações violentas por parte da população.

Por fim estes sistemas permitiram a realização de uma Medicina: assistencial para os mais pobres; administrativa e preventiva; e privada para aqueles que podiam pagar por serviços diferenciados. Conforme Foucault: “nos sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes” <sup>2</sup> (2008: 98). Ainda para o autor “o médico começa a desempenhar um papel decisivo na organização

dos auxílios... e se torna agente detentor das necessidades e juiz da natureza e do grau da ajuda que é preciso conceder”<sup>4</sup> (2008: 44).

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população<sup>5</sup> (2005: 291).

A partir da segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX já se verificava três ações mandatórias e eficazes contra as doenças: o conhecimento das causas; individualização de recursos preventivos e terapêuticos; e a vontade de agir contra as doenças no âmbito internacional, quando foram descobertos muitos agentes microbianos e comprovados seus meios de transmissão através de vetores, alimentos ou água contaminada<sup>6</sup>. Neste período foi crescente, através de leis e instituições, a intervenção do Estado na saúde, tanto individual quanto pública. Com a assistência generalizada, o doente, incapaz de trabalhar, quando colocado no hospital se torna “uma dupla carga para a sociedade”<sup>2</sup> (2008: 19), o que deu início a inúmeras críticas de análises econômicas a respeito das fundações hospitalares.

Desde o começo da Revolução Industrial iniciou-se em paralelo o processo de desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, entendido aqui como forma particular de conhecimento, que resultou em maior eficácia dos tratamentos e induziu ao uso de novos métodos e instrumentos de diagnóstico e de cura, com mudanças na “disposição geral do saber, resultado de uma reformulação ao nível do próprio saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados”<sup>2</sup> (2008: 157).

Nesta ocasião a profissão médica ganhou posição de destaque na sociedade, por meio de participação mais expressiva da categoria em movimentos populares, o que levou ao papel de intermediários entre governo e sociedade. Os médicos além de desempenharem um papel técnico junto à sociedade passaram a ter posição de destaque, sobretudo do ponto de vista econômico, com relação à distribuição de auxílios ou recursos, que Foucault chamou de “papel moral e quase judiciário em suas atribuições convertidos em vigilante moral e da saúde pública”<sup>4</sup> (2008: 44). Neste cenário a proteção à saúde cresce como um compromisso para melhorar a vida humana e “criar

um senso moral comum em torno do valor intrínseco e instrumental da saúde”<sup>6</sup> (2004: 227).

O papel dos médicos e as expectativas do público em relação a eles modificaram-se durante o século XX. As antigas doenças infecciosas agudas estavam diminuindo e, de qualquer modo, dos anos 30 em diante, passaram a ser curadas pelas drogas à base de sulfa e, a partir dos anos 40, pelos antibióticos. Contudo, em parte como decorrência da maior longevidade...<sup>1</sup> (2004: 62).

Com o objetivo de assegurar o acesso aos tratamentos, surgiram, desde então, formas, que no início foram espontâneas e depois obrigatórias, de seguro contra as doenças e o papel do Estado cresceu nas ações referentes à saúde, com maiores intervenções em saúde pública.

Ao longo dos séculos, com efeito, vários mecanismos de atração e repulsa vinham puxando a medicina, ainda que com lentidão e paulatinamente, para o domínio público, fosse do Estado, fosse do mercado... A medicina tornou-se mais uma linha comercial, e o comércio estava em franca expansão<sup>1</sup> (2004: 192).

Na primeira metade do século XX, impulsionado pelo aumento da taxa de desemprego ao fim da Primeira Guerra e da Grande Depressão dos anos trinta, surge a necessidade de melhorar o planejamento para utilização de recursos nos serviços de saúde e seguridade social, “na procura por remover carência, doença, ignorância, esqualidez e ociosidade”<sup>3</sup> (1994: 353).

Em 1946 foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup>, subordinada a Organização das Nações Unidas (ONU). O conceito divulgado na carta de princípios de abril de 1948 implica no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, onde afirma que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” e “um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica”<sup>7</sup>.

Este conceito nunca foi revisto, sofre críticas e desde sua formulação aponta para o fato de a saúde ser um ideal, uma perfeição de bem-estar inatingível, na medida em que implica imunidade a toda doença<sup>8</sup>, e que, portanto, não poderia ser utilizada como objetivo a ser alcançado pelos serviços de saúde e “ainda faz destaque entre o físico, o

mental e o social”<sup>9</sup> (1997: 540). Outras críticas assinalam que este conceito “poderia permitir abusos por parte do Estado por intervir na vida dos cidadãos sobre pretexto para promover a saúde”<sup>10</sup> (2007: 37). Outra crítica refere-se ainda à discussão do conceito de qualidade de vida e o referido “completo bem-estar”, “embora a saúde pública necessite, para elaboração de políticas públicas, de indicadores de qualidade”<sup>9</sup> (1997: 541), medidas que contém informações sobre atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema que, em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população<sup>11</sup>.

Em 1974 o canadense Marc Lalonde<sup>12</sup> publica o Relatório Lalonde no qual formula o conceito de *campo da saúde* – health field - que tornou-se útil para análise de fatores que intervêm sobre a saúde. Hoje, de acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange quatro grandes grupos: biológico - herança genética, étnica, sexo e idade; meio ambiente; o estilo de vida – cuidados contra hábitos considerados nocivos à saúde como uso de drogas, qualidade de alimentação, práticas de atividade física de risco, dentre outras; e a organização do cuidado à saúde – com a prevenção e promoção da saúde, terapêutica e reabilitação. O relatório enfatizou a responsabilidade de cada indivíduo em mudar seus comportamentos para melhora da saúde individual. Segundo o autor os cuidados primários de saúde, adequados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma determinada sociedade deveriam incluir educação em saúde; nutrição adequada; saneamento básico; cuidados materno-infantis; planejamento familiar; imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas; e fornecimento de medicamentos essenciais.

A saúde, como condição passível de modificações, desejada e necessária, é hoje, no Brasil, objetivo jurídico-político do direito à saúde, com a finalidade de conferir benefícios aos cidadãos, assunto tratado na seção referente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios.

### **1.1.1 Direito à saúde:**

O aumento da demanda por serviços de saúde, o alto custo da biotecnologia – definida como conjunto de conhecimentos que permite a utilização de agentes biológicos para obter bens ou assegurar serviços - associados ao aumento da população idosa e da pobreza foram algumas das causas que levaram a crise dos sistemas de saúde e ao que Berlinguer<sup>8</sup> (1996: 41) chamou de “racionamento do necessário”. Foram



observados problemas relacionados ao fornecimento simultâneo da melhor assistência possível, associada à igualdade de acesso a todos e a contenção de seus custos. Mesmo assim, em vários países “a distribuição da saúde – e das possibilidades de vida - não responde ao objetivo: para todos”<sup>8</sup> (1996: 26). Por outro lado, mesmo que não haja uma obrigação moral em prover assistência à saúde, na maioria das sociedades:

... o financiamento de certos programas gerais de assistência médica para todos é considerado parte integrante da vida moralmente boa e da ação benéfica<sup>13</sup> (1998: 231).

O direito à saúde deve ser observado sob dois diferentes aspectos<sup>8, 14, 15</sup>. O primeiro corresponde ao direito à saúde em sentido estrito, de necessidade, de direito à vida, como justiça social e direito humano. O outro diz respeito ao direito a assistência médica no caso de doença, relacionado à intervenção médica, diagnósticos, internações, acompanhamentos e tratamentos de doenças.

São muitas as posições defendidas em relação ao direito de acesso e assistência à saúde. Beauchamp e Childress<sup>15</sup> afirmam que um indivíduo ter direito de acesso à assistência médica não significa que os outros tenham que prover todo e qualquer cuidado médico, nem que o sistema deve distribuir esta assistência de forma equitativa, mas constitui o direito de obter bens e serviços específicos que podem ser reivindicados por todos. Ao criticarem diferentes concepções de justiça, os autores dizem que nenhuma das teorias referentes à saúde propõe que a assistência recebida tenha bom resultado.

Na concepção de Engelhardt<sup>13</sup> é materialmente impossível respeitar a liberdade de todos e, portanto, o respeito à justiça e imparcialidade em assistência a saúde é moralmente enganoso, assim como proporcionar a melhor assistência para todos e conter os custos na área da saúde. O autor critica a “ilusão coletiva” incutida por políticas de assistência baseadas em ideologias incoerentes. Para Engelhardt<sup>13</sup> um sistema de saúde que reconhece limitações morais e financeiras deve aceitar a desigualdade no acesso como fator moralmente inevitável, e o mesmo tempo aceitar estabelecer um preço para salvar a vida humana como parte para a construção de um sistema de saúde economicamente eficiente, estabelecido por meios de recursos comunitários.

Por outro lado, segundo Patrão Neves<sup>16</sup> o direito à saúde deve estar associado à responsabilidade moral individual e coletiva por sua manutenção e promoção. Em sua

concepção a responsabilidade moral se refere a três aspectos principais, como a adoção de comportamentos que promovam a saúde; conscientização da finitude do homem e dos limites inerentes a toda a expressão humana e à realização de escolhas ponderadas. Para a autora a responsabilidade pessoal, dever que cada um tem de cuidar de sua saúde, sofre influência do estilo de vida, porque condiciona seu estado de saúde, mas também tem uma dimensão coletiva, relacionada à comunidade e ao próprio Estado, reconhecida como um “dever”.

Segundo Berlinguer<sup>8</sup> a melhor prática da Medicina é a que trata a todos de forma igual e baseia-se nos diversos quadros clínicos; prescreve, escuta e consegue a participação ativa do paciente no processo terapêutico; oferece prevenção, tratamento e reabilitação e, aponta e contribui para modificar comportamentos de risco e condições insalubres, sem intervenção nas livres escolhas pessoais.

Portanto, a reivindicação por justiça social para concretizar o direito à saúde deve considerar os princípios éticos da equidade, solidariedade e responsabilidade através da aplicação de um conjunto de critérios, com ênfase na necessidade médica, como fator de racionalização, e da igualdade de oportunidades, como fator de acessibilidade universal<sup>6, 10, 14, 16</sup>.

O episódio relatado a seguir é um exemplo de dificuldade de acesso e desigualdade em diversos seguimentos sociais e remete à questionamentos sobre o direito à saúde. É o caso de uma paciente de 16 anos, moradora de uma comunidade carente, de difícil acesso, que ao engravidar, não fez acompanhamento pré-natal. Tinha história pregressa de “sopro no coração” descoberto na fase pré-escolar, sem acompanhamento médico. No momento do parto procurou uma maternidade pública, mas como o atendimento demorou, sem nenhuma orientação, decidiu ir embora e o parto aconteceu em casa. Em dois dias retornou ao hospital com febre alta e diminuição do nível consciência. A equipe da emergência diagnosticou mastite severa na mama esquerda e um quadro clínico típico de endocardite bacteriana. Foi internada e submetida a uma cirurgia cardíaca de urgência para troca de duas válvulas do coração. Ocorreu uma complicação no pós-operatório, embolia cerebral e num período de dois dias, sobrevieram três episódios de parada cardíaca e uma neurocirurgia. Morreu em choque séptico, estado infeccioso generalizado, uma semana após a internação. Numa rápida análise é possível observar que se desde a infância esta adolescente recebesse orientação e tratamento médico, não morreria desta forma. Mas uma menina pobre, cuja família não acompanhou sua doença por dificuldade de acesso ou por desconhecimento,

que engravidou na adolescência e não fez acompanhamento de espécie alguma, terminou sua vida de forma trágica. Trata-se de um óbito, como tantos outros, que não deveria ocorrer. É difícil refletir e definir necessidades em assistência à saúde, justiça e direito, por mais equitativa que seja a oferta e o acesso, porque iniquidades persistirão, sempre, produto de desigualdades de renda, de educação e de infra-estrutura sanitária, que para incontáveis pacientes, como esta jovem, todos os dias sofrem de modo semelhante.

Beauchamp e Childress<sup>15</sup> terminam o capítulo sobre justiça no livro *Princípios de Ética Biomédica* dizendo que “para milhões de pessoas que se deparam com essas barreiras, um sistema justo de assistência a saúde continua a ser um ideal longínquo”<sup>15</sup> (2002: 423), realidade no Brasil, país no qual a Constituição Federal de 1988, artigo 196, define saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, e garante acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde<sup>135</sup>. A próxima seção discute os conceitos de justiça como equidade em relação à saúde.

### **1.1.2 Justiça como equidade:**

As diversas concepções de justiça provêm das distintas noções de sociedade, contra um pano de fundo de visões conflitantes acerca das necessidades naturais e oportunidades da vida humana<sup>17</sup> (2008: 11)

As conseqüências advindas do desenvolvimento da Medicina no campo científico foram muito grandes ao oferecer inúmeras possibilidades, mas exacerbou desigualdades sociais e de acesso a saúde, quando seu custo aumentou muito e trouxe como resultado a necessidade de escolhas e determinações de prioridades sobre os possíveis beneficiados. Estas desigualdades são objeto de atenção nos diferentes modelos de assistência à saúde, nos países desenvolvidos e nos mais pobres e, do mesmo modo, em regimes políticos e sociais variados.

É preciso repensar e discutir sobre esta questão, de caráter contemporâneo e universal, através de processos de informação prestados à sociedade sobre dificuldades efetivas que o setor saúde enfrenta e, reconhecer a imposição ética de estabelecer prioridades, de proceder a escolhas, sem estabelecer limites, o que conduz a implicações na formulação e condução de políticas para a saúde, que podem interferir nos diferenciais de desigualdades resultantes de processos sociais, políticos e econômicos.

Conforme Beauchamp e Childress <sup>15</sup> as teorias de justiça trazem uma exigência mínima, atribuída a Aristóteles, de que os iguais devem ser tratados de modo igual, e não-iguais devem ser tratados de modo não-igual. Este princípio não estabelece as circunstâncias específicas nas quais os iguais devem ser tratados de modo igual e não determina critérios para definir se dois ou mais indivíduos são de fato iguais, por isso chamado de justiça formal. Seria uma escolha equidistante entre duas ações e este conceito tornou-se importante no âmbito do poder e na manutenção do Estado democrático.

Se for verdade, como muitos imaginam, que a liberdade e a igualdade constituem essencialmente a democracia, elas, no entanto, só podem aí encontrar-se em toda a sua pureza, enquanto gozarem os cidadãos da mais perfeita igualdade política... <sup>18</sup> (1997: 117).

Surge então o conceito de equidade, que ganhou força como tratamento igualitário, independente de seus valores, entre dois casos idênticos, ao receberem o mesmo tratamento. A equidade como reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas de cada indivíduo - que procura reunir num único conceito uma dimensão política e moral - reconhecida como princípio - é a base ética do direito a saúde, que deve estar associado ao princípio da responsabilidade pública e individual, e ao princípio de justiça <sup>14</sup>. A definição do conceito de equidade deve pressupor não só o sentido restrito da quantidade de recursos materiais e humanos como leitos, consultórios, médicos e enfermeiros, mas também a qualidade dos serviços oferecidos.

Conforme Berlinguer <sup>8</sup> (1996: 82):

Falo de equidade, em vez de igualdade, mesmo em desacordo com uma interpretação niveladora que ignora o significado positivo das diferenças, seja entre os indivíduos, seja entre grupos humanos; que pretende, isso sim, uniformizar os seres humanos por um único modelo. Falo de equidade pensando de um lado no valor intrínseco e único (espero que para sempre) de cada pessoa, de outro, na importância de medidas destinadas a remover os obstáculos ao bem-estar (entendidos como estar-bem): aqueles, e somente aqueles que não possam ser superados mediante vontade e comportamentos pessoais. A superação destes obstáculos representa o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde.

Definições conceituais e debates recentes a respeito de desigualdades e equidade em saúde são amparados basicamente por teorias de justiça formuladas por Rawls<sup>17</sup> e Sen<sup>19</sup> cujas análises têm influenciado o debate, mesmo com abordagens baseadas em perspectivas diferentes.

John Rawls<sup>17</sup> no livro "*Uma teoria da justiça*", observa na igualdade uma situação inicial, um pré-requisito circunstancial para se estabelecer os parâmetros da justiça por ele concebida. O autor primeiro classifica a justiça como equidade, a exemplo do que chamou teoria contratualista, na qual certos princípios seriam aceitos em uma situação inicial bem definida. Neste sentido, sugere uma abstração da realidade inicial, na posição de igualdade e imagina um pacto social, para definir-se, a partir desta os termos fundamentais de uma espécie de convenção. Para o autor “uma das características da justiça como equidade é conceber as partes na posição inicial como racionais e mutuamente desinteressadas”<sup>17</sup> (2008: 16). Em sua teoria a principal característica é prioridade do justo sobre o bem. Segundo o autor não há dúvidas de que o rigor dos preceitos da justiça ditadas pelo bom senso tem utilidade na inclinação humana para a injustiça, “que se constitui de desigualdades que não são vantajosas para todos”<sup>17</sup> (2008: 75).

As desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto propiciem o máximo de benefício esperado para os menos favorecidos como estejam vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades<sup>17</sup> (2008: 100).

Segundo Rawls<sup>17</sup> para a construção de uma sociedade mais justa deve ser levado em consideração que toda pessoa tem direito igual ao conjunto mais extenso de liberdades fundamentais que seja compatível com a atribuição a todos desse mesmo conjunto de liberdades - princípio de igual liberdade; e que desigualdades de vantagens socioeconômicas só se justificam se contribuem para melhorar a sorte de membros menos favorecidos da sociedade - princípio da diferença - e são ligadas a posições em que todos têm oportunidades equitativas de ocupar - princípio de igualdade de oportunidades. Conforme o autor não é injusto que os homens nasçam em condições particulares no âmbito social, que escapa às escolhas individuais e decisões coletivas, porque se manifesta no próprio nascimento, como fato natural, e o que é justo ou injusto é a forma pela qual as instituições tratarão esses fatos.

Para Rawls <sup>17</sup> a estrutura institucional básica de uma sociedade liberal-democrática bem ordenada deveria distribuir os seguintes bens primários sociais: liberdades e direitos fundamentais; liberdade de movimento e de escolha de ocupação; capacidades e prerrogativas de cargos e posições de responsabilidade nas instituições políticas e econômicas da estrutura básica da sociedade; renda e riqueza; e as bases sociais do auto-respeito. Com base em um índice que agregue essa pluralidade de bens é que, segundo Rawls, devem-se comparar as porções distributivas dos cidadãos de uma sociedade liberal-democrática justa.

Cortina e Navarro <sup>20</sup> comentam que Rawls idealiza os conteúdos morais que aceitamos nas sociedades modernas pluralistas e democráticas como conclusões de “procedimento dialógico entre pessoas concebidas como seres racionais e autônomos à maneira kantiana” <sup>20</sup> (2005: 91), para que se possa levar a termo qualquer projeto de vida que se queira definir para si mesmo.

Amartya Sen <sup>19</sup> no livro “*Desigualdade reexaminada*” mostrou que a questão central nas considerações sobre igualdade - ou desigualdade - é responder à pergunta: “igualdade de quê?”, que depende da definição de necessidade, do que é vital. Quando as necessidades são muito semelhantes, igualdade e equidade serão praticamente sinônimas. Por outro lado, se alguns indivíduos têm mais necessidades insatisfeitas que outros, maior são as diferenças entre os princípios de igualdade e equidade. Para Sen o importante é a liberdade que uma pessoa tem de escolher entre diferentes tipos de vida e é o nível dessa liberdade desfrutada o que constitui a denominada “capacidade” (*capability*). O autor acredita que sua noção de capacidade oferece uma interpretação para a idéia de liberdade efetiva, ou seja, o que uma pessoa é realmente capaz de fazer com os próprios recursos, oportunidades e direitos.

Sen <sup>19</sup> critica a teoria de Rawls ao introduzir o conceito de justiça como ampliação de liberdades efetivas que possibilitam ao indivíduo satisfazer suas necessidades e, ainda, optar por buscar, ou não, outros bens considerados importantes para poder expressar sua capacidade, ou seja, oportunidade e liberdade efetiva de realizar ou não uma determinada escolha. Para o autor a teoria de Rawls concentra-se nos “meios para a liberdade”, quando o que realmente importa é a “liberdade em si mesma” <sup>19</sup> (2008:141) – isto é, a liberdade efetiva de escolher entre os diferentes tipos de vida que os indivíduos têm razões para valorizar. Para Sen liberdade efetiva é:

... uma tentativa de usar um termo diferente para referir-se à capacidade de uma pessoa para conseguir sistematicamente o que ela escolheria, não importando quem realmente controla os instrumentos de operação <sup>19</sup> (2008: 124).

O conceito de equidade defendido por Whitehead <sup>21</sup> remete à noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Portanto, para a autora equidade em saúde refere-se à redução das iniquidades, ou seja, das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.

Em relatório redigido para a OMS sobre aspectos conceituais relativos à justiça na área da saúde Whitehead <sup>21</sup> atribuiu o caráter de iniquidade as diferenças em saúde. Na análise da autora não devem ser consideradas injustas as diferenças devidas as variáveis naturais, os comportamentos prejudiciais à saúde - quando escolhidos de forma deliberada e a vantagem transitória de saúde de um grupo que tenha adotado, em primeiro lugar, comportamentos considerados promotores de saúde em relação a outros grupos. Por outro lado, são injustas diferenças derivadas de comportamentos insalubres, quando a escolha do próprio estilo de vida é limitada, assim como a exposição a condições de trabalho insalubres e estressantes e ainda, quando o acesso for inadequado aos serviços de saúde ou outros serviços considerados essenciais. Para a autora a equidade em saúde define-se como igualdade de acesso e serviços para iguais necessidades e igual qualidade de atenção para todos.

As necessidades insatisfeitas devem ser objeto da atenção pública quando se considera que a limitação de alguns indivíduos para obter aquilo que lhes é necessário deve ser complementada pela ação coletiva. Definidas estas necessidades, cabe estabelecer quais os indivíduos que merecem o auxílio público.

Conforme Arreguy e Schramm <sup>23</sup> apesar das teorias de Rawls e Sen auxiliarem na reflexão sobre o que é e o que não é justo quanto às ações de saúde pública, suas teorias não resolvem a questão da alocação de recursos escassos e finitos frente a uma demanda crescente de serviços e ações de saúde direcionada por políticas de saúde, como a brasileira, que pretendem garantir universalidade de acesso, integralidade e igualdade da assistência à saúde. A população a ser atendida por estes programas é cada vez maior o que representa uma sobrecarga para orçamentos dos programas sociais. Para os autores é necessário buscar um caminho a fim de atingir resultados efetivos, ou seja, focalizar questões prioritárias, considerar desigualdades existentes, diminuí-las por

meio de uma política a ser garantida por um Estado legítimo. Para atingir este objetivo os autores indicam:

... partir da ética da proteção aplicada aos problemas de saúde pública, uma vez que possibilitaria direcionar ações determinadas a atender as necessidades de saúde demandadas pela população por meio de políticas efetivas e corretas no sentido moral. Ou seja, as ações de saúde seriam direcionadas a partir da priorização de demandas que partissem da efetiva participação da população na tomada de decisão<sup>23</sup> (2005: 122).

Segundo estes autores<sup>23</sup> as autoridades sanitárias deveriam ser cobradas na exigência de resultados alcançados para as necessidades de interesses comuns, sem deixar à margem o resultado da focalização das ações de saúde e no acesso, que favorece aqueles em maior desvantagem por meio de programas de menor extensão e de menor custo total, mais fácil de administrar e que mostram resultados mais rápidos. A proposta destes autores é que a reflexão bioética aplicada ao campo da Saúde Pública para a discussão da alocação de recursos, baseada no princípio da proteção, passe a integrar o campo da justiça sanitária. Esta discussão será feita no Capítulo II.

A seguir será apresentado o processo histórico que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes e os diferentes níveis de atendimento na assistência a saúde.

## **1.2 O SUS e seus princípios:**

As reformas de políticas de saúde são conduzidas, não só no Brasil, mas outras partes do mundo, na busca de extensão da cobertura com maior grau de equidade, para responder a questões relacionadas à otimização na alocação de recursos destinados ao setor e à organização do sistema de modo eficiente e eficaz a fim de atender as necessidades de saúde da população.

... as reformas de saúde, estimuladas pelas agências internacionais, tomaram impulso a partir de modelos definidos como “pluralismo estruturado”, como ponto intermediário entre o setor estatal pouco eficiente e ‘inchado’ e a atomização da rede privada<sup>24</sup> (2001: 23).



O movimento de reforma sanitária no Brasil se articulou com marcos da história política dos quais “transcorreu uma luta pela elevação dos padrões de saúde da população” <sup>25</sup> (2006: 59). Em 1964 o país sofreu um golpe militar sob a alegação de restaurar a ordem política, social e econômica, “ameaçada” por um suposto movimento golpista. Segundo Escorel et al <sup>25</sup> apesar de grande repressão política, o autoritarismo do regime concorreu para o controle inflacionário e um aumento do crescimento econômico. Neste período foi implantado o Sistema Nacional de Saúde que se caracterizou pela ascendência financeira das instituições previdenciárias e ocorreu também a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) transformados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que passou a gerir aposentadorias, pensões e a assistência médica. Esta assistência gerava ingresso de modo muito desigual porque beneficiava apenas os trabalhadores contratados, segurados do INPS e seus dependentes, sem caráter universal, quando a Saúde Pública restringia-se a campanhas de pouca eficácia.

A assistência médica na década de 1970, financiada pela Previdência Social, obteve um grande aumento em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Os serviços médicos, prestados por empresas privadas aos previdenciários, eram pagos por Unidade de Serviço (US), “fonte incontrolável de corrupção” <sup>25</sup> (2006: 61), um modelo perdulário do sistema de saúde.

Em 1974, observados os desgastes do modelo político adotado e suas conseqüências sociais, a classe média e a população mais pobre retiraram o apoio ao regime político vigente e a partir daí tornaram-se mais freqüentes as denúncias sobre a péssima situação da saúde pública e dos serviços de atenção médica. Neste momento, sindicatos de diversas categorias de profissionais da saúde passaram a se reunir e debater as questões mais urgentes de saúde da população que estava desassistida. Foi o início de um movimento pela transformação do setor saúde que se uniu a outros movimentos sociais, estudantis e de um novo sindicalismo, a fim de resgatar direitos civis e sociais. “A saúde como dimensão da democracia erigiu-se em bandeira contra o regime autoritário” <sup>25</sup> (2006: 65), período que marcou também o início do movimento sanitário, constituído por médicos e intelectuais de diferentes correntes políticas, que influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde.

A fim de reagir o Estado deu início a vários projetos, como o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), no qual surgiam algumas prioridades no campo social como educação, saúde e infra-estrutura de serviços urbanos, mas o governo não tinha pessoal qualificado para ocupar todos os espaços abertos na burocracia estatal, na área da saúde e da Previdência Social, lacunas que foram preenchidas por lideranças do movimento sanitário <sup>26</sup>. A política de saúde adotada até então dava ênfase a uma medicina assistencialista em detrimento de ações no campo da saúde coletiva.

As propostas ao modelo oficial caracterizavam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, universalização de serviços, defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização <sup>25</sup> (2006: 73).

O agravamento da crise da Previdência Social em 1981 resultou em um pacote por parte do governo que previa o aumento das alíquotas de contribuição, diminuição de benefícios aos aposentados e intervenções na área da assistência médica, considerada responsável pela crise. Neste contexto originou-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que deveria diminuir e racionalizar os gastos no setor <sup>25</sup>. Dentro do CONASP surgiu a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que significaram avanços no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com serviços públicos municipais e na revisão do papel de serviços privados <sup>27</sup>.

Em 1986, no início da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem posições em postos-chaves nas instituições responsáveis pela política de saúde do país e é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foram lançados os princípios da reforma sanitária, e se aprovou a criação de um sistema único de saúde, com a separação total da saúde em relação a previdência. Como a operacionalização do sistema deveria ainda ser aprofundada, criou-se em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como princípios básicos a universalização, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária. A proposta foi a “participação democrática e da garantia de direitos de cidadania, com a formação de um sistema de saúde com características universalizante e igualitarista, sustentado pela idéia de justiça social” <sup>28</sup> (2003: 58). Paralelamente se instalava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que elaborou uma proposta de saúde

discutida, que subsidiou a Assembléia Nacional Constituinte, além do projeto para a nova Lei do SUS <sup>25</sup>.

Em 1988 conclui-se o processo constituinte e foi promulgada a 8<sup>a</sup> Constituição Federal do Brasil, que em seu artigo 196 definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>22</sup>, que prevêem acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde como uma obrigação legalmente estabelecida, através da Lei 8.080/90. Para tanto, conta com a descentralização da gestão e recursos do governo nos níveis federal, estadual e municipal, e ainda regionalização e hierarquização das redes de serviços e a participação da comunidade na gestão do sistema. É composto por sistema misto com serviços contratados por operadoras de seguros privados para seus beneficiários, em caráter complementar, e os que são pagos por desembolso direto, e que apresentam problemas comuns na oferta de serviços que independem dos métodos e níveis de financiamento existentes <sup>29</sup>.

A universalidade consiste na garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público, independente de situação social, sem qualquer forma de discriminação.

A integralidade remete à medicina integral, à boa prática do cuidado a saúde e refere-se tanto ao usuário quanto ao sistema de saúde, no seu contexto familiar, meio ambiente e a sociedade na qual se insere. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem um todo e não podem ser divididas.

A equidade é a garantia de que todo cidadão será atendido conforme suas necessidades, com igualdade de acesso e serviços para iguais necessidades e igual qualidade de atenção para todos, aos diferentes níveis de complexidade do sistema.

A descentralização do sistema é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Segundo os princípios da regionalização e da hierarquização, as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, a saber, nível primário de atenção, nível secundário, nível terciário e nível quaternário, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Os serviços devem oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível. Corresponde a exigência de que, quando um

indivíduo procura atendimento ou quando surge um problema coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentar e resolver a questão.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, deve permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada e favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade<sup>30</sup>.

Como outros sistemas de saúde, o SUS responde a demandas sociais e do sistema político, e a processos que correspondem à introdução de inovações tecnológicas na assistência, acompanhada de custos crescentes.

Em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n. 29, que vincula recursos da União, Estados e Municípios, para o financiamento da saúde<sup>32</sup>. Para esclarecer seus aspectos conceituais e operacionais, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 316, em abril de 2002<sup>32</sup>, a fim de estabelecer orientações no caso de regras da Emenda que ainda necessitem de regulamentação, como por exemplo, as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas e a definição precisa do conceito de ações e serviços de saúde que sirva de referência para a avaliação da vinculação de recursos à área. Estabelece também uma diretriz sobre que tipos de ações e serviços de saúde podem ser efetivamente considerados como tais para efeito do determinado pela EC nº 29. Em 31 de outubro de 2007, foi aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003, que dispõe sobre a regulamentação da EC n. 29 e, além de estabelecer o que é gasto em saúde, em consonância com as diretrizes definidas pela Resolução CNS n. 322/2003, que lista onze despesas que devem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde, e outras dez que não podem ser custeadas com os recursos vinculados por esta Emenda.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão. Independente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo Sistema Público de Saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde. Do mesmo modo,

todo o Sistema Público utiliza uma única Tabela de Preços, definida pelo Ministério da Saúde, para estes pagamentos<sup>30</sup>.

Segundo matéria publicada em 4 de Outubro de 2009 no Jornal O Globo<sup>31</sup>, o desligamento voluntário de hospitais da rede privada do SUS, por insuficiência da tabela de pagamento a estes credenciados, reduziu muito a oferta de leitos públicos para a internação em todo o país, o que gerou, de imediato, desassistência aos usuários na medida em que não houve aumento do número de leitos próprios do SUS. Esta situação é consequência da política de saúde adotada anteriormente, que muito beneficiou o setor privado de saúde, financiado e construído com recursos públicos, que propiciou um processo de corrupção de difícil controle por parte de setores privados, como por exemplo, multiplicar, com a finalidade de superfaturar, o número de atos médicos. A justificativa do governo para este fato, segundo este artigo, foi o da “tendência internacional de redução da necessidade de leitos de internação”, o que não se aplica no Brasil, visto que esta redução só se justifica quando a assistência à saúde se dá plenamente em seus diferentes níveis.

No Brasil, além da insuficiência dos recursos, outro problema é a ineficiência no gasto com saúde. Para melhorar o desempenho neste setor e identificar as necessidades e oferta de serviços de saúde, é necessário combater o desvio de metas; rotinizar possíveis procedimentos e ações; adequar à construção e manutenção de serviços; ajustar compra de equipamentos e medicamentos; controlar o custo das parcerias privadas; investir em educação permanente de gestores, profissionais e prestadores de serviços; e na educação da população em geral. A seguir serão apresentados os diferentes níveis de atenção à saúde do SUS, para melhor compreensão da dinâmica de funcionamento do sistema e da distribuição de recursos.

### **1.2.1 Níveis de atendimento na assistência a saúde:**

O SUS apresenta três níveis de atenção à saúde - atenção básica, média complexidade e alta complexidade, que permitem melhorar a organização de todo a assistência e a articulação entre serviços, fundamentais na promoção da universalidade do acesso, equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

O nível da atenção básica à saúde é dividido em Atenção Básica (Portaria GM n. 882/1997) e Atenção Básica Ampliada (Portaria GM n. 384/2003), que estabelece o primeiro nível de atenção à saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual

ou coletivo, que envolve promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes. Nesse nível, o atendimento aos usuários deve seguir uma “cadeia progressiva, para garantir acesso aos cuidados, às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças para prolongamento da vida”<sup>32</sup> (2003: 137).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde<sup>30</sup> evidências internacionais destacam a importância de orientação dos sistemas nacionais de saúde no sentido de oferecer atenção primária como estratégia organizativa fundamental, o que evita a procura direta por especialistas, com um custo muito maior.

A atenção básica é o primeiro contato entre usuários e o SUS, através de especialidades básicas da saúde, tais como, clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Deve garantir a resolução de grande parte das necessidades e problemas de saúde da população de um município, caso contrário os pacientes tendem a buscar a entrada no sistema através dos atendimentos realizados nos serviços de emergência. A oferta de serviços de atenção básica à saúde é de responsabilidade da gestão municipal, e o financiamento é de responsabilidade das três esferas de governo.

O atendimento de média complexidade, instituído pelo Decreto n. 4.726, de 2003, envolve ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde da população, nos quais a prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. São caracterizados como procedimentos especializados, realizados por profissionais médicos ou outros de nível superior e de nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia<sup>30</sup> (2003: 157).

O conjunto de procedimentos de alta complexidade, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, e tem por objetivo oferecer à população acesso a serviços qualificados. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: “assistência ao paciente portador de doença renal crônica - por meio dos procedimentos de diálise; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de

eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana e da face; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida”<sup>30</sup> (2003: 171). Estes procedimentos têm impacto financeiro extremamente alto e este nível, de alta complexidade, é o único no qual o credenciamento de unidades públicas ou privadas depende apenas do Ministério da Saúde. Os demais são de responsabilidade, em princípio, de estados e municípios.

É necessário estruturar e envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade, com o objetivo de capacitar e responsabilizar cada um dos segmentos do sistema pela atenção a uma determinada parcela da demanda da população, respeitada os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Na Portaria n. 2.048 do Ministério da Saúde<sup>32</sup> está o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, fundamental na implantação das redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, que permitem melhor organização da assistência, bem como a articulação de serviços, com definição de fluxos e referências resolutivas, importantes para atender os princípios da universalidade do acesso, equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. O conceito e as questões morais envolvidas no atendimento a situações de emergência serão apresentadas a seguir.

### **1.2.2 O atendimento de emergência e suas características:**

O conceito de emergência implica sempre uma situação crítica que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio e enfrenta obstáculo súbito de manutenção da vida, o que exige medidas terapêuticas imediatas. O cuidado da saúde no campo da urgência e emergência representa uma

expressiva parcela de atendimentos e essas situações são definidas pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n. 1451/95<sup>33</sup>.

A urgência é definida como ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. A situação de emergência é definida como constatação médica de agravo à saúde que implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso, que exige tratamento médico imediato<sup>33</sup> e requer vários serviços associados tais como centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo, radiologia e laboratório. As características destes serviços são discutidas a seguir.

O serviço de emergência hospitalar é considerado como área do hospital com grande complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de profissionais e usuários. É um setor capaz de gerar grande aprendizado e prepara profissionais para atuar em outras áreas críticas do setor hospitalar, mas não pode, de forma alguma, servir como “porta de entrada” de novos profissionais, inexperientes. O trabalho neste setor exige um amplo conhecimento técnico sobre situações clínicas e domínio dos profissionais sobre o processo das necessidades envolvidas em situações de emergência, que engloba exigências como decidir e agir sob condições de limitação do tempo, ser ágil e ter competência e capacidade resolutiva dos problemas emergentes e aspectos morais apresentados na sala emergência, onde as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige que o profissional demonstre habilidade a fim de eliminar o risco de complicações severas e de morte iminente.

Palácios<sup>34</sup> em seu estudo sobre a organização do trabalho em hospitais gerais descreveu a estratégia de recrutamento e lotação de profissionais de saúde que, na época, era o mais freqüente: selecionava-se para as emergências, como disseram alguns de seus entrevistados, recém-contratados, que deveriam trabalhar nos piores locais do hospital. A emergência é, especialmente para os médicos, um dos lugares com maior sofrimento psíquico entre os profissionais porque é o ambiente, considerado pelos profissionais de saúde, que leva a um maior número de conflitos e desgaste emocional pela própria dinâmica do serviço que funciona continuamente, superlotado em decorrência da procura contínua dos usuários que chegam em situação clínica de extrema gravidade, com risco de morte. A angústia destes profissionais está relacionada com o lidar com o imprevisível na falta de condições e de instrumentos de trabalho, bem como um número reduzido de profissionais, realidade encontrada na maioria dos centros de atendimento à emergência.



Almeida e Pires<sup>35</sup> corroboraram as observações de Palácios<sup>34</sup> ao evidenciarem em seu estudo que a maioria dos profissionais não trabalha na emergência por escolha pessoal, mas sim por ser uma oportunidade de emprego, e que as equipes são jovens, o que confirma a curta permanência dos profissionais neste tipo de serviço. A emergência acaba por ser o local de trabalho onde os mais novos na instituição permanecem até obterem colocação noutra serviço que se adapte às suas pretensões profissionais e pessoais.

Rego et al<sup>36</sup> no livro *Bioética para profissionais da saúde* citou o código de ética do American College of Emergency Physicians<sup>37</sup> que apresenta como virtudes necessárias aos profissionais para atuação em situações de emergência a coragem, justiça, vigilância, imparcialidade, credibilidade e resiliência – no contexto, como capacidade de adaptação às mudanças no ambiente em que se está inserida. Estas virtudes são exatamente do que precisam aqueles que vivenciam a rapidez de alterações no cenário de uma sala de emergência em hospitais de grande movimento, profissionais que devem ser capazes de priorizar ações de atendimento.

A associação entre novas demandas no setor de saúde, mudanças econômicas e aumento populacional tem gerado forte influência sobre os serviços de emergência hospitalar. O crescimento rápido e desordenado das cidades e o aumento da violência urbana também têm provocado mudanças acentuadas, com especial aumento de doenças cardíacas e cérebro-vasculares, além do trauma e acidentes com armas de fogo.

Também chegam a estas unidades, que tem, no Brasil, acesso irrestrito, aqueles com quadros clínicos leves ou moderados que não conseguem atendimento na rede de cuidados primários por incapacidade das unidades locais de saúde de dar resposta eficaz às necessidades da população. Desta forma, a população acessa o sistema de saúde através do atendimento de emergência como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde – SUS - por onde é mais fácil ou possível<sup>35, 38</sup>.

Conforme Rego<sup>36</sup> (2009: 85):

... o sistema de saúde não oferece alternativas concretas para o cuidado das pessoas que adoecem de forma aguda e necessitam que o saber técnico os oriente e auxilie a superar a enfermidade. Mesmo o sistema privado está privilegiando a assistência hospitalar ou em clínicas, repetindo o modelo falido da organização pública.

Segundo Arreguy e Schramm <sup>23</sup> são os princípios e as diretrizes que, por “pretenderem” garantir saúde e bem-estar a todos os necessitados, sem qualquer distinção, provocam interpretações equivocadas por parte da população em geral que “confundem” universalidade com o direito de escolher indiscriminadamente o estado, cidade ou instituição em que quer realizar o tratamento.

A carência de profissionais de saúde ou de determinados exames em lugares mais próximos também levam pacientes de diferentes localidades a procurar hospitais em grandes centros, mesmo que não façam parte da lista de “hospitais referência”, ou seja, hospitais que são especializados em determinado tratamento ou procedimento. Diante situações como esta, as unidades de atendimento de emergência trabalham com a demanda muito acima de sua capacidade ideal, o que dificulta a previsão orçamentária e a organização do sistema em determinadas cidades do país, que desta forma precisam corrigir a estimativa de número de leitos, equipamentos, unidades e pessoal.

Com a finalidade melhorar o atendimento as Portarias n. 2.048/2002 e 2.922/2008 do Ministério da Saúde <sup>32</sup> proporcionaram a normatização e regulamentação dos Serviços de Urgência no País. Estas portarias estabelecem princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. Envolvem temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar. Também prevêm a criação de Núcleos de Educação em Urgências e a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área, que permitem melhor organização da assistência, bem como a articulação entre diferentes serviços, essenciais no cumprimento dos princípios do SUS.

Apesar de todas as dificuldades que se apresentam neste ambiente de trabalho, cabe às equipes de emergência estar preparadas, na procura do melhor atendimento, de qualidade, com objetivo de minimizar as demais carências do sistema. A grande dificuldade deriva da necessidade que os profissionais deste setor enfrentam em priorizar ações e ajustar recursos limitados e finitos a necessidades de cuidados de saúde, infinitas e crescentes, por parte da população, ou seja, “situações em que haja um desequilíbrio entre a capacidade de uma unidade e a demanda por cuidado” <sup>36</sup> (2009: 88). Muitas vezes, são obrigados a tomar decisões urgentes em situações em que os pacientes correm risco de vida e que não existe tempo hábil nem insumos ou

profissionais suficientes para o atendimento de todos ao mesmo tempo, como numa verdadeira situação de catástrofe ou desastre.

Para estas situações existem recomendações internacionais que podem servir como diretrizes. O documento intitulado Instrução sobre Ética Médica em Ocorrência de Desastres (Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters) da Associação Médica Mundial (World Medical Association) de 2006 <sup>39</sup> recomenda que vítimas de desastres devam ser classificadas de acordo com a gravidade de seu quadro e com a possibilidade de serem salvas. Preconizam que a prioridade deva ser dada aqueles que possam ser salvos, estejam em perigo imediato e também demandem tratamento mais rápido. Em seguida seriam atendidas as vítimas que precisassem de atendimento, mas não de cuidado médico urgente. Logo após seria a vez dos feridos que necessitassem somente de tratamento secundário ou que tolerassem aguardar tratamento ou mesmo ser atendidos por profissionais de apoio, seguidos então daqueles traumatizados psicologicamente que precisam ser atendidos e podem vir a necessitar de medicação para auxílio emocional. Recomendam ainda que as vítimas em situação clínica que exceda os recursos terapêuticos disponíveis, aquelas com lesões extremamente severas e que não possam ser salvas com tratamentos específicos, que sejam consideradas casos cirúrgicos complexos, extensos e demorados, as que, enfim, obrigam o médico escolher entre elas e outros pacientes, sejam colocadas entre as últimas a receber atendimento.

Segundo Rego et al <sup>36</sup> a atenção dada àqueles em estado mais grave mas que podem ser salvos, não resolve o dilema das decisões acerca da prioridade de atendimento.

O documento reconhece uma condição como ‘além dos recursos terapêuticos disponíveis’ e justifica, assim, uma escolha utilitarista. Isso deixa ainda mais claro quão complexa é a situação, com tantas variáveis a serem consideradas <sup>36</sup> (2009: 89).

Portanto as decisões precisam ser resultado “de uma reflexão adequada, que demanda de modo geral ponderações prévias, a qual permitirá ao profissional uma apreciação mais rápida da situação em questão” <sup>36</sup> (2009: 83), para estabelecer posteriormente uma hierarquia de prioridades no atendimento, talvez a questão ética mais relevante no cuidado em situações de emergência.

No Brasil todos os códigos de ética das profissões de saúde estabelecem como dever dos profissionais o cuidado dos pacientes em situações de emergência, e desta

forma proíbe que o cuidado seja negado quando não houver outro profissional para assumir o caso, “o que apenas confirma como os códigos são limitados na solução desse tipo de conflito”<sup>36</sup> (2009: 89). Na próxima seção será apresentado um breve histórico do surgimento dos códigos de ética médica, suas aplicações e limites.

### 1.3 Ética e saúde:

De acordo com Cortina e Navarro<sup>20</sup> como ciência normativa a ética é um saber que pretende orientar as ações dos seres humanos e induz à reflexão sobre as diferentes maneiras de justificar de modo racional a vida moral, e sua orientação se dá através de ações indiretas para orientar comportamentos. Para os autores a ética têm tripla função: esclarecer o que é a moral; fundamentar a moralidade – verificar quais razões atribui sentido ao empenho dos seres humanos em viver moralmente; e aplicar aos diferentes campos da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, a fim de adotar uma moral crítica.

Conforme Reale<sup>40</sup> ética é "uma ordenação teórico-prática dos comportamentos em geral, na medida e enquanto se destinam à realização de um bem"<sup>40</sup> (1996: 39). E na concepção de Singer<sup>41</sup> a justificação de um princípio ético se dá sob o ponto de vista universal, isto é, de todos os que forem por ele afetados e que, portanto, a noção de ética deve acompanhar a idéia de algo maior que a esfera individual.

A ética exige que extrapolemos o ‘eu’ e o ‘você’ e cheguemos à lei universal, ao juízo universalizável, ao ponto de vista do expectador imparcial, ao observador ideal, ou qualquer outro nome que lhe dermos<sup>41</sup> (2002: 20).

Em relação à Medicina Ocidental o ‘Código de Hipócrates’, foi o norteador das primeiras normas escritas relativas aos princípios inerentes à própria profissão médica, sua prática e conduta moral, portanto deontológicas, ao regulamentar sua prática. Até o princípio do século XIX, os escritos de Hipócrates foram soberanos para a Medicina, mas com o desenvolvimento da ciência e práticas e também das sociedades houve uma necessidade de inovação de condutas e normas relacionadas à ética médica.

Em 1803 o médico inglês Thomas Percival, também filósofo e escritor, publicou um trabalho que constituiu a base do primeiro código de ética médica e a inovação deste código foi evidenciada na sistemática enunciação dos deveres dos médicos no

relacionamento entre si e na atuação nas instituições de saúde e, também, na dimensão social da prática clínica, isto é, do impacto das responsabilidades do médico em relação à sociedade <sup>42</sup>.

A notoriedade e valor de Percival deveram-se ao fato de ter sido ele o protagonista mais destacado do início do processo de evolução da tradição hipocrática – restrita a sua natureza deontológica, à conduta dos que praticam a Medicina – para as éticas médicas contemporâneas, que se abirão ao domínio das relações pessoais e à realidade social na qual a medicina é exercida <sup>42</sup> (2003: 12).

Segundo Pereira Neto <sup>43</sup> no Brasil o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica data de 1851, elaborada pela Academia Imperial de Medicina. Em 1927 foi criado o Sindicato Médico Brasileiro, que se preocupava, não só para questões salariais, mas atuava também para regulamentar a propaganda médica na imprensa, fiscalizar o exercício da Medicina por parte de estrangeiros e combater práticas ilegais e da mesma forma fiscalizava o relacionamento entre os médicos e os demais profissionais da saúde e apurava denúncias de erros médicos. O Sindicato Médico Brasileiro foi responsável pela promulgação do Primeiro Código de Deontologia Médica e Ética Profissional, que influenciou a publicação do Decreto 20.931/32, com a regulamentação das profissões na área da saúde e teve “papel de destaque na criação do Conselho de Medicina” em 1945 <sup>43</sup> (1998: 438), que desde 1957 mantêm suas características, a nível federal e regional, como órgão supervisor da ética profissional e ao mesmo tempo julgadora e disciplinadora da classe médica.

O período compreendido entre 1927 e 1957 engloba, portanto, o processo de criação do Conselho de Medicina, a promulgação de três Códigos de Ética (1931, 1945, 1957) e traduz a lenta e profunda transformação por que passou a organização do mercado de trabalho, a relação médico-paciente e a prática profissional de maneira mais ampla <sup>43</sup> (1998: 439).

No Código de Ética Médica as orientações são organizadas em capítulos e artigos. Como documentos auxiliares ao código, podem ser considerados as resoluções e pareceres que podem ser emitidos pelo Conselho Federal ou suas divisões estaduais e servem para vários propósitos, como questões burocráticas e administrativas, inclusive no esclarecimento sobre a eticidade de práticas específicas.

No mês de Agosto de 2009 o novo Código de Ética Médica foi aprovado em plenária que reuniu presidentes e conselheiros do Conselho Federal de Medicina, dos Conselhos Regionais e demais entidades médicas. O texto foi discutido durante quase dois anos e finalizado durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica. O documento conta com artigos revisados da versão anterior e inclusão de novas regras e entrou em vigor em 24 de setembro de 2009, após publicação no Diário Oficial da União <sup>44</sup>.

Hoje os profissionais da área da saúde vivenciam suas práticas numa perspectiva de novas demandas éticas frente ao desenvolvimento biotecnológico e precisam refletir a respeito das intervenções que a ciência traz e seus efeitos sobre os seres vivos e o ambiente em que vivem. Basta citar alguns exemplos para situar esses dilemas que se apresentam na prática clínica em temas como o domínio das técnicas de fertilização “in vitro” e seu reflexo na sociedade moderna e os dilemas de descarte de embriões, bem como em decisões a respeito de quem deverá se beneficiar com determinado recurso único. Nestes casos a utilização do código de ética profissional não é suficiente para respostas a estas questões.

Exige-se que cada profissional lance mão de outros fundamentos éticos para a tomada de decisões, sejam essas pessoais ou coletivas, se é que sua decisão será tomada com algum racionalismo <sup>45</sup> (2005: 195).

No capítulo II a Bioética será apresentada como ferramenta teórica e prática, que amplia as possibilidades de compreensão e discussão das questões éticas que acompanham os novos tempos, na procura de ponderações morais para os dilemas que se apresentam no campo da saúde.

#### **1.4 A Medicina, os médicos e assistência a saúde no contexto atual:**

Mais que o risco de que o corpo e a dignidade humana se vejam inteiramente submetidos ao poder da ciência e da técnica, vejo mais uma mudança de condições morais. O paciente, que no processo saúde-doença deve ser considerado sujeito ético, pelo menos tanto quanto o médico corre o risco de ser relegado à posição passiva e subalterna. A sociedade, que deve ser promotora de justiça e saúde, arrisca-se a perder essa função por reduzida à dimensão única do mercado. A Medicina e a profissão médica, que conquistou maiores conhecimentos e maior poder sobre os homens,

correm o risco de ver o próprio poder sobre as doenças atenuado. Berlinguer<sup>8</sup>, 1996

Transformações econômicas, políticas e sociais sempre incidiram sobre a história da Medicina. No final do século XIX, com aumento do processo de industrialização e desenvolvimento científico associado ao ato clínico, o hospital, até então instituição religiosa e de caridade, que dependia de doações voluntárias, se transformou em lugar da ciência médica para a recuperação do indivíduo. A divisão do trabalho médico se reordenou “amparada no conceito de racionalidade”, período em que os médicos iniciaram a “conquista de prestígio social e poder econômico”<sup>46</sup> (1995: 5) e passaram a se comportar sob uma orientação corporativa, de confiança e interdependência entre colegas, a partir de uma uniformidade da formação profissional promovida a partir da Reforma Flexner.

Segundo Pereira Neto<sup>46</sup> denomina-se Reforma Flexner um conjunto de medidas adotadas por Abraham Flexner, em 1910, por encomenda da American Medical Association (AMA) – Associação Médica Americana, instituição máxima representante dos médicos nos Estados Unidos, para padronizar e qualificar o ensino e a formação do médico.

Já havia uma idéia reformista entre alguns docentes universitários, inspirada no modelo alemão de universidade, que buscava introduzir aspectos práticos no ensino superior. Para alguns, significava uma ênfase no ensino de habilidades úteis; para outros, o incentivo à pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento científico<sup>45</sup> (2005:30).

O Relatório Flexner foi resultado da avaliação de escolas médicas americanas e canadenses, a partir da qual fez críticas ao ensino e a prática médica, ao tornar público o péssimo sistema de formação médica, que acentuava as diferenças entre o nível de desenvolvimento das ciências e do ensino médico<sup>45</sup>.

... a reforma no sistema educacional buscou incorporar ao sistema de ensino o desenvolvimento já alcançado pelas ciências médicas, tendo como consequência principal a padronização da formação e do conhecimento necessários para o exercício profissional<sup>45</sup> (2005: 33).

Como sugestões para a transformação do ensino, os cursos deveriam cumprir exigência de graduação de nível superior para o ingresso na faculdade de Medicina, com quatro anos de duração e mais um ano de internato, com presença obrigatória dos alunos; os estabelecimentos de ensino deveriam manter laboratórios e hospitais-escola; estímulo à contratação de docentes em tempo integral para expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino<sup>45, 46</sup>. Segundo Pereira Neto<sup>46</sup>, o aluno deveria custear seu curso, mesmo com a dificuldade de tempo para trabalhar durante o período de estudo, o que levou a uma diminuição do acesso à escola médica dos menos favorecidos socialmente.

...os requisitos necessários para a criação de uma faculdade de medicina passaram a ser de tal ordem que o número das existentes diminuiu imensamente. De forma autoritária os médicos da Associação Médica Americana (A.M.A.) impuseram, sobre o conjunto da categoria, uma avaliação que descredenciou a maioria dos estabelecimentos de ensino médico. Além disso, esta reforma tirou da profissão os segmentos menos favorecidos da sociedade como mulheres e negros<sup>46</sup> (1995: 25).

O processo de industrialização e a conseqüente redefinição científica proporcionaram à Medicina ampliação de conhecimento e esfera de atuação, principalmente com a expansão da microbiologia, quando foi possível fazer a conexão entre causas e sintomas. O avanço de práticas terapêuticas aumentou a eficácia e previsibilidade de tratamentos e diminuiu os índices de mortalidade, o que fez “aumentar a confiança do cidadão em relação à Medicina e expandiu os poderes do médico”<sup>46</sup> (1995: 13). Aos poucos a relação do médico deixou de ser com o paciente para ser com a doença o que, segundo Pereira Neto<sup>46</sup>, reduziu a autonomia profissional ao fazer com que este dependesse, cada vez mais, das organizações de saúde, do capital e da tecnologia.

... a partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da ‘medicina científica’. Pode-se concluir, pois, que



a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades <sup>47</sup> (1985: 45).

No Brasil, segundo Rego e Costa-Macedo <sup>45</sup>, as repercussões do Relatório Flexner foram mais tardias, em 1968, com a “imposição da Reforma Universitária” <sup>45</sup> (2005: 33), que aboliu as cátedras e as substituiu pela estrutura departamental, e instituiu no curso médico a obrigatoriedade de um núcleo básico, de todos os cursos da área da saúde, e um ciclo profissional.

Hoje o ensino médico é organizado em inúmeras disciplinas, com evidente fragmentação do saber médico, num processo contínuo de especialização e subespecialização, com conseqüente interdependência e compartilhamento de responsabilidades e conhecimento, porque na prática clínica o modelo de um só profissional capaz de conhecer e resolver todos os problemas de saúde de seus pacientes, não tem mais lugar, pois o profissional não consegue dar conta de todos os procedimentos diagnósticos, cirúrgicos ou mesmo clínicos que surgem a cada dia por conta do alto grau de complexidade que a assistência a saúde atingiu.

A divisão do trabalho médico – fruto da especialização – e a transformação do hospital em local privilegiado para o acesso aos recursos terapêuticos deixaram a figura do médico ‘portador de maleta’ restrita ao imaginário saudosista – ou desinformado – da corporação <sup>36</sup> (2009: 20)

A Medicina atual pode ser analisada sob dois aspectos diferentes: o desenvolvimento da tecnologia e os propósitos de seu uso e o mercado de trabalho, cada vez mais competitivo. Desde a segunda metade do século XX observa-se uma busca contínua por novas drogas e equipamentos. A incorporação de novas tecnologias na área da saúde deve ser avaliada toda vez em que é considerada como necessária para intervir sobre determinada doença, e seu uso deve ser justificado como moralmente correto. Em algumas situações o que ocorre é a exposição a um verdadeiro fascínio exercido sobre os profissionais de saúde pelo uso destas novas tecnologias que podem levar a exclusão de uma opção mais barata e igualmente eficiente. Portanto a necessidade de contar com tecnologia apropriada e o encarecimento do atendimento médico dependem da racionalidade médica, baseada na técnica e nos argumentos reflexivos de sua utilização. O emprego da tecnologia associado a eficácia dos produtos em contextos diferentes,

pode vir a ser considerado irrelevante para determinadas necessidades, já que nem sempre a existência de uma técnica ou alguma tecnologia obriga seu uso <sup>48</sup>.

Com o propósito de demonstrar a influência do uso da tecnologia e da indústria no cotidiano da prática clínica atual, cabe aqui um exemplo de minha experiência pessoal. Em um hospital da rede pública, especializado em Cardiologia, uma paciente pediátrica espera há dois anos na fila para correção de sua doença, uma coarctação da aorta - lesão obstrutiva da parede do arco aórtico - por meio de um cateter balão, tecnologia utilizada com o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade do tratamento cirúrgico convencional, em tese com menor fator de risco por ser um procedimento menos invasivo. Mas enquanto o cateter adequado para o procedimento não é disponibilizado, isto é, a entrega do material para rede pública não ocorre, esta paciente sofre com seqüelas graves da falta do tratamento corretivo - hipertensão arterial grave, com conseqüente comprometimento neurológico - anteriormente realizado por técnica de intervenção cirúrgica convencional. Um tratamento médico, supostamente, deve proporcionar a manutenção e o funcionamento normal da malformação tratada, proporcionar expectativa de 'vida normal' para o paciente e evitar posteriores tratamentos clínicos ou cirúrgicos. Mas neste caso, em conseqüência da espera por um recurso tecnológico, a paciente deste exemplo tem hoje sua expectativa e qualidade de vida comprometida. Por que esperar tanto se a opção por uma correção cirúrgica convencional é perfeitamente estabelecida <sup>49</sup> e aceita sob o aspecto técnico, mesmo porque os resultados de vários estudos que analisaram a aortoplastia com cateter balão na coarctação da aorta não demonstram que este seja um procedimento superior ao tratamento cirúrgico?

Segundo Berlinguer <sup>8</sup>, como tendência, observa-se a proliferação de recursos diagnósticos, muitas vezes invasivos, e até o uso indiscriminado de terapêuticas profiláticas, mesmo em indivíduos sadios que, por exemplo, tem antecedentes familiares de predisposição a determinada doença e por este motivo iniciam tratamento e acompanhamento clínico precocemente.

Outro aspecto observado por este autor é o fato da 'medicalização da vida', dos males sociais, estimulados pela mídia, pela indústria farmacêutica e também por profissionais da área de saúde, numa verdadeira trama de direcionamento de interesses econômicos, que por vezes financia pesquisas na área de medicamentos e estimula a produção e publicação de artigos científicos, que podem comprometer a credibilidade das mesmas.

O segundo aspecto relacionado à prática da assistência à saúde atual é a influência do mercado de trabalho, cada vez mais competitivo, além de lidar com a influência de novas técnicas, outros saberes, outras intenções. Como, em geral, o profissional de saúde não dispõe de tempo suficiente para dedicar-se a cada um de seus pacientes, a ligação 'afetiva' entre o profissional e seu paciente é, na verdade, irreal. A exigência do mercado de trabalho por rapidez e eficiência de resultados, diagnósticos e tratamentos, rotinas de trabalho com o acúmulo de mais de um vínculo empregatício e baixa remuneração, como observado no Brasil, e condições de trabalho adversas, com falta de verbas e insumos para a assistência são fatores que também contribuem para o afastamento da atenção individual aos pacientes<sup>50</sup>. Como o próprio Ministro da Saúde Temporão<sup>51</sup> reconhece, não existe serviço de saúde de qualidade sem salários dignos e profissionais motivados e satisfeitos, com condições de trabalho adequadas e seguras. Ao contrário, com o acúmulo de múltiplas atividades e sobrecarga de tarefas em todo o setor de saúde, espera-se maior exposição a fatores de risco no cuidado a saúde, como por exemplo, o aumento no índice de acidentes e complicações.

Por outro lado, hoje, os pacientes, de um modo geral mais exigentes, esperam do profissional emprego da sofisticação técnica existente, compreensão e atenção pessoal. São atendidos por vários médicos, de diferentes especialidades, em diversos hospitais e clínicas, e perdem a identificação do verdadeiro responsável por sua assistência, o que a torna impessoal na sua prática.

Segundo Rego<sup>52</sup> apesar do profissionalismo ser a característica central da prática médica, o que se espera do médico, independente de relação pessoal, é um compromisso ético com o indivíduo e a sociedade, na busca por um modelo que possa diminuir as iniquidades na área da saúde. O autor defende que durante a graduação há a necessidade de desenvolver a capacidade do aluno para fazer uso crítico da razão e ampliar seu compromisso e respeito com os outros, com o diálogo e com os diferentes e às diferenças.

A Associação Médica Mundial<sup>53</sup> emitiu uma resolução sobre a inclusão da Ética Médica e direitos humanos nos currículos das escolas médicas de todo o mundo a fim de auxiliar a compreensão da complexidade do sistema de saúde e levar a capacitação para lidar com as expectativas da sociedade moderna destes enfrentamentos, que são questões muito mais de natureza ética do que de ordem técnica.

No Brasil, segundo Rego<sup>54</sup>, o ensino da ética como tema transversal nos currículos, no momento, ainda não é possível para a maioria das escolas médicas,

porque há necessidade de investimento na formação de docentes nesta área. A proposta é por uma formação mais generalista, humanista, crítica e reflexiva, que deixe de lado o apelo de mercado para a especialização, conforme também defenderam Nacif <sup>55</sup> e Siqueira <sup>56</sup>. A procura por uma formação médica de qualidade, que possa levar ao restabelecimento da confiança mútua na relação entre médicos e pacientes, na busca por uma melhor capacitação no cuidar de pessoas e coletivos, e o resgate da dignidade na educação é hoje um dos maiores desafios da Medicina <sup>57</sup>.

No contexto atual da assistência à saúde os profissionais, inseridos numa sociedade plural, se defrontam diariamente com diferentes “matizes de moralidade” <sup>13</sup>, o que torna imprescindível a tomada de decisões de acordo com a realidade. Para estes profissionais e a sociedade em geral não basta conhecer normas morais e legais, quando se exige respeito à autonomia do paciente e tolerância com a diversidade de opiniões no tocante a saúde. Para Engelhardt <sup>13</sup>, os profissionais de saúde “estão sempre diante de conflitos entre respeitar a liberdade dos pacientes e fazer o que é melhor para eles” <sup>13</sup>(1998: 128), ou seja, no conflito gerado entre o princípio de autonomia e o princípio de beneficência.

Conforme Rego <sup>36</sup> (2009: 46):

O respeito a autonomia no cuidado a saúde pressupõe compreender que aquilo que o saber fazer biomédico coloca à disposição – como melhor alternativa, do ponto de vista profissional – pode não ser o mais adequado aos desejos do enfermo, ao que ele tem como perspectiva de futuro, ao que ele acha razoável viver ou não.

Para ilustrar até onde o uso da tecnologia na área da saúde pode intervir no cotidiano da sociedade cabe aqui citar uma matéria publicada no Portal de Notícias do Globo em 5 de Janeiro de 2007 <sup>85</sup>, que envolve questões relativas à autonomia e realização de práticas clínicas. É a história de uma menina estadunidense de nove anos, portadora de uma rara e incurável doença neurológica, que leva à encefalopatia estática. Esta menina poderia crescer e viver muitos anos apesar da doença, mas, através de procedimentos cirúrgicos mutiladores e uso de hormônios, seus pais asseguraram que ela terá para sempre o tamanho de uma criança, e desta forma evitarão dificuldades para cuidar da filha. Os médicos, satisfeitos com o resultado obtido, publicaram o resultado do tratamento e iniciou-se uma ampla discussão sobre ética e o tratamento de pacientes com autonomia limitada e sobre a prática profissional e seus limites para fins não

estabelecidos. O paciente foi o beneficiado? Quais serão os benefícios e riscos destes procedimentos? A opinião da família deve ser questionada, afinal a procura ‘por conforto’ era deles e não da criança. A motivação dos profissionais pode ter sido válida se pensada como benefício para o paciente, mas, argumentos de ordem científica e moral estão misturados e confusos neste caso. A discussão deve ser promovida por diferentes olhares sobre estes novos conflitos morais na área da saúde como propõe a Bioética, na procura por diálogos éticos, ao passar pela questão dos valores envolvidos no emprego da tecnologia – ou quando não utilizá-la; no respeito à pessoa – paciente em questão; no acatar a decisão imposta pelos pais ao exercerem o poder da autonomia sobre a paciente e procurar o que ‘julgam ser uma melhor qualidade de vida para a paciente em questão’; e o uso de recursos de forma indiscriminada – para alcançar um resultado duvidoso sob o aspecto ético. Este será o tema abordado no capítulo a seguir: a Bioética e seu surgimento como produto da pluralidade das sociedades democráticas e suas principais correntes.

## **Capítulo II – Bioética:**

### **2.1 O surgimento da Bioética:**

O processo de evolução da cultura ocidental desenvolveu-se a partir da desarticulação entre, de um lado, o saber, o direito e a ética e, de outro, a teologia e a metafísica, com a inversão do ponto de vista religioso por outro de cunho científico<sup>57</sup>. Segundo os autores Berlinguer<sup>8</sup> e Bellino<sup>59</sup>, o avanço e os novos horizontes da Medicina, principalmente nos últimos cinquenta anos, induziram à ciência a observação de um novo campo profissional em termos de capacidade técnica e consciência ética. Por conta do poder do desenvolvimento biotecnológico, beneficiários do sistema de saúde criaram expectativas em torno da solução definitiva de questões de doenças, dor e morte, que também se transformaram em demandas, isto é, desejos e necessidades<sup>48</sup>.

O termo Bioética surgiu no início da década de 70 quando V R Potter publicou em 1971 a obra intitulada *Bioethics: a bridge to the future* na qual identificou o progressivo desequilíbrio entre o homem e a natureza e, como caminho possível para a solução deste impasse propôs construção de uma "ponte" entre a cultura científica e moral. A Bioética surge, para Potter, a partir desta perspectiva a respeito do progresso

da ciência a fim de desenvolver uma ampla ética de relações, que abrangesse os homens entre si e o ecossistema, numa espécie de solidariedade com todos os seres vivos a fim de preservar e salvar o planeta, numa concepção global.

André Hellegers, em 1971, fundou o Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics na Universidade de Georgetown, e institucionalizou desta forma a Bioética como um novo campo disciplinar da ética aplicada <sup>60</sup>.

Em 1974 foi criada nos EUA a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, com o objetivo de estudar e identificar os princípios éticos básicos para orientar pesquisas em seres humanos, sem haver, naquele momento, preocupação com a prática clínica e assistencial. Esta comissão gerou um relatório, conhecido como *Relatório Belmont*, finalizado em 1979, onde foram identificados três princípios éticos essenciais, reconhecidos como enraizados nas tradições morais da civilização ocidental: o respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e a justiça <sup>15</sup>.

Beauchamp e Childress <sup>15</sup> também publicaram em 1979 a obra *Princípios de Ética Biomédica*, trabalho que não foi elaborado após a conclusão do *Relatório Belmont*, mas sob sua influência <sup>36</sup>. Neste trabalho aplicaram os princípios, discutiram questões morais e dirigiram a Bioética ao meio clínico, a partir de convicções filosóficas e éticas distintas <sup>15</sup>.

Segundo Garrafa <sup>61</sup> o desenvolvimento histórico da Bioética pode ser estabelecido com base em quatro fases bem determinadas: sua fundação - quando os primeiros autores estabeleceram suas bases conceituais; a fase de expansão e consolidação – desenvolvida através de eventos, livros e revistas científicas especializadas; a fase de revisão, que se iniciou com críticas ao principialismo - resultou na ampliação do campo de atuação pela necessidade de se enfrentar de modo ético questões sanitárias básicas, como equidade no atendimento sanitário e universalidade do acesso das pessoas aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico – questão que diz respeito à ética da responsabilidade pública do Estado, no que se refere à priorização, alocação, distribuição e controle de recursos financeiros direcionados às ações de saúde; e a fase de ampliação conceitual, que admite o caráter pluralista e interdisciplinar da Bioética, e amplia de forma definitiva sua agenda para os campos social e ambiental e busca qualidade do cuidado oferecida ao paciente.

Segundo Engelhardt <sup>13</sup> a Bioética funciona como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais, como uma ética racional, normativa e pluralista, independente de tutelas religiosas e metafísicas, que visa reunir *estranhos morais* em torno de uma ética mínima.

Para Pegoraro <sup>62</sup> a Bioética constitui uma interação de saberes e será tanto mais criativa quanto mais for praticada no espaço público de sociedades pluralistas. Para o autor é “necessariamente imprecisa, devendo sempre repensar seus marcos teóricos em função dos novos avanços da tecnociência” <sup>62</sup> (2002: 76).

Segundo Sgreccia <sup>63</sup> a definição de Bioética é norteadada por princípios morais que definem limites para diferentes comportamentos na área da saúde, como reflexão sistemática a respeito das intervenções do homem sobre os seres vivos, que busca valores e normas que para conduzir o agir humano e a ação da ciência.

Na percepção de Berlinguer <sup>8</sup>, a Bioética surge pelo fato do desenvolvimento da ciência e da tecnologia no campo biomédico propor, de forma contínua, problemas inéditos, que são “um campo universal de experiência, de reflexão e de escolhas morais” <sup>8</sup> (1996: 16).

É definida por Kottow <sup>63</sup> como um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos cujos efeitos afetam de forma profunda e irreversível os sistemas vitais, em especial a vida humana. Trata de questões próprias da condição humana, que sem resposta definitiva, obriga o homem a manter constantes e profundas reflexões e revisões a respeito do modo correto de agir.

Para Stepke <sup>48</sup> a Bioética hoje se refere ao estudo sistemático das dimensões morais num contexto interdisciplinar, pluralista, que envolve pessoas diferentes que entendem questões de modos diversos. Seus comitês foram criados com um papel mediador, a fim de formular e resolver dilemas de convivência em relação à saúde e o bem-estar, na forma de discurso integrador com objetivo de chegar a consensos. Para o autor a Bioética tem como objetivo principal articular e gerar diálogos como obrigação essencial de todas as profissões e serviços dirigidos a pessoas, sem extinguir ou substituir argumentos e sim elaborar formas de convivência, de consensos que decidem questões de legitimidade que todos os envolvidos no sistema de saúde precisam discutir para alcançarem justiça e razoabilidade. Segundo Stepke, é possível identificar diversos segmentos da Bioética. Um sentido bastante amplo, no qual tudo pode ser incluído é a que engloba a proposta do Dr. Potter, rebatizada de “ética global”, e a outra, mais restrita refere-se ao setor da saúde. Cabe diferenciar ainda inúmeras formas, de acordo

com a intenção e alcance: bioética fundamental; normativa – com análise de normas técnicas e sociais; reguladora – regula práticas; cultural – com evidência em diferenças regionais; e a clínica – diretamente relacionada ao atendimento de saúde.

Segundo Rego et al <sup>36</sup> a Bioética nasce também das reflexões no campo das preocupações com as repercussões das pesquisas envolvendo seres humanos, centradas na avaliação das intenções dos agentes profissionais, na estimativa dos riscos e possibilidade de benefícios. Conforme Rego <sup>65</sup> a Bioética pode ser conceituada como estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados da saúde e que, como ética aplicada, possui duas dimensões - descritiva e normativa. Objetiva analisar argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que comprometem a qualidade de vida e o bem-estar dos seres vivos, humanos ou não, e a qualidade de seus ambientes. Segundo o autor para análise racional e imparcial de conflitos morais, as ferramentas da Bioética são a intuição e razoabilidade, com as quais é possível iluminar argumentações capazes de sustentar e tornar aceitável uma determinada ação, associadas à inteligência prática, analogias e exemplos de casos semelhantes para ponderação de conseqüências. Conforme o autor, na busca de melhores decisões, há necessidade, sempre, da busca de compromisso através da melhor informação clínica, reconhecimento da dimensão moral da questão, estar de acordo com normas legais ou institucionais, haver reflexões prévias sobre o individual e o coletivo, diálogos precoces com outros profissionais, pacientes e familiares, observação das partes interessadas e os valores envolvidos e, principalmente, que ao tomar decisões o profissional possa se sentir confortável, capaz de tornar pública a sua escolha.

No Brasil, a Bioética se afirmou, conforme Rego et al <sup>36</sup>, com seu primeiro marco, após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, com a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Resolução 01/88, primeira tentativa de criar regulamentação ética para realização de estudos envolvendo seres humanos. O segundo marco foi a publicação da revista Bioética, em 1993, editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e o terceiro, foi a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) em 1995. Em 1996 o CNS aprovou a Resolução 196/96, que regulamentou a realização de pesquisas envolvendo seres humanos como sujeitos no Brasil.

## **2.2. Princípioalismo:**



Beauchamp, utilitarista e Childress, deontologista, elaboraram um novo paradigma ético para a área de saúde, onde separam os princípios de beneficência e não-maleficência, de modo que beneficência e autonomia ficaram caracterizadas como princípios de ordem teleológica, ideais de perfeição para a maioria das sociedades e não podem ser exigidas. A não-maleficência e justiça são o fundamento da ética cívica de mínimos, que podem ser exigidos e adequaram-se como princípios de ordem deontológica. A fim de conseguir a concretização desses princípios, existem valores mediadores como a veracidade e a confiança, que se articulam em princípios complementares ou promovem consolidação dos outros <sup>48</sup>.

A proposta teórica de Beauchamp e Childress, conhecida como a Teoria dos Quatro princípios ou simplesmente Principlismo, tornou-se hegemônica na Bioética, possivelmente porque, entre outras razões, foi possível usar uma linguagem única para o entendimento entre profissionais da área de saúde, cientistas, juristas e principalmente a pacientes e a sociedade como um todo. Foram apontadas diversas regras para a orientação de cada um destes princípios, sendo adotados no meio médico para resolução de dilemas morais e tomada de decisões. Na assistência à saúde os princípios constituem as normas mais abstratas e abrangentes e é um método que auxilia no entendimento de questões morais polêmicas trazidas pelo desenvolvimento tecnológico e da própria ciência, e não um método de resolução de todos os problemas.

O principlismo tem sido alvo de críticas, principalmente devido à simplificação do uso de seus princípios ou por estes não serem suficientes para resolver casos mais complexos. Surgem então diversas abordagens críticas, como a casuística de Jonsen e Toulmin, o modelo das virtudes de Pellegrino e Thomasma, o modelo liberal de Engelhardt e o modelo do cuidado de Gilligan, que buscam suprir os pontos que acreditam serem frágeis no principlismo.

O método casuístico tem como pontos de partida casos paradigmáticos, nos quais questões morais e suas conclusões já tenham sido decididas, onde argumentos vinculam um caso a outro e servem como modelo de argumentação moral, que desta forma preconizam análise caso a caso, sem assentar decisões morais em princípios *a priori*.

Para Beauchamp e Childress

A abordagem principlista não necessita desviar dos métodos e padrões propostos por Jonsen. Assim sendo, o principlismo e o casuismo parecem ser mais aliados que inimigos <sup>15</sup> (2002: 193).

A ética do cuidado proposta por Gilligan indica uma abordagem que tem por referência o gênero. Contrapõe o valor do cuidado, de expressão, para a autora, feminina, ao da justiça, de expressão mais masculina, e o propõe como eixo fundamental para o desenvolvimento de uma ética profissional em saúde, o que não implica, necessariamente, no enfraquecimento da proposta principialista.

Também existem fortes críticas vindas de pesquisadores que atuam em regiões nas quais as condições diferem muito daquelas em que foi pensado o modelo principialista, estadunidense, quando não fica claro como um modelo baseado em quatro princípios *prima facie* pode dar conta das carências sociais. Esta é a crítica feita por Kottow <sup>66</sup> que refere-se a ambigüidade de significações de seus princípios e a pequena aplicação na transferência para a cultura latino-americana.

Do mesmo modo, como será visto mais adiante

... quando se pensa nas questões morais da Saúde Pública, o modelo principialista não parece ser o mais apropriado... com pouca aplicabilidade... razão pela quais outros autores propuseram outro referencial ético, chamado 'princípio da proteção'... <sup>67</sup> (2008: 367).

A função norteadora dos princípios é claramente reconhecida, visto que o principialismo é uma das correntes da Bioética mais aceitas, por admitir uma pluralidade de princípios. Em sua aplicação, os mesmos devem ser especificados, caso a caso, desenvolvidos conceitualmente e adaptados de forma normativa para que se vincule à diretriz de ação concreta e julgamentos práticos na resolução de conflitos morais <sup>15</sup>. Do contrário, justifica Beauchamp e Childress <sup>15</sup>, é ineficaz.

É esta especificação que dá clareza ao significado das normas e se torna ainda mais interessante quando casos difíceis são abordados, na medida em que é justificada e exige coerência. Por vezes podem determinar uma nova abordagem para lidar com novas situações de conflito, de modo a enfrentar a variedade de problemas que surgem. Para Beauchamp e Childress <sup>15</sup> todas as normas morais são, em princípio, passíveis de revisão, especificação e justificação.

Para estes autores os princípios devem definir e estabelecer juízos acerca dos pesos relativos das normas através da ponderação. Não são princípios absolutos nem obedecem a uma hierarquia de valores. Foram construídos como obrigatórios *prima facie*, isto é, devem ser cumpridos a menos que entrem em conflito com outro equivalente ou maior. Neste caso, é a ponderação que determina o peso das obrigações e

procura encontrar um equilíbrio através de um processo de justificação e abre espaço para o comprometimento, a mediação e a negociação.

Mesmo assim, podem aparecer contestações a respeito de qual norma deve prevalecer num conflito específico com outra e, por vezes, dificultar a determinação da norma moral prioritária. Para os autores desta corrente, a multiplicidade de valores morais não impede uma deliberação ou uma decisão confiável, porque os princípios centrais da ética biomédica buscam sempre juízos ponderados e baseados na coerência.

Com relação ao conceito de autonomia, é reconhecer o direito da pessoa ter suas próprias opiniões, fazer escolhas e agir com base em seus valores e crenças e não o simples fazer o que se quer, mas priorizar o que pode ser aceito por todos. A capacidade de agir intencionalmente e a liberdade são condições observadas em quase todas as teorias de autonomia definidas como a capacidade das pessoas de decidir sobre o que pode ser feito com seu corpo, seus atributos sociais e intelectuais, de controlar com ponderação e de se identificar com desejos ou preferências <sup>68</sup>. Os indivíduos podem exercitar sua autonomia mesmo estando num contexto de direcionamento, como por exemplo, tradições religiosas e regimes políticos, porque princípios morais e tradições culturais têm influência direta sobre a vida das pessoas.

Dois filósofos, Immanuel Kant e John Stuart Mill, influenciaram as interpretações de respeito à autonomia. Segundo Kant o respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional, e de que todas têm capacidade de determinar seu próprio destino, e “que ninguém pode tratar com coerência a si mesmo senão como pessoa livre” <sup>13</sup> (1998: 105). Logo, pessoas devem ser tratadas como fim e não como um mero meio.

A visão de Mill <sup>75</sup> era direcionada para a autonomia individual, com o fortalecimento da expressão autônoma, desde que não interferisse na liberdade de outros. Segundo o autor, existem elementos que são necessários para a felicidade humana, dentre os quais a liberdade e a individualidade. A liberdade relacionada com a dignidade pessoal, com o modo pelo qual cada indivíduo traça seu plano de vida, favorece o bem-estar social e à felicidade coletiva. Para ele, não há comportamento moral sem liberdade <sup>69</sup>.

Para Beauchamp e Childress <sup>15</sup> alguns fatores influenciam o direito de se ter a autonomia respeitada. A restrição pode vir pelo direito dos outros em razão de regras de convivência social, por imposições de ordem pública e também por condições morais

fundamentadas em princípios morais prioritários. O respeito à autonomia, portanto, não pode ser o único valor nem o único imperativo moral.

Este princípio sustenta várias regras morais, dentre as quais estão o dizer a verdade, cumprir promessas, respeitar privacidade, proteger informações confidenciais, obter consentimento livre e esclarecido para procedimentos realizados em Medicina e em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. No entendimento de Sgreccia <sup>70</sup>, refere-se a honrar os direitos fundamentais do homem, inspirada no respeito mútuo e fundamenta a relação entre o médico e paciente.

A autonomia não é uma qualidade moral absoluta, porque está relacionada ao convívio entre pessoas e tem que ser ajustada aos outros, assim como a liberdade. Assim é na relação entre o médico e seu paciente. O respeito à autonomia é um mecanismo de intercâmbio, para defesa e proteção da escolha autônoma dos pacientes e também dos profissionais. Cabe a estes agir com a maior clareza possível e desenvolver uma relação de confiança com seu paciente para o entendimento de que será feito todo o possível para o seu bem. A autonomia de ambos precisa ser negociada e compartilhada num processo de diálogo e mútuo esclarecimento <sup>15, 62</sup>.

O respeito à autonomia como obrigação moral do profissional de saúde não é algo óbvio. Ao contrário, o médico e os profissionais de saúde, em diferentes graus, são treinados para agir sempre em defesa da vida e do que pensa comumente ser o melhor interesse do paciente, como se isso fosse um dado imutável, previamente conhecido... o que o profissional, muitas vezes, não consegue admitir é que o paciente tem outros valores a priorizar <sup>36</sup> (2009: 46).

Conforme Beauchamp e Childress <sup>15</sup> a aplicação deste princípio é inadequada a todo aquele incapaz de exprimir sua vontade e que, portanto, quando a autonomia do doente é incerta, escolhe-se um representante legal. No caso da pessoa ter sido capaz, sempre se procura traços de suas decisões tomadas anteriormente. Se não for possível encontrar nenhum sinal confiável das mesmas, o representante legal eleito deve determinar qual é o maior benefício entre as opções possíveis. A melhor escolha sempre protege o bem-estar, considerando-se sofrimento e dor.

O princípio da não-maleficência determina a obrigação de não aplicar o mal ou dano intencional, o que não significa, necessariamente, fazer o bem. Segundo Beauchamp e Childress <sup>15</sup> as obrigações de não prejudicar os outros são às vezes mais rigorosas que as de ajudá-los, independentemente da vontade do sujeito que recebe a ação,

pois evitar danos ou não prejudicar é sempre melhor do que proporcionar benefícios. O termo prejudicar, sempre empregado quando há referência a não-maleficência, é usada no sentido de contrariar, frustrar e impor risco de danos<sup>68</sup>. Este princípio engloba várias regras morais como não matar, não causar dano ou sofrimento, não causar incapacitação a outros, não ofender e não tirar dos outros os prazeres da vida.

Com relação à assistência à saúde, quando não houver justificativa razoável de benefício, deve-se avaliar se o custo, dor, sofrimento e outros danos não são excessivos. Este princípio estabelece condutas terapêuticas para suporte de vida e de tratamentos convencionais, mas também pode indicar algumas condições para sua rejeição e recusa, porque muitas vezes ferem os interesses do paciente.

As decisões sobre iniciar ou interromper tratamentos devem ser baseadas em considerações a respeito dos direitos e do bem-estar do paciente conforme avaliação deste ou seu representante legal. Ambas podem ser ações justificadas e sua distinção é moralmente irrelevante. São várias as condições que podem explicar a omissão de tratamentos tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos profissionais de saúde, quando um tratamento é mais penoso que benéfico ou no caso deste nunca ter sido tentado. Portanto, quando um tratamento é considerado sem propósito, não tendo chance de ser eficaz, ele é moralmente opcional.

O princípio da beneficência refere-se à obrigatoriedade moral de agir em benefício dos outros para promover o bem, em relação ao paciente ou à sociedade. Segundo Sgreccia<sup>70</sup> corresponde ao fim primário da Medicina, enquanto o respeito à autonomia dá os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta.

A beneficência estabelece várias regras morais, como proteger e defender o direito dos outros, evitar que sofram danos, eliminar condições que causarão danos a outros, ajudar pessoas e socorrer os que estão em perigo. Para Beauchamp e Childress<sup>15</sup> é necessário que se estabeleça e especifique os limites das obrigações e as condições em que a beneficência passa a ser opcional porque é possível agir sempre de modo não-maleficente, mas nem sempre é possível agir de modo beneficente para com todos. Raramente há algum tipo de punição legal contra os que não aderem a ela.

Avaliações com relação a tratamentos médicos, diversas situações clínicas e pesquisa envolvendo seres humanos se baseiam em benefícios e danos prováveis. Os custos são os recursos necessários para a realização de um benefício e os riscos se referem a possíveis danos, resultados negativos, no futuro. A partir destas correlações é

possível estabelecer a probabilidade e dimensão de um benefício previsto em relação aos danos e custos presumidos.

Segundo Stepke<sup>48</sup> em relação a benefícios e beneficiários deve-se identificar e declarar conflitos de interesses, situação em que dois ou mais benefícios podem ser incompatíveis ou um ou mais beneficiários podem desconhecer os direitos de outros.

Beauchamp e Childress<sup>15</sup> justificam o princípio da justiça na assistência a saúde avaliada por sua disposição a equilibrar a falta de oportunidades individuais e pelo compromisso com métodos eficientes e justos na alocação de recursos, ou seja, justiça distributiva.

Muitos filósofos ao tentarem explicar o que é justiça, usaram sempre os termos equidade e prerrogativa, dando a interpretação, com relação à saúde, de tratamentos justos, equitativos e próprios. Vários argumentos apontam que uma sociedade moralmente boa deve garantir o acesso a um nível básico de assistência a saúde como dever do Estado e, assegurar o acesso às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação do indivíduo. A assistência e recursos para a saúde não equivalem à assistência e recursos médicos, e a verba para a saúde supera muito a porção destinada ao atendimento médico específico.

A maior dificuldade ao se defender o acesso a um nível básico de assistência a saúde é determinar os limites dos custos para que se defina aquilo a que as pessoas têm direito. As teorias de justiça apontam para um acordo com esta proposta de limites de custeio porque evidencia a preocupação moral básica com a premissa de acesso igual, independente da igualdade de aquisição de serviços. Um sistema coerente que aproveite aspectos de cada uma das teorias parece ser o mais apropriado numa situação em que somente uma minoria tende a concordar quanto à natureza, ao valor e à aceitabilidade de uma teoria geral de justiça.

O princípalismo fornece um método simples para a resolução de problemas éticos; propicia à Medicina uma linguagem ética acessível a todos da área da saúde; e é capaz de dialogar com o pluralismo ético<sup>62</sup>. Os críticos da teoria princípalista baseiam-se num ideal de uniformidade de ações. Para os autores Beauchamp e Childress<sup>15</sup> no princípalismo esta ausência de unidade, conflitos e pluralidade de condutas são aspectos essenciais da vida moral e para tanto os princípios indicam o início e a direção para a busca de adequação em várias situações da vida cotidiana.

### 2.3 Utilitarismo:

A tese fundamental do consequencialismo é a de que uma ação é moralmente correta quando seus resultados bons são maiores do que os maus e a principal teoria fundada nas conseqüências é o utilitarismo, que tem como princípio geral produzir maior bem para todos. Portanto, a conseqüência mais importante é o aumento ou diminuição da quantidade de bem-estar de todos os afetados pela ação <sup>36</sup>. Segundo Tugendhat <sup>71</sup> o utilitarismo surge pela primeira vez com Hutcheson, num ensaio publicado em 1725. Ao dizer que "a melhor conduta é aquela que proporciona a maior felicidade para o maior número de pessoas", o ato moral pretende ser uma realização do "bom" <sup>71</sup> (1996:322). Tal concepção tem como seus principais expoentes Jeremy Bentham e John Stuart Mill.

Esta teoria se desenvolve com o crescimento da racionalidade através do avanço da ciência, que apresenta soluções inovadoras para antigos questionamentos e novos métodos de investigação no campo do conhecimento <sup>69</sup>. Seus autores têm a convicção de que as ações humanas devem ser avaliadas moralmente nos termos da produção do valor máximo. Quanto mais se mostrar aos indivíduos às conseqüências de suas decisões, assim como os prós e contras das mesmas, mais estes serão capazes de tomá-las racionalmente <sup>13</sup>.

Bentham e Mill foram considerados, a princípio, "hedonistas" porque idealizavam a utilidade em termos de felicidade e prazer, tratados como sinônimos. Para Bentham o cidadão deveria obedecer ao Estado na medida em que a 'felicidade geral' viria com a contribuição de todos. Para o autor seria 'uma equação' hedonista, isto é, a soma dos prazeres e dores do indivíduo, e o 'bom' seria aquilo que traz prazer e 'mau' o que causava dor <sup>71</sup>.

A filosofia de Mill sugeria a existência de um pensamento bastante coerente com o conceito de felicidade, o qual não seria compatível sem os conceitos de liberdade, de justiça e de virtude. Seria uma visão mais sutil e refinada de vida feliz, que gera direito e impõe deveres, diferente do conceito de Bentham <sup>73</sup>.

O utilitarismo de Mill introduziu um padrão qualitativo para o prazer e para uma determinada categoria de pessoas, formada por um conjunto de indivíduos competentes, com mais experiência de vida, que substituiriam o cálculo felicífico da doutrina benthaniana. Estas pessoas estariam aptas, não para impor suas preferências, mas para servirem de referencial de vida para os demais <sup>74</sup>.

No texto *Sobre a Liberdade*, Mill <sup>75</sup> escreve que "é preciso que se trate da utilidade em seu mais amplo sentido, da utilidade fundada nos interesses permanentes do homem como ser capaz de progresso" <sup>75</sup> (1963:54) e expõe sua concepção acerca do ser humano. Nesta obra, a felicidade surge como o único fim da existência humana, mas sempre associada a outros fatores tais como a liberdade e a individualidade, a importância fundamental da diversidade, da espontaneidade.

Para o autor a liberdade está relacionada com a dignidade pessoal, com o modo pelo qual cada indivíduo traça seu plano de vida, ao favorecer o bem-estar social e à felicidade coletiva porque, segundo Mill, não há comportamento moral sem liberdade e esta deve ser assumida livremente, sem imposições.

Vasquez <sup>72</sup> em sua obra *Ética*, enfatiza que o utilitarismo sustenta que o bom é útil ou vantajoso sempre para o maior número de pessoas, inclui o interesse pessoal, e aceita sacrifícios na medida em que contribua para aumentar ou estender a quantidade de bem para o maior número. E, que um ato será bom se tiver boa consequência, independente do motivo ou da intenção.

O autor Williams <sup>76</sup> em seu livro *Moral, uma introdução à ética*, mostra-se um grande crítico do utilitarismo, receoso de que um grande número de equívocos é tolerado na busca de maior utilidade estratégica. Argumenta que o utilitarismo desgasta a integridade pessoal ao tornar os indivíduos diretamente responsáveis pelas consequências de suas escolhas.

Há um grande número de objeções à idéia geral do utilitarismo. Seus críticos crêem ser uma ética que manipula pessoas, sem dar suficiente importância à dignidade humana, em nome de um suposto bem coletivo. Uma primeira objeção é a de que o bem não deve ser entendido em termos de prazer, nem o mal em termos de sofrimento, mas no sentido mais amplo possível. Para os utilitaristas, há toda uma hierarquia de prazeres, desde os mais primitivos, como a alimentação e o sexo, até o mais sofisticado, como a relação intelectual e o prazer de uma amizade.

Outro ponto para a oposição é a de que o utilitarismo exige demais da natureza humana, pois é maximizador. A resposta a esse argumento é que o princípio utilitário não é algo que depende diretamente de posições próprias do ser humano, mas de regras sociais já implícitas e que as ações moralmente corretas são as que produzem um bem para a maioria, em diferentes grupos sociais <sup>75</sup>. Outra objeção é a de que o utilitarismo pode vir a ter consequências que violam a integridade humana e para esta crítica a resposta é que o utilitarismo de regras faz justiça ao fato de que, de um modo geral, o



agir se dá conforme regras, normas ou princípios culturalmente ou socialmente aceitas. O que é "bem" e o que é "mal" dependem do estágio de desenvolvimento de cada sociedade <sup>69</sup>.

Apesar das críticas, o utilitarismo pode ser apresentado como uma "forma cientificamente completa e sistematicamente reflexiva da regulação do comportamento" <sup>15</sup> (2002: 116). Desempenha um papel importante na formação de políticas públicas, pela escolha da ampla maximização do bem-estar humano, com o objetivo de obter resultados bons para todas as partes. Ao mesmo tempo é uma teoria fundamentada no consequencialismo e no princípio da beneficência, com seu objetivo moral centrado na produção do bem-estar, com motivação de agir no interesse dos outros e que, segundo Engelhardt <sup>13</sup>, sustenta o que se pode chamar de moralidade de assistência social e solidariedade financiados por bens comuns.

Como a saúde é um bem pessoal e social, sua administração exige atitudes e valores éticos. Torna-se decisivo o equilíbrio entre economia e ética, assim como a avaliação constante de custos e benefícios e custos relacionados à eficácia, com suas prováveis conseqüências. É neste contexto que a ética utilitarista encontra seu papel mais importante, ao propor agir de forma a garantir o maior bem-estar para o maior número de envolvidos e não considerar a distribuição, mas sim a soma.

Os utilitaristas têm procurado desenvolver indicadores que tragam uma racionalidade demonstrável destes cálculos, com razoável grau de validade e precisão para promover a alocação de recursos <sup>76</sup>. A análise de custo-utilidade é uma forma especial de análise de custo-efetividade, na qual o custo por unidade de utilidade, diretamente relacionado ao bem-estar do indivíduo, é calculado, estima preferências pessoais e insere um componente qualitativo para a tomada de decisão. As unidades mais usadas são Quality-Adjusted Life Years (QALY) e Disability-Adjusted Life Years (DALY) que serão apresentados e discutidos em mais detalhes no Capítulo III.

## **2.4 Bioética de proteção:**

A Bioética da Proteção, proposta por Schramm e Kottow é uma ética baseada no resgate do conceito de ética, entendido em seu sentido mais arcaico: guarida, abrigo, proteção <sup>36</sup>. Surge para repensar uma ferramenta eficaz e efetiva para proteger aqueles que são vulneráveis e não conseguem realizar seus projetos de vida. Conforme Kottow <sup>64</sup> as origens do desenvolvimento de uma ética de proteção são quatro: compromisso

público do Estado; fundamento ético da convivência; limites impostos pelo pensamento principialista; e a necessidade de uma ética para países pouco desenvolvidos, como os da América latina.

Para dar conta de conflitos de interesses e valores esta teoria se ocupa da descrição e compreensão de modo racional e imparcial dos mesmos, a fim de atingir uma resolução satisfatória e, para tanto procura fornecer meios “capazes de proteger suficientemente os envolvidos e garantir projetos de vida compatível com os demais”<sup>78</sup> (2005: 124).

Segundo Arreguy e Schramm<sup>23</sup> o princípio de proteção pretende ser um princípio moral mínimo e ao mesmo tempo abrangente para que as condições básicas de sobrevivência sejam garantidas, com o objetivo de permitir a obtenção de outros bens, inclusive àqueles considerados importantes para que cada indivíduo expresse suas capacidades, a fim de melhorar a condição de todos. O princípio de proteção funciona como ferramenta para reflexão na avaliação moral de políticas públicas em saúde, para priorizar investimentos do Estado, como alocação, distribuição e controle dos recursos direcionados à área da saúde, por meio do controle social, no qual cidadãos menos favorecidos sejam efetivamente protegidos.

Conforme esses autores, a Bioética de Proteção aplicada a questões de saúde pública permite direcionar ações determinadas a atender necessidades de saúde demandadas pela população através de políticas efetivas e corretas no sentido moral. Guia as ações destinadas a cobrir necessidades sanitárias vividas pela população de uma maneira mais comprometida e viável. Esta corrente também reconhece as desigualdades da estrutura social e suas formas de inclusão e exclusão, preocupa-se com a população e com os que sofrem restrições de liberdade decorrentes de privações. Propõe à saúde pública a fundamentação em valores diferentes dos tradicionais, para lidar com dilemas morais emergentes da aplicação de biotecnologia<sup>78</sup>.

Acreditamos que uma bioética da proteção efetiva deveria ser universalizável (aplicável a todos os casos que tenham as mesmas características pertinentes para não criar discriminações moralmente arbitrárias) sem ser universal *a priori* (para poder considerar as diferenças pertinentes do ponto de vista moral), isto é: ser suficientemente adaptada às circunstâncias concretas sem cair em uma das conseqüências não desejáveis do pragmatismo, que é o relativismo moral e, por conseguinte, do cinismo pragmático<sup>79</sup> (2006: 147).

Assim, a Bioética de Proteção, como ética aplicada às práticas humanas, que envolve seres humanos e sistemas vivos, usada como ferramenta teórico-prática, tem tripla função <sup>78</sup>. É ao mesmo tempo descritiva por analisar de forma racional e imparcial os argumentos em questão; normativa de tais práticas no duplo sentido de prescrever as ações que podem ser consideradas moralmente corretas e/ ou proscrever aquelas consideradas erradas de acordo com um determinado padrão moral aceito pelos envolvidos; e protetora no sentido de fundada no sentido original do *ethos* – guardada ou proteção - para quem não tem os meios necessários para poder se proteger sozinho <sup>78</sup>.

Segundo Rego et al <sup>36</sup> a proteção proposta não nega a autonomia dos sujeitos, mas contribui para a emancipação de indivíduos e coletividades ao considerar as desigualdades e usar todos os recursos para que as pessoas compreendam a situação na qual se encontram e decidam segundo seus próprios interesses.

O conceito de proteção desenvolvido pelos autores e aplicado a questões de saúde pública integra eficácia e responsabilidade moral e, torna-se mandatório para legitimar políticas sanitárias universalistas. A partir desta percepção é possível enfrentar o principal desafio ético de saúde pública - alocação de recursos escassos e finitos - a fim de satisfazer e cumprir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Brasileira <sup>80</sup>.

Segundo Kottow <sup>66</sup> a América Latina tem sua própria cultura, com uma população caracterizada por enormes desigualdades nas esferas sociais e econômicas. Deste modo a corrente bioética do principialismo, alheia a diversidade de culturas e valores, é estranha a esta realidade, que busca como postulados éticos a justiça e a proteção. Desta forma a Bioética da Proteção, como bioética orientada à dimensão social do ser humano, voltada para questões do coletivo, serve como corrente adequada para enfrentar os problemas concretos moralmente relevantes relativos à América Latina, a fim de “oferecer proteção aos vulneráveis, excluídos da comunidade política e das políticas de direitos humanos” <sup>79</sup> (2006: 152).

A Bioética e suas principais correntes foram aqui apresentadas como ferramentas que serão utilizadas no Capítulo V, na discussão a respeito da tomada de decisão no cuidado a saúde frente ao conflito moral presente na necessidade de priorizar o atendimento à pacientes.

### **Capítulo III – Assistência à saúde em situação de escassez de recursos:**

A aquisição de meios terapêuticos sofisticados e capazes de impedir que o homem morra por causa de doenças até pouco tempo atrás mortais ou mesmo incuráveis, comporta um custo que impede que eles se tornem de uso geral. Assim, a cura ou a vida assumiram um preço tão alto que a sociedade não pode se permitir o luxo de arcar com ele. O inevitável conflito entre sociedade e indivíduo leva ao trágico momento de ter de decidir que pacientes se deve deixar morrer, impondo-se, então, o grave problema da responsabilidade social e individual do médico. Aldo Franchini, 1984.

Hoje o desafio da Medicina é alcançar uma melhor assistência a saúde, na procura de equilíbrio entre os aspectos econômicos, éticos e sociais. Para a construção de uma base ética de acordo com a qual o exercício econômico e político devam ser conduzidos na área da saúde é indispensável obter o melhor gerenciamento de recursos possível e alcançar acordos sociais a partir de expectativas da população e da percepção de metas dos profissionais de saúde envolvidos. Conforme Cortina e Martínez<sup>20</sup> para o exercício de toda atividade econômica deve haver cooperação na produção de bens e serviços para distribuição ao consumo do que foi produzido, o que leva a uma repercussão social, principalmente quando relacionado a área da saúde, modelo que deve ser seguido em relação à elaboração de políticas públicas e gestão na área da saúde.

Na prática clínica diária a realidade é bastante diferente, principalmente no que se refere a situações de emergência. Muitas vezes é preciso decidir de forma rápida e objetiva quem será atendido e quem deverá esperar, sob o risco de morrer, uma vez que em inúmeros casos, não é possível atender a todos. A responsabilidade é do profissional que decide e que tem de lidar com as conseqüências de suas escolhas, sempre.

### **3.1 Alocação de recursos:**

Alocação de recursos é o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos. São três os aspectos de um processo de alocação de recursos que devem ser destacados: toda alocação corresponde a um processo decisório sobre “onde colocar o dinheiro”; toda alocação tem impacto direto sobre a eficiência e custo dos serviços – ao alocar recursos limitados a um conjunto de atividades significa que eles não estarão disponíveis para outras atividades; toda política de prioridades se traduz

num padrão específico de alocação de recursos, e vice-versa, isto é, todo padrão alocativo de recursos se refere a certas prioridades, ainda que implícitas <sup>81</sup>.

No cuidado à saúde parte da eficácia alocativa depende de criteriosa administração de recursos, com o objetivo de equilibrar custos crescentes e buscar satisfação de usuários e pessoal e é delicada a relação de poder e equilíbrio que se busca na relação entre gestores e prática médica, porque a saúde não é habitualmente analisada, pelos profissionais do setor como uma atividade econômica.

Segundo Stepke <sup>48</sup> muitos dos avanços alcançados na área da saúde nunca chegarão à boa parte da população mundial, o que demonstra a impossibilidade, na prática, de propostas universalistas indiscriminadas. Para o autor o desafio na assistência a saúde consiste em não desprezar diferenças e pluralidades ao observar o modo como serão distribuídos e utilizados conhecimentos da área da saúde por parte daqueles que detêm o poder de decisão.

O valor fundamental para o setor da economia é o que aumenta eficácia e eficiência e minimiza a escassez, porque eficiência e custos dos serviços estão diretamente ligados à maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos. Segundo Kilner <sup>81</sup> e Médici <sup>82</sup> o objetivo da economia da saúde não é gastar menos, mas sim gastar melhor, isto é, alcançar maiores benefícios em relação aos menores custos sociais.

Segundo alguns autores como Médici <sup>82</sup>, Zucchi et al <sup>83</sup> e Ferraz <sup>50</sup> o aumento das despesas com a saúde tem pelo menos quatro grandes causas: aumento dos preços dos bens e serviços oferecidos; aumento do número de procedimentos consumidos, em razão do aumento demográfico da população (queda do índice de mortalidade); relação de mercado, isto é, encontro daqueles que desejam adquirir bens e serviços de saúde e daqueles que os oferecem; e o surgimento de novos bens, tecnologias e medicamentos, decorrência natural do desenvolvimento da área que encarece os serviços de saúde. Portanto, o desenvolvimento da tecnologia voltada para a área da saúde aumenta a eficácia e a eficiência dos cuidados à saúde, o que permite cuidar melhor e por mais tempo e, obter a cura com maior frequência. Por outro lado, pacientes com doenças crônicas são mantidos em condições de estabilidade, com aumento na sobrevida e diminuição da taxa de mortalidade por determinadas condições clínicas, o que amplia o contingente de pacientes que passam a necessitar de cuidados crônicos por toda a vida.

Na área da saúde medidas técnicas que reduzem a ineficiência, melhoram o acesso, e buscam melhor distribuição de gastos são exemplos de processos econômicos

que participam do ideal de uma assistência a saúde que busca qualidade, mas, para fazê-la é necessária uma nova postura profissional, na procura do controle de gastos com responsabilidade.

Um relato de caso publicado no Portal de Notícias do Globo <sup>85</sup> em 30 de Setembro de 2008 pode servir de exemplo para uma reflexão sobre a questão alocativa de recursos, seus fins e benefícios. Um paciente de 50 anos foi internado para uma correção cirúrgica de um aneurisma de aorta (dilatação anormal em uma parte de um vaso sanguíneo, no caso, da aorta) durante a qual trocava também uma válvula do coração. O procedimento cirúrgico teve duração de 51 horas e esgotou todo o estoque de sangue da cidade, porque o paciente consumiu cerca de 400 bolsas de sangue devido a complicações cirúrgicas. Este paciente sofria também de uma doença no fígado que dificultava o processo normal da coagulação sanguínea. O gasto com este procedimento foi enorme e o paciente faleceu dias depois. Com o consumo vultoso de sangue, segundo a reportagem, o estoque teria se esgotado na cidade. Não houve relato, mas é possível que outros pacientes tenham sido prejudicados com a falta deste produto. Transfusões sanguíneas desta monta não encontram nenhum respaldo técnico na literatura.

Na análise moral da situação em questão observa-se que por obstinação terapêutica sem controle por parte da equipe responsável pelo atendimento ao paciente, o custo de uma intervenção desmedida e mal sucedida, deixou a cidade sem abastecimento de hemoderivados, e colocou em risco a população local. Não foi considerado em nenhum momento o interesse de outros, isto é, da população que, por consequência, ficou desassistida, sem haver justificativa moral de benefício potencial para o paciente atendido. Outro aspecto deste caso é relacionado às ‘inconseqüências’ financeiras da decisão tomada, com um gasto infundado, em uma aposta terapêutica inexistente, que não encontra qualquer amparo técnico ou respaldo de argumentos com razoabilidade ou bom senso.

### **3.2 Macro-alocação:**

Tudo indica que a pressão para controlar os custos será ainda maior no futuro e que haverá uma discussão muito mais direta e franca sobre seu racionamento. Callahan <sup>86</sup> (1990: 169)

O progressivo aumento dos gastos com o cuidado da saúde, inserido num contexto de escassez de recursos financeiros tem levado, de um modo geral, a sociedade e o Estado a repensar sobre as estratégias de políticas públicas na área da saúde, na gestão dos sistemas e sobre sua responsabilidade referente a saúde. O processo decisório que determina como deve ser utilizado o total dos recursos financeiros da sociedade chama-se macro-alocação <sup>87</sup>, que no caso da política sanitária, diz respeito a toda decisão política que tenha impacto direto ou indireto sobre a saúde coletiva.

Toda a estrutura de macro-alocação de recursos passa pelo sistema político e econômico do Estado, e são inúmeras as estratégias propostas para minimizar os efeitos da limitação de recursos em todo o mundo. Estas estratégias incluem reduzir despesas ao eliminar procedimentos médicos que beneficiem poucos cidadãos, dar maior ênfase na prevenção da doença, simplificar a administração, bem como definir orçamento específico para assistência a saúde, todas passíveis de críticas. Alguns autores alegam que o fim e custo dos benefícios potenciais de cuidados de saúde são tão grandes que qualquer economia irá revelar-se insuficiente para financiar os benefícios necessários para todos.

Segundo Kilner <sup>82</sup> as propostas de contenção de custos tendem a ser fundamentadas em uma das seguintes preocupações éticas: cuidados de saúde individual, responsabilidade da sociedade nos cuidados de saúde e a importância da eficiência destes cuidados, onde diferentes interpretações do conceito de justiça estão presentes em todos os três itens, vinculados a correntes éticas que colocam diferentes pesos sobre considerações como liberdade, cuidados e utilidade.

No Brasil as informações econômicas são sintetizadas pelo Sistema de Contas Nacionais (SCN) através de metodologia elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que fornece estrutura para análise macroeconômica do planejamento da economia nacional e de setores produtivos específicos, como o de saúde <sup>88</sup>, mas sem qualquer critério ou mesmo análise ética deste programa, apesar de já existirem diferentes modelos que permitem aplicar fórmulas e critérios com base ética. Da mesma forma, dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, também alimentam o SCN.

Nas Contas Nacionais, a atividade saúde pública abrange os itens classificados na função “saúde” nos registros administrativos e sistemas de informações da administração pública. Inclui ações de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)

e financiadas pelos órgãos públicos de saúde e excluem a produção de hospitais universitários, militares e penitenciários, que têm seus orçamentos subordinados aos Ministérios da Educação e da Defesa e às Secretarias de Educação e de Segurança.

Fazem parte da Saúde Pública <sup>88</sup>: serviços de assistência à saúde individual produzidos pelo SUS – correspondentes aos serviços de atendimento hospitalar e aos outros serviços de saúde; distribuição gratuita ou subsidiada de medicamentos excepcionais e de outros medicamentos distribuídos ou subsidiados em farmácias populares; produção de medicamentos por laboratórios oficiais ligados aos órgãos de saúde (uma parte está alocada na administração pública geral); serviços de saúde veterinários, como vacinação e esterilização animal e controle de zoonoses; ações propriamente de saúde pública, como vigilância à saúde, controle das epidemias e ações educativas em saúde; e custo administrativo das estruturas que gerem a saúde pública.

A administração pública também adquire serviços de prestadores privados no mercado, oferecidos à população de modo gratuito, que são computados como despesa de consumo das administrações públicas. Além de serviços de atendimento hospitalar e de outros serviços de atenção à saúde, também estão incluídas atividades de centros de reabilitação para usuários de drogas ou dependentes de álcool e instituições para pessoas física e mentalmente incapacitadas <sup>88</sup>.

A atividade de prestação de serviços de atendimento hospitalar inclui serviços de hospitalização prestados à pacientes internos, realizados em hospitais gerais e especializados, centros de medicina preventiva e em outras instituições de saúde com internação. Os serviços de pronto-socorro com assistência 24 horas e leitos de observação também fazem parte desta atividade, assim como serviços de ambulâncias equipadas, destinada a prestar atendimentos de urgência e emergência.

Outros serviços de saúde se referem a consultas e tratamentos médicos e odontológicos em consultórios, ambulatórios, postos de assistência médica, clínicas médicas, clínicas odontológicas e centros geriátricos, além de atendimento no domicílio do paciente. Esta atividade inclui também serviços de apoio diagnóstico, que abrangem laboratórios de anatomia e patologia, serviços de diálise, hemoterapia, radiologia, radiodiagnóstico, radioterapia e quimioterapia, bem como métodos gráficos em cardiologia e neurologia e serviços de endoscopia.

Segundo dados do IBGE <sup>88</sup> integram ainda esta atividade ações relacionadas à saúde realizadas por profissionais legalmente habilitados, de forma independente - enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos,



fisioterapeutas, optometristas - atividades dos centros e núcleos de reabilitação física, atenção psicológica e serviços de terapia de nutrição enteral e parenteral, atividades relacionadas a terapias não-tradicionais (cromoterapia, do-in, shiatsu e similares) e de bancos de leite materno e bancos de órgãos, quando independentes de unidades hospitalares.

No Brasil como os serviços de saúde pública são distribuídos gratuitamente, não há valor de mercado para sua produção que, portanto, será igual à soma dos custos desta produção. Segundo o IBGE <sup>88</sup> esses custos incluem salários e benefícios a empregados, despesas com bens e serviços usados no processo de produção (como medicamentos, serviços e outros materiais comprado com objetivo de permitir prestação de um serviço de saúde (consumo intermediário) e uma estimativa de desgaste das instalações e equipamentos usados pela atividade (depreciação dos ativos).

Existem hoje alguns modelos de financiamento da atenção à saúde e sua escolha depende da forma pela qual o Estado se estrutura. Segundo Mé dici <sup>82</sup> os modelos assistencialistas costumam se instalar em países onde a classe média e de trabalhadores formais e os segmentos de mais alta renda buscam no setor privado soluções para o financiamento de seus programas de saúde. Este modelo é voltado para a atenção à saúde das camadas de baixa renda, financiado somente com recursos fiscais. O modelo previdencialista é um modelo de atenção médica não universal, voltado somente para grupos especiais como os trabalhadores formais, financiado a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores. O modelo universalista unificado e o diversificado são voltados para cobrir a totalidade da população (universais), financiado com recursos de impostos gerais, em cumprimento das funções gerais do Estado. O sistema de saúde brasileiro se enquadra neste modelo, e sua fonte de financiamento é composta por recursos fiscais globais e contribuições sociais sobre os salários.

Segundo Schramm <sup>89</sup> os gestores da Saúde Pública devem estar:

... instalados a respeitar e aplicar a lei – que garante o caráter universal da assistência e o acesso igualitário dos usuários aos serviços – e, ao mesmo tempo, torná-la viável, através de ações concretas que permitam que a política sanitária implementada seja eficaz (pode funcionar?); efetiva (funciona de fato?) e eficiente (vale a pena utilizá-la?) <sup>89</sup> (2000: 41).

Conforme Mé dici <sup>82</sup> observa tem ocorrido modificações nestes sistemas, que levam a uma tendência de flexibilidade de gestão, financiamento e estratégias

diferenciadas de cobertura. A modificação nos estilos de gestão dos serviços de estabelecimentos de saúde tem sido proposta como forma de resolver problemas associados à eficiência, eficácia e efetividade, com impactos na redução dos custos dos sistemas de saúde, isto é, sobre a macro-alocação de recursos, para evitar possíveis conflitos éticos no momento de estabelecer prioridades na alocação de recursos para a área da saúde.

Como ponto comum dos novos conceitos de gestão está a questão da autonomia do serviço de saúde, público ou privado. Uma das formas para tornar autônoma a gerência dos serviços de saúde são os chamados contratos de gestão ou contratos de serviço, que se baseiam na negociação da autonomia de um estabelecimento ou de uma rede de serviços de saúde, mediante determinadas cláusulas contratuais. Segundo Mé dici <sup>83</sup> os serviços de saúde deixam de ter seus meios controlados pelo Estado e passam a ser independentes para usar o orçamento que lhe foi conferido, mas o estabelecimento é obrigado a negociar e cumprir metas fixadas de quantidade/qualidade dos serviços, que se não forem cumpridas, leva a uma perda da concessão do serviço. Da mesma forma, sempre que conseguir cumprir metas e economizar recursos públicos transferidos, o estabelecimento poderá definir o uso do excedente segundo suas necessidades.

O chamado orçamento global é outra solução para modificação de estilo de gestão e consiste em definir um orçamento fixo para cada estabelecimento de saúde, e deixar que a administração do estabelecimento defina os meios para garantir a cobertura e a eficiência esperada com o orçamento definido.

Conforme Mé dici <sup>82</sup>, a estratégia de mercado administrado é uma alternativa que consiste em transformar instituições públicas e privadas em entidades que garantam um nível integral de oferta de serviços de saúde. Neste caso o Estado atribui um *voucher* (documento com determinado valor de crédito) pessoal e intransferível para toda a população num valor acordado entre prestadores, que garante pagamento de um plano integral de saúde, definido segundo sexo e idade ou outras variáveis como quadro socioeconômico, para evitar qualquer tipo de discriminação. Segundo este autor, hoje, estas formas de gestão compõem as principais tendências que procuram acordar autonomia de gestão, cobertura, qualidade e contenção de custos dos sistemas de saúde.

De qualquer forma a questão da alocação de recursos destinados a uma política de saúde é complexo, ao envolver aspectos econômicos, políticos, éticos e àqueles que

diretamente relacionados ao conhecimento técnico na área da saúde. Reunidos, devem satisfazer de modo justo as necessidades de saúde da população.

### **3.3 Micro-alocação:**

A alocação de recursos para o setor saúde é uma atividade onde a determinação dos meios e a avaliação das conseqüências é sempre difícil e o profissional de saúde que se vê frente a estas questões pouco pode fazer para intervir no que é de responsabilidade de outras esferas de ação como políticas, econômicas ou institucionais. De qualquer modo, sofre as conseqüências provenientes da esfera da macro-alocação no momento de clinicar, de atender e prescrever.

Para a condução de uma determinada doença os profissionais de saúde têm, na maioria das vezes, vários tipos de tratamentos à disposição e no momento da tomada de decisão, da escolha, não deve haver influência de custos como determinante na opção terapêutica final. Surgem, na realidade, preocupações de ordem ética quando se observam considerações restritivas sobre custos, despesas e rendimentos, presentes, tanto no nível individual como no coletivo.

As decisões de micro-alocação determinam um caso em particular, de quem irá receber determinados recursos escassos. Segundo Beauchamp e Childress <sup>15</sup> a distinção entre níveis referentes à macro e micro-alocação é útil sob o aspecto didático, mas não dispõem de uma linha de separação muito nítida e interagem repetidas vezes e definem a quantidade de serviços e o tipo de assistência à saúde que será oferecido para determinados problemas.

Gastos com outros bens sociais competem diversas vezes com aqueles destinados ao campo da saúde e mesmo dentro do segmento desta receita também existem distribuições a serem feitas, na medida em que a destinação de recursos para a saúde não equivale à expressão recursos para a assistência médica em si. Este é um orçamento muito maior do que a porção destinada à assistência à saúde <sup>15</sup>, inclusive no Brasil, onde os recursos para esta área, conforme dito anteriormente incluem, dentre outros itens, salários e benefícios a empregados, capacitação de recursos humanos e saneamento básico e ambiental.

Com relação à priorização de recursos, quando observada a evolução histórica, conforme Beauchamp e Childress <sup>15</sup>, a sociedade, de modo geral, dá preferência a alocar

recursos no campo da saúde para situações críticas, mesmo diante de evidências de que as medidas preventivas sejam mais eficazes e eficientes.

Dois pontos de determinação alocativa estão relacionados de modo direto a escolhas por racionalização de valores e serviços. O primeiro refere-se à definição de que categorias de doenças ou de necessidades médicas devem receber prioridade e desta forma são examinadas diversas doenças em termos de fatores como custo, sofrimento, prognóstico e qualidade de vida entre outros aspectos. Nestes casos a decisão leva a escolhas determinadas pela necessidade e disponibilidade do suprimento de um recurso em particular. A priorização dos cuidados de saúde é realizada mediante escolhas hierarquizadas entre alternativas de cuidados disponíveis, dentro dos limites de recursos do sistema, sem que, a princípio, haja restrições orientadas por fatores ou critérios determinados <sup>81</sup>.

O segundo tipo de alocação dentro da assistência é relativo a tratamentos ou insumos escassos, alocados para pacientes específicos. São decisões mais difíceis e explícitas, já que esta questão remete ao seguinte dilema: “quem deve sobreviver, uma vez que nem todos podem sobreviver?” <sup>15</sup> (2002: 396). Há aqueles que acreditam na adequação de se privilegiar critérios de eficiência na alocação destes recursos. Entre estes estão os que defendem o princípio de maximização do benefício para o paciente, isto é, o maior tempo de sobrevivência com a melhor qualidade de vida, e aqueles que defendem o princípio de maximização do benefício seja para programas de pesquisa, seja para a sociedade. Estas considerações levam à alocação de recursos ao paciente que pode se beneficiar mais, às vezes em detrimento do mais necessitado ou do que tem mais tempo de espera em lista. Outros acreditam que pacientes que correm risco de morte imediata devem ter acesso prioritário aos recursos disponíveis mesmo que em detrimento do atendimento a um número maior de pessoas que poderia inclusive se beneficiar mais do tratamento. A questão é saber que valores vão conduzir as decisões e quem terá participação na determinação da natureza desses valores, conforme será discutido no Capítulo V. Para o profissional de saúde que acaba inevitavelmente participando da implementação de políticas de saúde decididas pelo Estado ou que realiza, mesmo que involuntariamente, as trágicas “escolhas de Sofia” fica o desafio de discernir quais entre os valores em disputa devem prevalecer.

Com relação aos serviços médicos e o tema da alocação de recursos limitados existe um questionamento crescente e constante. Segundo observação de Zucchi et al <sup>83</sup> e Kilner <sup>81</sup> é provável que novas técnicas destinadas à prática clínica não sejam mais

adotadas de forma universal sem uma prévia avaliação custo-benefício, quando profissionais de saúde assumirem o processo de racionalização como um fator obrigatório na prática diária. Cada descoberta científica, cada nova técnica aplicada, permite ao profissional cuidar melhor e, mais freqüentemente, curar, o que amplia cada vez mais o campo da área da saúde.

Ainda existem dificuldades entre os prestadores de serviço da saúde relativos ao entendimento do que é racionalização - ação com finalidade de tornar mais eficaz e menos dispendioso - neste tipo de serviço, e muitas vezes há divergências inclusive entre os próprios profissionais sobre como agir ou mesmo a respeito da natureza do melhor tratamento. É preciso não confundir racionalização com racionamento dos serviços (distribuição controlada de recursos, e bens e serviços escassos) e estar categoricamente certo de que o usuário não será penalizado com a privação de um serviço eficiente. Muitos profissionais preocupam-se com a avaliação dos gastos em saúde, um exercício que se relaciona com a racionalização da assistência à saúde, ao decidir que demanda deve ser atendida, postergada ou não atendida.

Como os recursos são limitados e finitos e é necessário reduzir os gastos em saúde, inclusive o custo da assistência a saúde, a responsabilidade dos profissionais desta área, encarregados diretos da micro-alocação de recursos no atendimento assistencial, deve ser repensada e revista. Hoje, impõe-se um momento de reflexão ao prescrever um exame ou um tratamento, sobre as conseqüências práticas de resultado, com o objetivo de diminuir os gastos em saúde sem alterar o serviço esperado, alternativa ética de contenção de gastos na medida em que os recursos públicos devem ser aplicados, de forma obrigatória, com eficiência e efetividade.

A utilização e conhecimento de práticas relacionadas à Economia da Saúde, como a análise dos custos em saúde, pode ajudar a entender como aumentar a demanda por assistência à saúde, com recursos finitos, e ao mesmo tempo identificar qual abordagem é mais custo-efetiva, isto é, que pode, ao conseguir alcançar os objetivos específicos, custar menos <sup>84</sup>. Estes conceitos são apresentados na próxima seção.

### **3. 4 Racionalizar decisões:**

Em todo o mundo existe preocupação com as despesas na área de saúde e, por motivos econômicos, mesmo os Estados que dispõem de maiores recursos dificilmente podem assumir o custo total destes encargos. Deste modo surgiram nos últimos anos

políticas restritivas que repercutem amplamente sobre a liberdade e a independência do ato profissional no campo da saúde.

Na assistência à saúde o médico aparece no papel de coordenador das despesas da saúde que, a princípio, deveria ser uma questão da área econômica. A maioria dos Estados foi levada a ampliar sua influência sobre estes profissionais e estabelecer limitações qualitativas e quantitativas sobre prescrições e procedimentos, por motivo de inevitáveis necessidades, sobretudo econômicas. Entretanto seguir regulamentações, normas e padrões de forma intransigente implica em não exercer o direito de decidir de forma autônoma, o que impede a liberdade na execução de ações e na tomada de decisões a princípios inalteráveis, e limita o exercício da prudência por parte dos profissionais <sup>48</sup>.

A execução de diretrizes econômicas serve para fixar exigências mínimas, mas deve ser relacionada à sua interpretação, no sentido de que nada pode substituir o julgamento de profissionais experientes e qualificados. É, a partir da vontade do paciente, que o médico, detentor do conhecimento teórico, técnico e prático necessário para o diagnóstico, quem deve determinar qual serviço deverá ser consumido, por quem e por quanto tempo.

### **3.4.1 Análise econômica em saúde:**

Durante toda a vida, os indivíduos fazem escolhas entre alternativas para um mesmo fim. Estas escolhas, em relação à ciência econômica, os chamados *trade-offs*, envolvem a opção por gastar mais em algum evento e ter menos para gastar em outro, conseqüência da limitação de recursos de uma determinada sociedade <sup>50, 99</sup>. O uso racional dos recursos disponíveis em saúde pública torna imprescindível a procura permanente de instrumentos que auxiliem na tomada de decisões, papel exercido pelos indicadores de saúde, com o objetivo de reduzir conflitos entre o dever do profissional de saúde em dar o melhor a seu paciente e o uso de recursos limitados. A fim de superar estas dificuldades, técnicas de economia têm procurado identificar critérios e procedimentos que permitam conter e diminuir os gastos na assistência à saúde para, deste modo, aproveitar da melhor forma possível os recursos disponíveis. Serão estabelecidas as prioridades e realizadas escolhas, sempre, entre quem receberá o benefício de um tratamento e quem ficará de fora, no nível coletivo de macro-alocação

através de políticas públicas ou no nível individual de micro-alocação através do profissional que intervém com o paciente.

Para uma melhor compreensão dos procedimentos que envolvem a economia na área da saúde é importante conhecer três conceitos relacionados ao processo e ao resultado de uma determinada intervenção. O primeiro conceito é da eficácia, propriedade de uma intervenção que funciona em condições ideais, atingindo o máximo possível de um benefício. O segundo é o da efetividade, característica de uma intervenção que funciona de forma plena na prática diária. O terceiro conceito é a eficiência, produção de um bem ou serviço com o menor custo possível. Em relação à saúde implica em escolhas para alcançar o máximo benefício com os recursos utilizados.

A Economia da Saúde é um ramo da Economia aplicada ao estudo da organização, funcionamento e financiamento do setor saúde e é uma área de conhecimento específica, cujos modelos e instrumentos são de grande auxílio na análise e soluções dos problemas nesta área.

São regidos por princípios de rendimento e de utilidade, que permitem aceitar uma situação como eficiente ou eficaz não só quando aparece como um benefício para cada um, mas também quando poderia melhorar a situação de cada um, mesmo que, de fato, não o faça, idéia que se encontra na forma das análises de custo-benefício e de eficácia em função dos custos<sup>94</sup> (2003:101).

É uma ciência que engloba várias áreas, dentre elas a Análise Econômica em Saúde, análise de escolha na alocação de recursos escassos que abrange tanto o uso destes quanto seus benefícios em saúde, e proporciona a comparação entre as escolhas e facilita o processo para o uso dos recursos.

Os tipos mais frequentes de análises para o auxílio na tomada de decisões são as análises de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade. O numerador, nestas análises, representa a quantidade de recursos financeiros envolvidos com a intervenção e o denominador, uma medida do desfecho que define o tipo de análise. A diferença mais importante se dá na forma com que as conseqüências são medidas e avaliadas<sup>50.99</sup>.

Os custos são os valores dos recursos associados a um determinado produto. Os custos diretos médico-hospitalares envolvem uma transferência monetária, resultado direto da intervenção, por exemplo, os recursos gastos e pagos para efetivar a

internação, exames complementares, medicamentos, honorários médicos e de outros profissionais da saúde. Os custos diretos não-médico-hospitalares estão relacionados, por exemplo, ao deslocamento do paciente, ou seja, ao transporte deste até o hospital. Os custos indiretos são recursos perdidos devido à doença ou à intervenção para prevenir ou tratar a doença e tem como exemplos o custo referente à perda de produtividade de um trabalhador que se encontra internado em um hospital, de familiares ou cuidadores<sup>50, 100</sup>.

Na análise de custo-benefício todos os custos e os benefícios resultantes são expressos em unidades monetárias. Esta medida é muito utilizada para comparação de tratamentos específicos. Quando o benefício é maior que o custo, a intervenção, sob o ponto de vista econômico, é uma boa opção.

A análise de custo-efetividade mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não-monetária dita unidade natural, como por exemplo, anos de sobrevida. É a melhor opção e a mais utilizada quando se compara duas ou mais intervenções.

A análise de custo-utilidade é outra forma especial de análise de custo-efetividade, na qual o custo por unidade de utilidade (diretamente relacionado ao bem-estar do indivíduo) é calculado. Portanto, esta análise estima preferências pessoais e insere um componente qualitativo para a tomada de decisão. As unidades mais usadas são Quality-Adjusted Life Years (QALY) e Disability-Adjusted Life Years (DALY). Os métodos para obtenção dos valores de utilidade de um determinado estado de saúde são valores usados em estudos prévios, a opinião de experts e questionários<sup>100</sup>.

Desenvolvido na Universidade de York, Canadá, com a finalidade de orientar políticas de alocação de recursos para o National Health Service, o QALY é uma medida de desfecho com dados qualitativos (referentes à qualidade de vida) e quantitativos (tempo de vida), vinculado a uma teoria utilitarista da saúde<sup>101</sup>. É calculado pela estimativa dos anos de vida ganho resultante de um determinado tratamento e, a qualidade de vida percebida pelo paciente, em cada ano, medida por questionários validados.

Parte da premissa ética que um ano de expectativa de vida saudável é de igual valor para todos e que morrer é igualmente ruim para qualquer um. São hierarquizados em quatro níveis de incapacitação ou desconforto. Estima-se uma matriz para uma amostragem populacional a fim de estabelecer uma escala de valoração para a qualidade de vida associada a diferentes estados de saúde. Cria-se um perfil para o período antes e



depois da atenção médica e é calculado o custo-efetividade da intervenção. Sua aferição é dada pela multiplicação tempo/utility, onde utility é uma medida de preferência do paciente em relação à sua qualidade de vida (escore de 0 a 1) e seu custo é calculado e comparado entre diferentes pacientes e programas de saúde.

O QALY se baseia na hipótese de que o benefício de saúde para cada indivíduo é a soma dos ganhos em saúde, ou qualidade de vida, nos anos de vida em que o indivíduo se beneficia dos efeitos de determinado serviço de saúde. Permite incorporar todo o tipo de condições e intervenções, através da atribuição de um valor de utilidade aos diferentes estados de saúde.

O DALY, medida desenvolvida pela Universidade de Harvard, Estados Unidos, com o patrocínio do Banco Mundial é utilizada pela Organização Mundial de Saúde com o objetivo de medir a carga global de determinada doença e reflete a limitação funcional e a mortalidade prematura, ou seja, “carga da doença” para diferentes grupos sociais. É um indicador que procura medir ao mesmo tempo o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos por morte prematura (YLL, Years of Life Lost) ou por incapacidade (YLD, Years Lived with Disability) em relação a uma esperança de vida ideal. Para a definição do padrão foi utilizada a população do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres)<sup>96</sup>.

Os indicadores anos vividos com incapacidade e anos de vida perdidos são integrados no DALY, e resulta em uma única medida: carga de doença, específica para cada doença. A utilização de um mesmo padrão para todos os países é importante para garantir a comparabilidade dos resultados. O DALY está ancorado em uma escala de saúde que varia entre zero e um, onde zero significa o estado de plena saúde e um é a morte, o pior estado de saúde possível.

Este indicador traz como ponto relevante o debate das conseqüências não fatais de uma determinada doença, pouco medidas e utilizadas como indicadores de necessidades de saúde, assim como a possibilidade de abordagem das complicações relacionadas a doenças não-transmissíveis e o impacto destes nos crescentes custos para o sistema de saúde<sup>102</sup>.

Estas abordagens recebem críticas sob vários aspectos, dentre eles, os de base política e ética, principalmente quando aplicado a sociedades com menor grau de desenvolvimento político e social, onde as diferenças entre os conceitos de utilidade,

conforto e qualidade de vida são pouco evidentes e, não consideram as desigualdades socioeconômicas e suas conseqüências. Esta objeção refere-se à inexistência de valores universais aceitos para medir a qualidade de vida.

Para uma assistência baseada em modelos de racionalidade econômica, o objetivo de alcançar a máxima eficiência e eficácia com o menor custo possível é a opção ideal para a utilização de recursos escassos na saúde, independente de qualquer restrição moral, legal ou política. Conforme observação de Rego e Palácios <sup>95</sup>, quando são utilizados estes indicadores como fundamentos racionais de alocação de recursos, mas não são consideradas as necessidades do paciente, mas apenas os recursos envolvidos, na busca por decisões que se tornam “implicitamente utilitaristas” <sup>95</sup> (2006: 1757). Desta forma falham em proteger aqueles que se encontram em pior situação clínica, porque, seguindo estes indicadores, seriam considerados como um mau investimento de recursos.

### **3. 4. 2 Índices prognósticos para auxiliar decisões médicas:**

Os índices prognósticos têm sido desenvolvidos desde 1981 e são ferramentas de avaliação para acompanhamento da evolução clínica de um paciente e qualidade de uma determinada unidade de terapia intensiva (UTI). Consideram características clínicas e laboratoriais dos pacientes que possam afetar seu prognóstico, independente dos cuidados recebidos. Os diversos modelos que foram desenvolvidos quantificam e reduzem as variáveis relacionadas com o prognóstico do paciente a um único valor, quantificados por escores numéricos. Estes índices não devem ser empregados para a avaliação de prognóstico individual, o que já está definido na literatura <sup>103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110</sup> porque estes preditores são satisfatórios, mas não suficientes para justificar seu uso como único critério em decisões clínicas. Seu uso deve ser complementar e seus dados devem ser interpretados em associação com o raciocínio clínico do médico, que ao avaliar o paciente, pode considerar dados não mensurados, como por exemplo, estado nutricional ou imunológico.

São inúmeros os estudos comparativos que demonstram benefícios e limitações destas técnicas. Os próprios autores dos métodos disponíveis descreveram suas limitações <sup>106, 111, 112, 113, 114</sup>. Além disso, pode ocorrer erro no registro de dados ou até mesmo omissão de dados, o que induz a um erro metodológico e uma subestimação do

índice de mortalidade, uma vez que quando não se dispõe de um determinado dado, este passa a ser considerado com normal <sup>108</sup>.

Estes índices ajudam nas discussões clínicas sobre prognóstico, melhoria da alocação de recursos, estratificação de pacientes em estudos clínicos, na classificação da qualidade de uma unidade de tratamento intensivo e auxiliam na comparação da eficácia de novas drogas. Fazem parte da rotina da coleta de dados em terapia intensiva. Quase todos os ensaios clínicos e randomizados em Medicina Intensiva coletam escores prognósticos para assegurar que o grupo controle e o grupo tratado apresentem gravidade semelhante.

No Brasil, através da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) <sup>116</sup>, foi criado um sistema de banco de dados denominado de Qualidade em Terapia Intensiva (QUATI). A coleta de dados de diversas UTI brasileiras utiliza o escore APACHE II como índice de gravidade dos pacientes <sup>115</sup> e foi adotado pelo Ministério da Saúde como um critério de classificação dessas unidades <sup>116</sup>.

A escala denominada APACHE (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*) foi desenvolvida por Knaus <sup>117</sup> em 1981, revisada e simplificada em 1985, quando passou a ser conhecida como APACHE II. O objetivo do método é responder à possibilidade de recuperação e consiste num sistema de avaliação da severidade (quantitativa) e do prognóstico (qualitativa) dos pacientes críticos e auxilia na decisão da equipe médica quanto aos benefícios e cuidados a estes pacientes.

É um sistema de avaliação fisiológica e caracteriza-se por ser de fácil e rápida execução para medidas rotineiras, porque as variáveis envolvidas são sinais vitais ou exames laboratoriais de rotina e que não necessita de métodos invasivos para conhecer os dados. Para obter o índice APACHE II são considerados os somatórios de três escores, sendo A (Escore atribuído aos piores desvios da normalidade de parâmetros fisiológicos), B (Escore atribuído à idade do paciente) e C (Escore atribuído a comorbidade). Esses valores são obtidos através de tabelas que relacionam determinada variável com o respectivo escore. Por meio de uma equação de regressão logística é calculado o risco de óbito <sup>117</sup>. O valor dos pontos atribuídos as variáveis foi feita de forma arbitrária.

O escore APACHE II demonstrou ser efetivo para prever desfecho de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, que, ao apresentarem escore maior que oito, tem grande índice de morbidez e mortalidade. Também é útil na padronização de amostra de diferentes estudos com intuito de comparação de dados <sup>118</sup>. Seus autores descreveram

algumas limitações de seu uso, principalmente no que diz respeito ao prognóstico do paciente com determinadas doenças, como vítimas de queimaduras, insuficiência coronariana ou aqueles submetidos à cirurgia cardíaca.

Knaus e colaboradores descreveram em 1991 o APACHE III <sup>111</sup> adaptado para avaliação prognóstica durante os primeiros sete dias de internação em UTI. A pontuação das variáveis foi baseada em dados estatísticos. São quatro os seus componentes, a saber: idade, razão da admissão na UTI (ou categoria da doença principal), situação fisiológica aguda e a localização do ambiente de primeiro atendimento. Não é utilizado no Brasil como indicador de rotina.

Em 1993 LeGall <sup>112</sup> desenvolveu o sistema SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*), concebido para medir a gravidade da doença para os pacientes admitidos em UTI com 15 anos ou mais. É um escore usado para descrever a morbidade de um paciente quando se comparam os resultados com outros pacientes ou outro grupo de pacientes. A pontuação é calculada a partir de 12 medições de rotina fisiológica durante as primeiras 24 horas, informações anteriores sobre o estado da saúde e alguns dados obtidos na admissão. O método de cálculo resulta em uma taxa de mortalidade prevista, baseado em dados estatísticos.

Vários grupos de estudo trabalharam para desenvolver escores com foco na morbidade e na limitação terapêutica. Em 1995 Vincent <sup>118</sup> desenvolveu o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) em consenso com a *European Society of Intensive care and Emergency Medicine*. Foi criada inicialmente para avaliação de morbidade em pacientes sépticos, principal causa de “falência” orgânica múltipla, mas observou-se que poderia ser aplicável em quadros diversos. Para o desenvolvimento destes escores, quatro conceitos são essenciais: a falência orgânica se dá num processo em vários graus de desenvolvimento, é dinâmica, pode afetar órgãos individualmente, mas faz parte de um processo global. É o único escore que foi desenhado exclusivamente para registrar evolução sequencial de diferentes órgãos <sup>108</sup>. Formado a partir da soma de alterações em seis diferentes sistemas (respiratório, coagulação, hepático, cardiovascular, sistema nervoso central e renal) pode ser utilizado para definir o grau de disfunção dos vários órgãos, em diferentes momentos de uma internação porque é aferido diariamente, o que garante uma visão dinâmica da mesma doença <sup>113</sup>.

Diversos escores similares foram propostos e maior diferença entre eles é dada na definição da função cardiovascular <sup>119</sup>. O índice MODS (*Multiple Organ Dysfunction Score*) foi criado também em 1995 por Marshal <sup>113</sup> e colaboradores que após revisão na

literatura de estudos clínicos de falência de múltiplos órgãos, também selecionaram seis sistemas orgânicos (respiratório, renal, hepático, cardiovascular, hematológico e neurológico), e desenvolveram sistemas de pontuação para graduar cada disfunção, o que permite a medida da gravidade da função orgânica na admissão e no acompanhamento de forma objetiva, da deterioração das disfunções no decorrer da internação, já que os dados colhidos são o de pior valor fisiológico apresentado durante a internação em comparação com diferentes dias.

Em muitos sistemas de escores prognósticos cada órgão tem sua disfunção graduada por pontos e o escore final é produzido por esta soma de pontos. Não reflete de forma direta a severidade de lesão em cada órgão, de cada paciente. Le Gall <sup>119</sup> desenvolveu no ano de 1996 o *Logistic Organ Dysfunction* (LOD), que tem por objetivo determinar a carga de cada sistema orgânico no prognóstico do paciente. É um escore global que pode ser calculado através da disfunção de vários órgãos ao mesmo tempo, de cálculo muito fácil, que não exige tecnologia. Pode ser utilizado até 72 horas após internação em UTI e é independente da severidade do início da doença.

Recentemente três grandes trabalhos <sup>114, 121, 122</sup> demonstraram os benefícios e limitações no uso destes modelos de prognósticos em UTI. Segundo Moreno e Afonso <sup>122</sup> o aumento da idade populacional e, como conseqüência, dos pacientes admitidos para internações em UTI, o paralelo aumento de pacientes com doenças crônicas, daqueles doentes que são imunodeprimidos e os que desenvolvem graves infecções até a sepsis, são alguns dos motivos que levam aos poucos esses escores ao desgaste como “instrumentos de desempenho” no aperfeiçoamento de prognósticos. Algumas estratégias foram tentadas para modificação destas variáveis e suas equações, mas se mostraram falhas.

O desenvolvimento de uma nova geração de modelos preditivos, mais complexos, relacionados com características próprias de diferentes populações, que levam em consideração estilos de vida, raça, cultura, alimentação, distribuição desigual de doenças por regiões do planeta e diferentes condições de acesso aos inúmeros sistemas de saúde, se tornam mais próximos de um modelo ideal e dinâmico. Dentre eles estão o modelo SAPS III, desenvolvido por Moreno et al em 2005 <sup>105</sup>, com enfoque direcionado a diferenças entre pacientes (por exemplo, diferenças genéticas, de raça, ou estilo de vida) e sistema de saúde da região onde vivem (o acesso a assistência e medicações, como exemplo), e o APACHE IV, publicado por Zimmerman et al em 2006 <sup>104</sup>, que usa os piores valores apurados em 24 horas de internação na UTI para

estimar a probabilidade de óbito. Este sistema possui variáveis em número maior, mas semelhantes ao sistema APACHE III, pouco utilizado devido sua complexidade matemática, mas que emprega um modelo estatístico diferente na busca por melhores resultados.

Conforme Moreno e Afonso <sup>123</sup> não importa o modelo escolhido, este deve ser periodicamente reavaliado, revisado e atualizado, utilizado somente como complemento das observações de evoluções clínicas, como método preditivo, sujeito a erros. É uma ferramenta a ser utilizada pelo médico quando está diante de uma decisão difícil de limitação de tratamento ou na alocação de recursos limitados, como o exemplo da disponibilidade de leitos em UTI.

### **3.4.3 Medicina baseada em evidências:**

A denominada “medicina baseada em evidências” (MBE) foi idealizada pelo epidemiologista britânico Cochrane em 1972 <sup>124</sup> e é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica e utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica. Refere-se à efetividade, eficiência, eficácia e segurança.

Objetiva uma prática mais útil, menos cara e mais científica, e pretende racionalizar escolhas e decisões médicas. A criação de inúmeros protocolos, rotinas diagnósticas e terapêuticas diminui a autonomia e liberdade de decisão dos médicos, mas diminui a margem de erros de decisões baseadas na experiência acumulada de cada profissional.

É interpretada como meio de preparar, em diversas dimensões, profissionais de saúde para desafios postos à organização da assistência à saúde na medida em que se apresenta a fim de melhorar a uniformidade assistencial por meio de diretrizes clínicas desenvolvidas pelos seus praticantes; fornecer instrumentos para ajudar gestores a um uso criterioso de recursos limitados com alocação mais adequada; envolver pacientes e familiares no processo de tomada de decisão; desenvolver, em estudantes e profissionais, a prática de buscar na literatura respostas às suas próprias dúvidas e questões clínicas e, com isso, melhorar o processo de tomada de decisão <sup>125</sup>.

O princípio de que a prática na área da saúde fundada em certezas provadas é de melhor qualidade, que pretende ser imune ao erro, demonstrou ser uma ferramenta para melhorar o desempenho das profissões na área da saúde. Da mesma forma carrega uma

dimensão econômica porque ao incrementar efetividade e eficiência, deseja-se reduzir custos e ‘agregar valor ao dinheiro’<sup>126</sup>.

É uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica; Estatística; Metodologia Científica; e Informática para trabalhar a pesquisa, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisões, não apenas do médico, mas no sentido mais amplo, onde é necessário incorporar todos os princípios, recursos e pessoas que estão envolvidas. Busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações.

Para a melhor prática clínica considera-se fundamental o compromisso da busca das melhores evidências científicas existentes, rigorosa avaliação crítica, adaptação ao contexto de cada caso específico, a experiência do profissional da saúde e a tomada de decisão conjunta, logo após o paciente ter sido informado sobre riscos e benefícios prováveis daquela decisão. Deste modo a prática torna-se mais coerente e ética.

O processo se inicia pela formulação de uma questão clínica de interesse porque uma boa pergunta formulada é o início de uma pesquisa e diminui possibilidades de incidirem erros sistemáticos, chamados de “vieses” durante a elaboração, planejamento, análise estatística e conclusão de um projeto de pesquisa. Sua estrutura tem quatro itens fundamentais que são conhecer a situação clínica, isto é, a doença; a intervenção, ou no que se tem interesse em investigar; definição de grupo-controle e desfecho clínico<sup>127</sup>.

É necessário definir a partir da pergunta inicial qual é o desenho de estudo que melhor responde à determinada situação clínica. Podem ser revisões sistemáticas da literatura, com ou sem metanálises – consideradas nível I de evidências; grandes ensaios clínicos, mega trials (mais de 1.000 pacientes) - nível II; ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes - nível III; estudos de coorte – que não possuem o processo de randomização – nível IV; estudos caso-controle - nível V; séries de casos - nível VI; relatos de caso - nível VII; opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas “in vitro” permanecem no mesmo nível de evidência - nível VIII, fundamentais para formular hipóteses que serão examinadas através de pesquisa científica<sup>127</sup>. A categoria dos níveis de evidências conforme descrito é válido para estudos que envolvam tratamento e prevenção. Se a questão formulada for relacionada a fatores de risco, prevalência de uma doença ou sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico, a ordem dos níveis de evidências será modificada em virtude da questão clínica. Portanto a hierarquia dos níveis de evidências é dinâmica e varia conforme a pergunta elaborada.

As revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica porque utiliza metodologia reprodutível e integra informações críticas para auxiliar decisões e explicar diferenças e contradições encontradas em estudos individuais. É necessário um segundo revisor ou pesquisador assistente para: selecionar e avaliar a qualidade dos estudos selecionados e extrair dados; que possua capacidade para elaborar estratégias de busca em bases de dados, para seleção de estudos baseados em critérios de inclusão e exclusão; avaliação crítica dos estudos para inclusão na revisão sistemática; interpretação dos resultados; e atualização da revisão sistemática.

As metanálises – somatório estatístico - aumentam o poder de identificar possíveis diferenças entre os grupos estudados e a exatidão da estimativa dos dados e, são fáceis de serem interpretadas, com exigência mínima de treino <sup>127</sup>.

Os ensaios clínicos randomizados são considerados nível II de evidências porque possuem grupo-controle; são prospectivos (paralelos ou *cross-over*) e possuem processos de randomização, que é o sorteio de participantes para inserção em um dos grupos do estudo, o que possibilita a todos os indivíduos a mesma chance de entrarem tanto no grupo tratado como no grupo-controle e mascararam desfechos a serem avaliados pelo investigador, chamado estudo cego. Os grupos são seguidos de forma que os participantes não sejam perdidos até que os desfechos de interesse ocorram.

O processo de randomização pode ser considerado antiético em algumas situações, como no caso de exposição de um determinado grupo a fatores de risco previamente determinados. Nestes casos o melhor desenho de estudo para responder a essa questão seria o estudo de coorte clássico – considerado nesta situação como nível II - no qual os participantes expostos e não expostos a fatores de risco são seguidos prospectivamente durante um período de tempo até que eventos de interesse apareçam.

Quando o objetivo do pesquisador é avaliar a atividade biológica de determinada intervenção, os grupos são constituídos com pacientes que o pesquisador sabe antecipadamente que seguem a orientação médica e não faltam em consultas. Usualmente a droga é fornecida ao paciente e a análise dos dados é feita comparando-se os pacientes que seguiram a orientação prescrita com aqueles que não a seguiram. Nesse tipo de trabalho são excluídas inicialmente variáveis que interferem no tratamento. O mais importante é a influência dos efeitos colaterais porque aqueles pacientes nos quais a droga foi suspensa devido a estes efeitos, são alocados no grupo controle ou retirados do estudo.



Por outro lado, o trabalho pode ser delineado baseado na “intenção de tratar”. Nesse delineamento analisam-se os resultados com base no número de pacientes que existia no grupo antes de iniciar determinada intervenção, quer o paciente siga ou não a conduta prescrita. Assim, aqueles casos no qual a conduta não foi seguida, ou suspensa pelo médico, continuarão a fazer parte do grupo tratado. Nesse tipo de trabalho além da eficácia biológica, pode-se avaliar também qual a dificuldade dessa conduta ser seguida na prática.

O estudo caso-controle é observacional, retrospectivo e parte do desfecho para a exposição. É útil para questões que abordam doenças ou situações raras. Este desenho é mais barato e mais rápido de ser realizado. Relacionado a tratamento e prevenção é considerado nível V, por ser retrospectivo e favorável à ocorrência de viés de memória, além de não incluir o processo de randomização e, assim, estar sujeito à ocorrência de viés de seleção <sup>127</sup>.

A informática médica é o meio mais rápido e de acesso ao que há de mais recente em termos de publicações. Para a identificação da melhor evidência é necessário o acesso às principais bases de dados da área da saúde, como a Cochrane Library, MEDLINE, SciELO e LILACS, na busca de estudos bem delineados. Da mesma forma é indispensável realização de análise crítica da evidência em relação à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e à aplicabilidade (utilidade na prática clínica) <sup>127</sup>.

O processo de decisão clínica coordenado pelo médico tem obrigatoriamente três componentes: identificar melhores evidências ou resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade; circunstâncias do atendimento e desejos do doente.

O campo da saúde visa à formação de um profissional capaz de enfrentar desafios impostos pela complexidade do processo saúde-doença, e, portanto a MBE como paradigma único da assistência ou da formação de profissionais da saúde não existe, porque significa a tentativa de reduzir a prática e o ensino a aspectos meramente técnicos. Segundo Koifman e Rego <sup>129</sup> a formação e o trabalho no campo da saúde vão muito além do caráter técnico, em dimensões que alcançam valores de ordem moral, ideológica e econômica.

### **3.5 Decisões e assistência à saúde em situações de escassez: conflito moral de priorizar pessoas**

Ao esperar-se da Medicina não apenas tratamentos e prevenção, mas também perfeição, felicidade e imortalidade, pode-se chegar ao oposto: diminuir o valor da saúde e dos esforços que se possa fazer para melhorá-la.<sup>8</sup> (1996: 47)

Quanto mais duras forem as escolhas, tanto menor será a probabilidade de que uma solução, e apenas uma, tenha sua aprovação filosófica garantida. Talvez devêssemos escolher desse modo aqui e daquele outro ali, desse modo agora e daquele outro em algum momento futuro. Talvez todas as nossas escolhas devessem ser provisórias e experimentais, sempre sujeitas a revisão ou até reversão.<sup>146</sup> (1999: 8)

Desde a segunda metade do século XX o conceito de complexo médico-industrial, com a entrada de capital e do empresariado da área de saúde, foi utilizado para explicar as relações entre os prestadores de serviço de saúde e a indústria de bens necessários ao auxílio de cuidados em saúde, particularmente, o processo de produção e de consumo de medicamentos. No Brasil foi identificado por Cordeiro<sup>90</sup>:

Em nosso entender a manipulação do consumo pela burocracia médica não é a causa, mas o indicador do funcionamento das instituições médicas articuladas aos setores de insumos para o setor saúde, nas sociedades capitalistas avançadas. As burocracias, tais como os serviços de saúde, expressam as determinações dadas no nível do processo produtivo (de medicamentos e equipamentos) para garantir a realização do valor destas mercadorias e, no nível da produção de serviços de saúde, para garantir a implantação de normas e representações referidas às necessidades cada vez maiores de consumo médico<sup>90</sup> (1980: 68).

Segundo Gadelha<sup>92</sup>, complexo médico-industrial significa “conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista”<sup>91</sup> (2003: 523). Tanto os setores privados quanto os públicos passam por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde na direção de um padrão empresarial, mesmo nos casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade primordial, substituído por metas alternativas de desempenho (referidas, por exemplo, à produção, qualidade, custos e compromissos de atendimento de populações ou clientela específicas) e representa uma visão diferenciada frente ao modo de abordar o setor saúde.

Constitui hoje uma das atividades econômicas em que os grupos de interesse e as políticas públicas incidem de modo mais acentuado. Nesse sentido, se destaca o papel que o Estado cumpre na dinâmica deste setor, pelo elevado poder de compra de bens e serviços, pelo poder de indução e as atividades regulatórias que desempenha, numa forte interação com a sociedade civil organizada <sup>91</sup>.

Reconhecer a natureza capitalista da área da saúde, a lógica empresarial e financeira e, sobretudo, a dinâmica das inovações é essencial para a concepção de políticas que pretendem diminuir o distanciamento, próprio do sistema capitalista, entre a busca do lucro e de mercados e o atendimento às necessidades sociais e individuais.

Como consequência do desenvolvimento deste complexo os custos no setor aumentaram, justificado pela demanda crescente da oferta que não consegue acompanhar o crescimento e também através da pressão exercida pela mídia especializada para uso da tecnologia, a fim de obter retorno do investimento realizado e viabilizar seu uso junto ao mercado <sup>92</sup>. Por outro lado, diagnósticos e tratamentos de saúde se tornaram cada vez mais precisos e eficientes, o que influencia de forma direta a melhora do prognóstico do paciente, mas perpetua o atendimento e conseqüentemente seu custo. Segue como exemplo o caso de um paciente que sobrevive hoje a um episódio de infarto agudo do miocárdio. Este indivíduo, ao passar o momento da emergência inicial, deverá então receber acompanhamento clínico na medida em que poderá desenvolver complicações ou mesmo uma nova doença cardíaca. É o típico caso em que o atendimento efetivo perpetua a necessidade de cuidados clínicos, com exames periódicos e possíveis medicações, intervenções e internações futuras. A mesma questão envolve os pacientes oncológicos, que a partir do diagnóstico e tratamento inicial, passam a ser acompanhados periodicamente, com avaliações clínicas e exames para o controle da doença.

Portanto, o progressivo aumento dos gastos com saúde em um contexto de limitação de recursos financeiros tem obrigado a reflexão por parte de toda a sociedade sobre a racionalidade ética e econômica das políticas públicas de saúde, da gestão dos sistemas de saúde e sobre a responsabilidade do Estado sobre a saúde. A alocação de recursos, portanto é uma das questões mais complexas em Bioética, que gera possibilidades de conflitos éticos no momento de estabelecer prioridades relacionadas a estas questões.

Segundo Engelhardt <sup>13</sup> o direito a assistência a saúde constitui uma reivindicação de bens e serviços que depende de diferentes interpretações de beneficência e justiça. O

autor afirma que para constituir um sistema de assistência que seja eficiente sob o aspecto econômico é necessário estabelecer um preço para salvar a vida humana, sem que haja uma obsessão de adiar a morte a todo custo. Para o autor, como os recursos para a saúde são limitados, e sobre este fato não resta dúvidas, não é possível proporcionar a melhor assistência a todos e conter seus custos simultaneamente.

Por outro lado, conforme Berlinguer <sup>8</sup> a afirmação de Engelhardt <sup>13</sup> seria atenuada se algumas medidas fossem adotadas, como o uso racional de tecnologias, com a utilização de parte dos recursos para o bem estar do cidadão, no desenvolvimento amplo de uma cultura de solidariedade.

A questão que se apresenta para a reflexão ética é de que forma enfrentar a necessidade de limitar as despesas com a saúde diante a expansão dos seus custos. Diante da imposição dos limites financeiros, o único caminho é proceder a escolhas. Segundo Engelhardt <sup>13</sup> a prioridade da assistência deve ser decidida por cada sociedade em particular, uma vez que englobam diversas ações como tratamentos médicos em geral para patologias específicas, medicações, internações assim como medicina estética, genética e investimentos em pesquisa. Conforme o autor não existe uma escala pré-definida de necessidades a serem supridas por que estas devem ser estabelecidas por meio de acordos particulares.

No âmbito da saúde as escolhas se justificam eticamente acompanhadas do conceito de equidade como justiça e iniquidade como incorreto, injusto, conforme discutido no Capítulo I. Em muitas discussões a respeito de equidade ocorrem confusões conceituais. Uma parcela de pessoas se refere a iniquidades no nível e qualidade de saúde de diferentes grupos da população, e outros falam sobre iniquidades de provisão e distribuição de serviços de saúde, sem fazer distinção sobre elas. Julgamentos que envolvem injustiças são diferentes de sociedades diferentes e em diferentes momentos <sup>21</sup>.

Conforme dito no Capítulo I, para Whitehead <sup>21</sup> equidade em saúde implica que idealmente todos tenham uma gama de oportunidades para desenvolver todo seu potencial de saúde e, que de forma mais pragmática, não haja desvantagem para alcançar este potencial. O alvo da política por equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças, mas trabalhar para reduzir ou eliminar o que resulta de fatores que são considerados injustos e evitáveis. É um processo de impacto direto em todas as sociedades, especialmente importante nos países menos desenvolvidos. É o princípio que fundamenta a distribuição no nível de macro-alocação, que visa atingir um grupo de

indivíduos, e gera diretrizes para a distribuição de recursos no nível de micro-alocação, que indica as decisões entre indivíduos sobre quem vai receber recursos e de que valor.

Para os utilitaristas a justiça sanitária não é uma norma ética independente, mas a obrigação moral de evitar as conseqüências indesejáveis e de promover as desejáveis<sup>93</sup>. Segundo esta teoria, é considerada injusta toda prática que não consegue alcançar o máximo benefício ao menor custo. As políticas que produzem o maior benefício para a maioria das pessoas podem significar elevados custos para pequenos grupos que sejam menos privilegiados. É o ponto mais polêmico em torno da teoria utilitarista e a preocupação de Rawls, discutido no Capítulo I, na defesa de grupos que veriam suas reivindicações adiadas pelo interesse de uma maioria<sup>94</sup>.

Beauchamp e Childress<sup>15</sup> acreditam que o método para alcançar a justiça não corresponde à aplicação de princípios morais, mas a análise dos benefícios em função dos custos. Para estes autores, as situações de conflito envolvendo recursos para a saúde podem ser equilibradas, mas até chegar à evidência dos resultados práticos, não se pode dizer se a política sanitária praticada é justa ou injusta.

No Brasil a dificuldade aumenta na medida em que os mecanismos de controle por parte da sociedade são insuficientes na questão dos recursos disponíveis para o campo da saúde. Os princípios bioéticos propostos por Beauchamp e Childress<sup>15</sup> poderiam servir de orientação para medidas coletivas e transformadoras das políticas de saúde. Nos últimos anos as reformas no setor foram conduzidas para responder a questões essenciais de como aplicar melhor os recursos e organizar um sistema de saúde eficaz, com capacidade suficiente para atender às necessidades de saúde da população. O Estado e a sociedade, em cooperação mútua, devem agir de modo a cuidar e gastar mais com aquele que tem a maior necessidade, na busca por alcançar a equidade<sup>17,21</sup>.

Quando se trata da assistência à saúde em situação de recursos limitados fica evidente a dificuldade de atingir o equilíbrio entre critérios que envolvam justiça e eficiência. Para Berlinguer<sup>8</sup> é necessário definir e justificar prioridades com base em motivações éticas e práticas explícitas na medida em que estas escolhas referem-se à sobrevivência de uma pessoa em detrimento de outra. De acordo com o autor, sob o ponto de vista ético é imprescindível observar com cuidado o risco de escolhas somente baseadas em custos, da utilidade ou de alguma espécie de merecimento pessoal.

A discussão aponta para a questão de ordem econômica na medida em que no campo da Saúde Pública,

... o legítimo esforço para maior racionalização e fundamentação das decisões com indicadores com razoável grau de validade e precisão permeia os debates no campo do planejamento há muitas décadas... Foram construídos alguns indicadores que teriam utilidade promovendo uma alocação mais racional dos recursos... mas eles estão longe de serem aceitos sem reservas pela comunidade científica <sup>95</sup> (2006: 1758).

Segundo Williams <sup>96</sup> e Ferraz <sup>50</sup> se ainda não há um sistema que possa ser considerado perfeito para a seleção de prioridades na assistência a saúde, por outro lado não há tempo para esperar por uma solução ideal na medida em que os dilemas surgem e as decisões precisam ser tomadas. Deste modo o impacto social das escolhas dos profissionais de saúde, em especial do médico, aumenta na medida em que há necessidade de mais recursos às ações que envolvem cuidados e proteção, com garantia de saúde para todos.

Conforme Stepke <sup>48</sup> os dilemas éticos tendem a crescer na medida em que a ampliação do conceito de saúde e a globalização econômica impõem restrições de acesso a produtos de tecnologia e tornam improvável que estes, cada vez mais caros e sofisticados, possam ser oferecidos a todos. Esta questão surge no contexto da saúde como ‘direito’ a ser protegido, sempre, pelo Estado sem a observação de que “o direito à saúde, embora importante, seria tão somente um dos direitos fundamentais a ser protegido numa sociedade justa” <sup>97</sup> (1996:3). Hoje não há espaço para se dizer que todos devem ser atendidos, porque não serão, e a vida, considerada como um bem maior, não consegue mais resolver a questão. A necessidade que se impõe é a de estabelecer critérios, priorizar pessoas e racionalizar decisões, enfim perguntar quais os valores éticos serão usados para justificar os processos de tomada de decisão. Entre o agir em favor do paciente e conter os custos, o profissional de saúde passa por experiências conflitantes, e o desenvolvimento de uma estratégia racional se mostra necessária para evitar escolhas arbitrárias. Para Schramm <sup>99</sup> estas decisões devem partir de um consenso entre imperativos econômicos e de valores morais a fim de alcançar uma assistência à saúde mais justa.

#### **Capítulo IV – Material e método:**

O objetivo deste estudo foi identificar, analisar e discutir os critérios éticos utilizados por médicos com relação à micro-alocação de recursos, em um hospital

público da cidade do Rio de Janeiro. O pressuposto aqui apresentado é de que profissionais de saúde, médicos, responsáveis pela decisão sobre quem terá prioridade num atendimento ou para receber uma determinada tecnologia que não está disponível para todos, dada a contingência de recursos limitados, não é preparado para lidar com estes enfrentamentos durante a vida acadêmica. Assim, tomar este tipo de decisão, de enorme responsabilidade, gera uma ansiedade muito grande no profissional, que busca amparo em critérios técnicos ou econômicos para fundamentar sua decisão, sem justificativas através de análise ética ou discussões morais.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Protocolo de pesquisa CEP/ENSP n° 90/09, com o número CAAE: 0102.0.031.000-09. Selecionou-se a perspectiva metodológica centrada na abordagem qualitativa, como proposta para melhor responder ao objeto de estudo para, conforme Minayo<sup>130</sup>, mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação em questão e confirmar as ligações entre as intervenções e situações da vida real.

Como método de coleta dados, foram utilizados instrumentos como revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas, para confirmação e refutação de hipóteses a partir de falas e observações para a descoberta de códigos sociais, com o propósito de levar para a prática a construção de uma teoria<sup>131</sup>.

A revisão bibliográfica foi realizada através da literatura disponível em bibliotecas tradicionais com a utilização de livros e teses e, através de bibliotecas virtuais na busca por artigos publicados em periódicos indexados em bancos de dados através do MEDLINE, SciELO, PubMed e LILACS.

Foram usados descritores isolados ou combinados para identificar os trabalhos relacionados com o tema: bioética, ética, serviços médicos de emergência, dotação de recursos para cuidados de saúde, tomada de decisão e equidade. Assim, a revisão teórica pretendeu ser abrangente, com a procura por trabalhos clássicos e autores recentes sobre a tomada de decisões dos médicos e seu preparo na vida acadêmica para enfrentar questões que envolvam ética, economia na saúde e justiça como equidade e, no campo da Bioética, suas principais correntes e estudos sobre alocação de recursos. Foi apresentada uma breve análise econômica em saúde e exposição dos principais critérios técnicos e índices prognósticos utilizados pelos médicos para o auxílio de suas decisões. Estudos e análises que envolvem captação, distribuição e financiamento de recursos na área da saúde não foram abordados neste trabalho.

Através da análise ética realizada nesta investigação, foi possível a compreensão das argumentações dos entrevistados, comparação e identificação destas argumentações e suas diferenças. Baseada no marco teórico pretendeu-se avaliar o resultado destes argumentos através da análise racional, com as ferramentas da Bioética e, no momento seguinte, refletir sobre a competência das argumentações apresentadas em responderem aos desafios éticos que se apresentam em relação a micro alocação de recursos limitados e finitos para a assistência a saúde.

Este trabalho foi desenvolvido a partir da análise das informações obtidas em entrevistas realizadas utilizando-se um roteiro semi-estruturado, que teve uma característica qualitativa e descritiva por adequar-se a investigação de problemas éticos no campo da saúde. Segundo Minayo <sup>130</sup> o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências que são interpretadas pelos sujeitos que a vivenciam. Para a autora o significado é o conceito central da investigação e a qualidade dos fatos e das relações sociais é a sua prioridade, que permite deste modo pensar as relações como múltiplas e sua interação com outros fenômenos e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Para Minayo <sup>131</sup> a seleção de sujeitos a serem entrevistados deve possibilitar a compreensão da totalidade do problema a ser investigado em várias dimensões. A definição do número de sujeitos deste trabalho foi por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando o conhecimento adquirido pelo pesquisador conseguiu abranger os vários pontos de vista e compreender a lógica do grupo em estudo <sup>130</sup>.

Vários profissionais da área de saúde desempenham funções com poder de decisão, mas neste estudo foram incluídos 12 médicos de diferentes especialidades, responsáveis diretos por unidades que envolvem atendimentos de emergência e que desempenham cargo de chefia em plantões, a fim de buscar respostas para construir o ponto de vista dos mesmos a respeito das questões éticas que o estudo se propôs a conhecer. Foram excluídos médicos sem delegação de responsabilidade oficialmente conferida pela instituição, ou seja, que não ocupassem cargos de chefia ou equivalentes. A escolha do médico baseou-se no fato de que este é o profissional nuclear dos sistemas de saúde, com autoridade dentro da equipe e possui conhecimentos e habilidades específicas, pronto a assumir a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas, com conhecimento suficiente para avaliar o trabalho dos demais e, portanto, controlam tanto



o conteúdo de sua própria função, quanto o de outras ocupações que participam na divisão de trabalho no campo sanitário.

Após exposição por parte do entrevistador, com informações a respeito da instituição a qual o pesquisador está vinculado e também dos esclarecimentos sobre os interesses da pesquisa, o trabalho de campo teve início após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ e, autorização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), para a gravação das entrevistas e publicação das informações com garantia de anonimato. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, em horários previamente acertados com o entrevistado, duraram em média trinta minutos e ocorreram sem interrupções. A transcrição destas entrevistas foi realizada na íntegra, respeitadas as falas e, logo após, iniciado o processo de análise das mesmas. As informações colhidas foram utilizadas somente para este estudo, sendo assegurada ao entrevistado a garantia de anonimato e sigilo, e as entrevistas gravadas, transcritas e apagadas imediatamente.

A partir do resultado das entrevistas a técnica da análise dos dados recolhidos foi realizada através da análise de conteúdo, conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a diversos discursos, segundo a técnica desenvolvida por Bardin<sup>132</sup>, método empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Segundo a autora, a análise de conteúdo visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que podem ser quantitativos ou não, que permitem a inferência, ou seja, que através de determinados dados chegue-se a alguma conclusão, de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção destas mensagens, na busca de outras realidades.

Na fase inicial da análise de conteúdo, pré-análise, as entrevistas foram transcritas e no primeiro momento ocorreu o que Bardin<sup>132</sup> chamou de ‘leitura flutuante’, quando surgem as questões norteadoras em função das teorias estudadas e foram identificados os indicadores, idéias que se apresentaram com maior frequência. No momento seguinte ocorreu então o recorte do texto para categorização da análise temática e de sua sistematização.

Para cumprir o objetivo do trabalho a pesquisa foi realizada em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, que presta serviços altamente especializados além de oferecer suporte técnico a diversos programas mantidos por centros de referência. É um hospital de grande porte, onde são realizadas internações clínicas, cirurgias e

atendimento ambulatorial em mais de 60 especialidades da área médica. Mesmo assim apresenta grandes diferenças quanto a sua capacidade instalada em vários segmentos do hospital, incorporação de tecnologias e abrangência do atendimento. Enfrenta, como a maioria dos hospitais brasileiros, problemas relacionados ao financiamento e gestão.

A autora trabalha neste hospital desde 1984 onde ingressou concursada como médica residente do Serviço de Anestesia e hoje é médica anestesista responsável por um plantão semanal desde 1987. A opção por este local se deve ao fato de ser um de seus locais de trabalho, onde conhece a estrutura de atendimento, que facilitou o acesso aos profissionais que ali trabalham e que vivenciam a experiência do que pretendeu estudar. Além disso, este hospital avalia novos padrões de incorporação tecnológica, com definição de relações custo/benefício para os indivíduos e a sociedade, a fim de assessorar o Ministério da Saúde, o que tornou a opção por este hospital e seu corpo clínico ainda mais adequado para o propósito do estudo.

Foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturada, elaborado através de perguntas fechadas e abertas combinadas, no qual o entrevistado teve a possibilidade de conversar sobre o tema em questão sem se prender às perguntas formuladas <sup>130</sup>, que foram baseadas em estudos sobre as principais questões éticas para a tomada de decisão a respeito da alocação de recursos na saúde (ANEXO 1).

Antes do início da pesquisa realizou-se um teste do roteiro de entrevistas com três profissionais com as mesmas características dos sujeitos incluídos na pesquisa, com objetivo de testar o processo de coleta e tratamento dos dados, treinar e analisar os problemas apresentados pelo entrevistador e como instrumento para aprofundar o tema pesquisado <sup>133</sup>. Estas entrevistas não foram incluídas neste estudo.

## **Capítulo V – Resultado e discussão: apresentação das entrevistas**

Este capítulo apresenta uma análise dos achados pertinentes ao objetivo do estudo, ou seja, os conflitos morais que surgem na prática médica a partir da limitação de recursos destinados a assistência e da necessidade, que advêm desta situação, de priorizar o atendimento a um determinado paciente em detrimento de outro quando não há recursos para atender a todos. Para tanto é necessário que se utilizem critérios para a resolução do dilema. Através dos relatos procurei compreender os argumentos utilizados por médicos na priorização de pacientes, bem como a identificar os problemas que são apontados a partir da escassez e finitude de recursos disponíveis.

A decisão médica, em situações de limitação de recursos, é influenciada por uma grande variedade de critérios alocativos, que torna evidente a sua dificuldade, especialmente em situações de emergência, quando limitar o uso de benefícios de serviços de saúde se torna ainda mais difícil em razão do potencial risco de morte, com consequência direta para o paciente.

Poucos são os trabalhos publicados que apontam as estratégias utilizadas por médicos na prática clínica para lidar com situações de limitação de recursos em situações de emergência e este estudo se propõe a contribuir neste debate, refletindo para o amadurecimento sobre este processo decisório e de seus fundamentos.

Conforme descrito no Capítulo IV, com o objetivo de identificar e analisar os critérios éticos utilizados por médicos com relação à micro-alocação de recursos, em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro, foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas com médicos de diferentes especialidades, de um hospital de grande porte, onde são realizadas internações clínicas, cirurgias e atendimento ambulatorial em várias especialidades da área médica. Os profissionais que foram escolhidos são responsáveis diretos por unidades que envolvem atendimentos de emergência e desempenham cargo de chefia em plantões.

Pretendi, utilizando-me do referencial teórico apresentado inicialmente, avaliar os argumentos utilizados, através da análise racional e imparcial com as ferramentas da Bioética, com as quais foi possível esclarecer as argumentações e a seguir refletir sobre a competência das argumentações apresentadas em responderem aos desafios éticos que se apresentam em relação a micro alocação de recursos limitados e finitos para a assistência a saúde.

Do total das entrevistas, oito foram realizadas com profissionais do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A idade destes variou entre 36 e 64 anos, com predomínio da faixa etária entre 51 e 60 anos. O período da graduação dos médicos variou entre 16 e 35 anos, com prevalência da faixa entre 21 e 30 anos de formados. O tempo de desempenho no cargo de chefia em plantões variou entre 2 e 29 anos, com maior incidência na faixa entre 11 e 20 anos na função. Entre os entrevistados, cinco médicos cursaram MBA (Master of Business Administration) na área de Gestão Hospitalar, quatro concluíram mestrado em Clínica Médica e um deles é Doutor em Saúde Pública.

Na análise das entrevistas procurei elementos que possibilitassem criar uma tipologia, o que não foi observado. Talvez, com um número maior de entrevistados, essa caracterização fosse possível.

### **5.1. Dificuldades enfrentadas no atendimento ao paciente frente a recursos limitados:**

Foi notada uma preocupação inicial de alguns participantes por conta da abordagem ética, assunto que, em teoria, não é domínio da maioria dos profissionais envolvidos na assistência médica. Por este motivo foi percebida certa apreensão e desconforto por parte de alguns ao tentarem demonstrar, no começo da entrevista, comportamentos aceitos como corretos e racionais por uma grande parte da sociedade. Dos 12 entrevistados somente um (masculino, há 18 anos como plantonista em Terapia Intensiva) negou sofrer qualquer nível de dificuldade no atendimento aos pacientes referente a recursos e referiu jamais ter vivenciado em sua prática a necessidade de priorizar o atendimento a um determinado paciente em detrimento de outro quando não há recursos para atender a todos. Na seqüência da entrevista, aos poucos, os demais foram expondo suas verdadeiras opiniões e valores.

Segue um breve exemplo. Inquirida sobre as dificuldades enfrentadas em sua rotina por conta de recursos limitados em relação ao atendimento de pacientes a médica afirmou, em um primeiro momento:

Não sofro muitas restrições não. Este tipo de pressão, de limitação não atrapalha.

Mas com a continuidade da entrevista, em um momento posterior, afirmou:

... muitas vezes a nossa escolha depende de outros colegas... de outros especialistas, mas como não tem... não é o ideal, porque muitas vezes você falha...

E ao final da entrevista, declarou:

Agora, é lógico, quando não tenho leito , ai... isso me aflige, me desespera!  
(feminino, há 20 anos plantonista em unidade de terapia intensiva)

A referência direta aos custos da prática da Medicina não foi identificada, a princípio, pelos profissionais na questão da tomada de decisões, mas aos poucos passaram a apontar inúmeros problemas gerados pela falta de recursos, inclusive a necessidade de priorizar pessoas. Conforme observado em diversos estudos citados ao longo deste trabalho, confirmada através das entrevistas e transcritos a seguir, os desafios alocativos são percebidos e relacionados em grande parte a restrições de ordem externa ao profissional, ou seja, aquelas que escapam por completo do domínio do médico, como por exemplo, estrutura hospitalar, falta de leitos, número insuficiente de profissionais em equipes dos setores de emergência, restrição de acesso a drogas e insumos de maior eficácia e eficiência, e a equipamentos de tecnologia avançada e alto custo. De todo o modo, este tipo de restrição, que tem origem no nível de macroalocação para o setor da saúde, isto é, na definição de Políticas Públicas de Saúde, organização institucional e no modelo socioeconômico, influencia diretamente e está presente no resultado da decisão dos profissionais de saúde a nível microalocativo, ou seja, no atendimento individual, porque é elemento imprescindível na prática clínica. Neste nível alocativo, individual, para a tomada de decisão, devem ser considerados as necessidades individuais e o alcance do benefício no emprego dos poucos recursos disponíveis. Segundo Berlinguer<sup>8</sup> “poder tratar-se se tornou uma função direta, legítima e explícita do dinheiro” (1996: 71). Quando perguntados a respeito das dificuldades alocativas, os entrevistados responderam:

São muitos. Olha, faltam medicações, aparelhos, próteses, vagas e pessoal pra trabalhar. Fica cada vez mais difícil, sabe? A vaga não é meu problema. Sinto muito quando respondo que não tem vaga, mas aí não passei pela situação de atender o paciente. Tá faltando médico, enfermeira, vaga. Falta muito médico. (feminino, há 16 anos médica intensivista)

São várias, várias. A grande maioria foge a nossa alçada. São questões de hospitais, vagas, recursos, até mesmo de concursos. E nós... ali, oh... no olho do furacão. (feminino, há 18 anos chefe de equipe da emergência, MBA em gestão hospitalar)

Conforme identificado nas entrevistas, para lidar com a questão da escassez de recursos, os médicos procuram minimizar problemas da falta de insumos e leitos entre outros e recorrem de modo criativo, a estratégias de terapêutica e assistência mais simples, como por exemplo, associar drogas de menor custo na falta da medicação ideal,

mais eficiente e segura. É através da apresentação de justificativas razoáveis que, na vigência destes conflitos, a decisão é tomada. Do mesmo modo é prática comum a troca de pacientes de diferentes unidades com o objetivo de abrir vaga de leito hospitalar. Em alguns casos valores competem entre si, quando o melhor para um determinado paciente (como permanecer em uma Unidade de Terapia Intensiva) pode ficar comprometido em detrimento do direito de outro a assistência médica (obter também uma vaga em leito hospitalar). Mas é a necessidade terapêutica de maior urgência ou maior probabilidade de se beneficiar que justifica estas transferências, situações de conflito que os médicos vivenciam com uma frequência cada vez maior.

... dificuldade em relação à material, drogas, isso, ah... a gente faz com pouco. Não dá prá brigar quando falta leito. Aí tem que tirar daqui, colocar ali... Eu estou acostumado a trabalhar com pouco. E dá prá fazer tudo. (masculino, há 10 anos intensivista, MBA gestão hospitalar)

... Bem, no plantão anterior recebi uma mulher jovem, com quadro coronariano agudo. Não tinha a medicação necessária, o setor de hemodinâmica também não podia atender tão cedo. Conclusão – evoluiu muito mal – sobreviveu e vai conviver com uma lesão muito mais grave do que aquela que a fez entrar no CTI. É o que eu digo – quando se atende pela metade, são problemas e despesa em dobro. Mas isso... Ah... Isso ninguém quer saber. (masculino, há 12 anos chefe de equipe)

A análise das entrevistas apontou também para o fato de que maioria dos profissionais não se sente confortável diante da necessidade de priorizar pessoas, por considerarem que tem o dever de sempre agir em favor de seu paciente, ou por considerarem esta como uma questão relacionada à justiça, mesmo que de modo implícito, sem verbalizar. Assim, dos entrevistados, seis se referiram ao princípio de justiça, mesmo de forma indireta, sem citá-lo. O acesso à assistência médica como direito de obter bens e serviços específicos pode ser reivindicados por todos, garantia constitucional no Brasil, mas continua a ser um ideal muito distante, o que se confirma com os relatos transcritos, na medida em que a contenção de custos e a melhor assistência a todos são aspectos que se apresentam como incompatíveis entre si.

A gente deveria sempre ter as melhores condições prá todos os pacientes que serão atendidos... (masculino, 43 anos, há 10 como intensivista)

O médico não ter como tratar? Não devia existir essa possibilidade.  
(feminino, 47 anos, há 12 anos como intensivista)

Os pacientes deveriam ter sempre as mesmas chances. Mas a gente sabe que não, né? (feminino, 51 anos, mestrado em clínica médica, chefe do setor de emergência há 12 anos)

Estas escolhas, tipo dar prioridade a alguém, não deveria existir nunca  
(masculino, 39 anos, plantonista do serviço de anestesista, graduação em filosofia)

No Brasil a Constituição Federal, em seu artigo 196<sup>22</sup>, dispõe a saúde como “direito do cidadão e dever do Estado”, que prevê o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, obrigação legalmente estabelecida. Na prática clínica diária a realidade é bastante diferente, quando é preciso decidir de forma rápida e objetiva quem será atendido e quem deverá esperar, sob o risco de morrer, uma vez que em inúmeros casos, não é possível atender a todos e sem os meios disponíveis, não é possível cumprir o disposto na Constituição. Conforme Kottow<sup>134</sup> é responsabilidade de um Estado moralmente legítimo oferecer proteção sanitária aos cidadãos, e priorizar os mais necessitados. Aos médicos resta a responsabilidade de gerenciar o alcance do objetivo de maiores benefícios em relação aos menores custos, ou seja, consumir os recursos finitos, mas existentes, do modo mais adequado. A responsabilidade é do profissional em lidar com as conseqüências de suas escolhas, sempre.

Conforme Berlinguer<sup>8</sup>:

... do princípio moral da justiça passou-se, nos dias atuais, ao racionamento do necessário e “produziu-se uma separação cada vez maior entre a ética declarada e a prática cotidiana (1996: 61).

Seguem trechos das entrevistas que confirmam a colocação de Berlinguer<sup>8</sup>:

Estas escolhas, tipo dar prioridade a alguém, não deveria existir nunca! Sempre alguém sai perdendo, sempre... eu não posso fazer milagre. Não tenho como... não posso dividir o que não se divide... (masculino, 39 anos, plantonista da pediatria)

... do ponto de vista ético, pensando, os dois pacientes, A e B tem direito ao mesmo tratamento, a todos os dispositivos, a todas as chances possíveis. Nós não podemos fazer nenhum tipo de distinção entre um paciente ou outro. Mas estas situações, como na guerra, de limite, acontecem. (masculino, 43 anos, MBA em gestão hospitalar, chefe de unidade de terapia intensiva)

## **5.2. Priorização de recursos em situação de emergência:**

Com as respostas ao questionário a experiência dos médicos com questões relacionadas à escassez de recursos pareceu mais complexa do que demonstram estudos relacionados ao tema, porque o atendimento em situações limite, de emergência leva a um maior número de conflitos e desgaste emocional pela característica própria dos aspectos clínicos de extrema gravidade, que podem evoluir com risco de morte.

Na busca por melhores decisões em situações desta natureza é necessário para os profissionais de saúde além da aplicação do conhecimento clínico, da prática de normas legais vigentes, agirem sempre em busca do melhor interesse e direito do paciente como forma de justificativa ética, procurar transparência e consistência nos argumentos utilizados para a legitimidade do processo, inevitável. Nestes casos, de emergência – situações limítrofes - o paciente ou sua família tem sua autoridade sobre a decisão diminuída por fatores como necessidade de agir rapidamente e o desconhecimento prévio de seus valores, e é o profissional, muitas vezes solitário, que acaba por arcar com a determinação de escolhas.

No caso transcrito abaixo o argumento para a priorização do paciente é bastante explícito e consistente. Ao iniciar o tratamento em determinado paciente procura-se usar os recursos disponíveis e oferecer o melhor para atingir a máxima eficácia terapêutica e deste modo procurar agir de modo beneficente e justo ao considerar a necessidade individual em questão. De outra forma, pode-se dizer que a decisão em limitar o uso de um recurso terapêutico numa situação de emergência a qualquer pessoa é particularmente difícil, requer ponderação a respeito de todos os interesses envolvidos, mas é absolutamente necessária. No exemplo a seguir o critério utilizado pelo profissional para de definição da escolha foi a ordem de chegada ao hospital, sem considerar outras situações, outros valores ou alternativas, a fim de minimizar danos ao primeiro paciente atendido, no caso de falta ou escassez da quantidade de sangue necessária para o tratamento.



Nem vou dar exemplo de respirador. Vou te falar que semana passada só nas minhas 24 horas de plantão um paciente consumiu todo o estoque de plaquetas do hospital e outro que chegou pouco depois do início da reposição, morreu sangrando porque a ambulância demorou a trazer mais plaquetas e sangue. A estratégia foi atender de forma plena e melhor aquele que já tinha começado o tratamento (masculino, anestesista e intensivista há 14 anos)

Em casos semelhantes a este se expõe a diferença e dificuldades de acesso aos sistemas de saúde, que na prática, apesar de leis vigentes, não se dá de forma equitativa.

Nos casos de emergência a autonomia do ato médico, a responsabilidade do profissional na indicação terapêutica, a sua decisão sobre a alocação dos recursos disponíveis naquele momento e a obrigatoriedade moral de agir em benefício do paciente em questão são condicionadas a outros fatores, como por exemplo, gestão de outros serviços, refletidos aqui como serviço de transporte de ambulâncias ineficaz e de outras diretrizes de regulação de bancos e estoque de sangue na cidade ou ausência destes bancos em hospital de urgência, o que certamente dificulta ainda mais o atendimento de modo eficiente e justo.

Outras questões éticas, expostas de modo mais explícito, são identificadas na transcrição da entrevista a seguir.

Da última vez ocorreu o seguinte: tive dois pedidos de vaga quase ao mesmo tempo. Dei preferência ao mais jovem, que mesmo sem ser o mais grave, com certeza tinha mais chances de sobreviver se ocupasse 'meu único leito'. No caso do paciente mais grave, um senhor quase da minha idade, só pude orientar o colega responsável pelo leito na enfermaria, mas neguei a vaga, o respirador, monitorização. Não podia abrir mão. O outro tinha um prognóstico bom e evoluiu bem. Saiu em 72 horas. (masculino, entrevistado mais velho do grupo, há 29 anos intensivista e há 9 anos coordenador de equipe de emergência)

Neste caso a priorização do profissional ocorreu baseada na exclusão do paciente de pior prognóstico, ao utilizar o fundamento da triagem e maximizar benefícios com a possibilidade de alcançar eficácia e eficiência terapêutica. Ao mesmo tempo optou-se em atender ao mais jovem, com melhor expectativa de vida. Algumas considerações

devem ser feitas ao excluir o paciente de pior prognóstico, já que esta opção pode prejudicar minorias como os mais velhos ou dependentes de tecnologia médica, grupos vulneráveis e com maior dificuldade de acesso ao sistema, o que impossibilita, em teoria, a assistência de forma mais equitativa. Pode ser considerada, por muitos, como estratégia injusta, mas é moralmente relevante quando usada com ponderação na avaliação da quantidade de benefício que uma determinada intervenção pode trazer.

O profissional de saúde, em situações de emergência, ao priorizar aqueles com melhor prognóstico, segundo evidências clínicas, argumento de relevância científica, justifica o ato da escolha através do alcance da melhor resposta de efetividade clínica terapêutica e de custo efetividade, em benefício para o paciente em questão. A consequência desta escolha é manter a qualidade e quantidade de vida para o paciente, e também o melhor custo social, ao se pensar em retorno produtivo do mais jovem para a sociedade.

Outro aspecto que deve ser destacado aqui é o reconhecimento da finitude humana, incontestável, da própria condição do ser humano e a chegada de sua morte, quando utilizado o argumento da exclusão do paciente de pior prognóstico, que deve fazer parte da análise ética de questões similares, na procura da alocação de recursos de modo mais justo.

Não foi considerado, pelo exposto, em nenhum momento, para quantificar benefícios, o mérito individual e valor social destes pacientes, argumentos válidos, dos quais se pode lançar para identificar a importância do paciente na sua esfera familiar ou seu valor social. Os hábitos ou estilo de vida, com menor ou maior exposição deliberada a fatores de riscos também devem ser considerados diante a necessidade de fazer escolhas individuais.

Para o médico a necessidade de escolher pessoas, apesar de dolorosa, se tornou rotineira, o que transformou uma questão ética, até então teórica, em vivência prática diária. Ao fazer estas escolhas baseadas na resposta clínica o profissional procura associar, mesmo que de modo implícito, o melhor para o paciente, senso de custo e efetividade terapêutica num contexto de acesso básico a assistência e um possível retorno para a sociedade. Seguem mais dois trechos de entrevistas dentro deste contexto.

É pra ser claro? Franco? Olha, de verdade eu priorizo os que podem sobreviver, ou seja, com melhor prognóstico e os jovens. Inclusive são meus critérios na emergência – não vou no pior. (masculino, 43 anos coordenador de duas equipes de emergência há 12 anos)

Não vou pegar e gastar todas as fichas se não houver chance de retorno. Isso nunca, sabe? (feminino, 50 anos, intensivista há 16 anos)

Os exemplos a seguir remetem a questões que devem fazer parte do debate ético e vão além da disponibilidade de recursos na área da saúde e da moralidade do seu emprego. São questões que se relacionam ao sentido de viver e morrer porque, apesar de todo desenvolvimento da tecnologia aplicada à saúde, os profissionais não podem postergar a vida de forma indefinida, mesmo com a utilização de todo o conhecimento técnico disponível e não devem ser responsabilizados pelo insucesso de tratamentos corretos, propostos e consagrados na prática clínica quando a morte se torna inevitável. Ao contrário, o papel do profissional de saúde é cuidar e socorrer o paciente, se possível tratar para retardar a morte e diminuir o sofrimento e, principalmente, conhecer os limites de seu papel profissional ao evitar qualquer intervenção sem fundamento. É considerada atitude antiética, e consta no novo Código de Ética Médica <sup>135</sup>, insistir em tratamentos sem propósito ou sem qualquer benefício para o paciente, com intuito único de impedir ou ‘vencer’ a morte, o que quase sempre aumenta sofrimento e angústia dos doentes que estão no fim de suas vidas.

É aquele caso. Não adianta colocar quem é terminal na única prótese ventilatória disponível do CTI. Não dá. (feminino, 45 anos, há 8 anos coordenadora de equipe)

Tenho que resolver... que decidir. Não é incluir. É excluir quem não tem chance. Quando a gente tem pouco... Tem que usar bem, não é mesmo? (masculino, 41 anos, pediatra intensivista há 8 anos)

Apesar do conteúdo dos trechos anteriores, é atitude freqüente entre alguns profissionais de saúde empregar todo conhecimento e tecnologia disponíveis com a finalidade de ‘salvar’ vidas e impedir a morte, como se esta possibilidade fosse possível.

É sempre a emergência. Quem vai morrer mais rápido. Este é o critério que eu uso. Não tem discussão. Acho que prá todos nós... (masculino, 43 anos, há 10 anos como coordenador de equipe de terapia intensiva)

Em meio a este desejo de evitar a morte, estão embutidas outras questões. A primeira se refere ao princípio da sacralidade da vida, seja por crença religiosa, ou na

interpretação da vida como um bem maior a ser preservado sob qualquer circunstância, ou ainda por convicção de ordem deontológica, na qual o médico tem o dever de aplicar todos os recursos ao seu alcance para assegurar a vida.

A segunda se refere à questão da submissão a qual está entregue parte dos profissionais de saúde, ou seja, a imposições da ‘máquina’ da indústria farmacêutica e de tecnologia em saúde, que investe grandes somas de recursos e espera alcançar retorno do investimento. O campo da saúde hoje tem caráter empresarial e privilegia a instrumentalização da assistência à saúde e o profissional entra como agente que divulga e incorpora, algumas vezes, de forma inapropriada “novas tecnologias salvadoras”, por pressões gerenciais ou mesmo financeiras, situação que compromete sua autonomia como profissional, ao insistir em tratamentos sem fundamento, que acarretam despesa e sofrimento (obstinação terapêutica). Segue um exemplo, dentre tantos outros que ocorrem na prática clínica, em que o questionamento ético a respeito de múltiplas intervenções sem fundamento não pode deixar de existir e limites devem ser estipulados, tanto no que se refere ao mau uso de recursos e gastos desnecessários quanto prolongamento injusto de uma vida sem perspectivas.

Paciente masculino, 53 anos, hipertenso e diabético, chega à emergência de um hospital, com dor lombar e grande dor torácica de início súbito, em pontada, constante, de forte intensidade com irradiação para pescoço e mandíbula e, minutos após sua chegada, evoluiu em choque hipovolêmico, com perda da consciência. Após ser atendido, seu diagnóstico confirmado é de um aneurisma de aorta dissecante tipo I (de DeBakey), ou seja, com envolvimento a aorta ascendente e descendente, comprometendo as artérias renais e ilíacas. O prognóstico de tratamento cirúrgico destes casos, já em fase avançada é ruim. A conduta poderia ter sido o tratamento clínico, paliativo, com sedação e analgesia por opióides para alívio da dor e conforto do paciente, internado em uma UTI para monitoração hemodinâmica, mas optou-se por intervir cirurgicamente neste paciente na tentativa de ‘salvá-lo’, que demorou 13 horas, consumiu o estoque de sangue do hospital, bem como outros insumos que foram necessários para a proposta inicial. Este paciente foi operado por mais três vezes, para amputações sucessivas de parte dos membros inferiores e para passagem de um cateter arterial de desobstrução. Permaneceu durante todo o período da internação inconsciente, em insuficiência renal, sob diálise e nos dois últimos dias de vida, foi acoplado a um dispositivo de assistência circulatória mecânica intraventricular. O óbito ocorreu seis dias após a internação. As cirurgias eletivas deste hospital foram suspensas durante os

quatro dias seguintes por falta de sangue no estoque e de insumos, que não foram repostos a tempo.

### **5.3. Como enfrentar conflitos relacionados à priorização de pessoas: estratégias utilizadas**

Nas questões que se referiram aos critérios de escolha ou priorização no atendimento de pessoas, de triagem de pacientes, quando os recursos disponíveis são menores que a capacidade de atender a todos, vários argumentos foram utilizados. A decisão médica, influenciada por condições clínicas do paciente, diante da limitação de recursos, se estabelece através de justificativas de necessidade médica, ou racionalidade terapêutica, observadas diversas vezes durante as entrevistas, estratégia utilizada em todo o mundo em casos de eventuais desastres ou guerras.

A probabilidade de sucesso ou eficácia de tratamentos médicos é um critério alocativo relevante, na medida em que o desperdício de recursos tem que ser evitado sempre, e aplicados naqueles que tenham uma chance razoável de benefício. Na prática esta triagem deve ser realizada por aqueles profissionais mais experientes, bem preparados tecnicamente, responsáveis pela unidade de atendimento de emergência, capazes de lidar com questões morais frequentes que surgem nestas unidades. Nas entrevistas as justificativas morais mais utilizadas, quando abordada às condições clínicas dos pacientes, foram a eficácia de tratamento ou resposta prognóstica como melhor forma de alocação de recursos, seguida das evidências clínicas (guidelines clínicos) e o atendimento a situações de emergência, também relatadas em outros estudos semelhantes<sup>136, 137, 138, 139, 140, 141, 142</sup>, como se protocolos ou diretrizes de condutas, consensos e evidências clínicas publicadas, oriundas de pesquisas, na maioria das vezes, caras e extensivas, produzissem certeza ou fossem inquestionáveis. As melhores evidências devem ser procuradas sempre em diferentes bases de dados e centros de referência.

Então vai quem estiver pior, mas que dentro de limites, dos nossos guidelines, tenham prognóstico melhor, né? (feminino, intensivista há 16 anos)

Aí, me baseio em guidelines, em rotinas de bons serviços. (masculino, 43 anos coordenador de duas equipes de emergência há 12 anos)

Outro critério citado refere-se à ordem de chegada de pacientes, transcrito no trecho a seguir, que se justifica quando os recursos a serem empregados são escassos e não existe diferença significativa de efetividade terapêutica entre os pacientes. É um critério que os profissionais de saúde utilizam com frequência em situações de emergência, transplante de órgãos ou no uso de tecnologia médica específica, diante da dificuldade na percepção dos aspectos morais relacionados, onde dificilmente as preferências do paciente são conhecidas e os profissionais dispõem de muito pouco tempo para decidir. Outra estratégia utilizada pelos médicos é observar a efetividade terapêutica como critério, razoável e válida, no caso de priorização, e, apesar de ser um dado teórico, que pode levar a diferentes graus de incerteza, é o mais utilizado em casos de emergência.

Vou apostar em quem pode vencer, sobreviver. É uma certeza prá mim.  
(masculino, 53 anos, MBA em administração hospitalar)

Primeiro os que vão chegando para serem atendidos. Depois, se sobrar alguma coisa,... fica pro mais grave, tipo o mais urgente. (masculino, pediatra intensivista)

Quando inquiridos a respeito de como enfrentam conflitos relacionados à seleção de pessoas, a maioria dos entrevistados respondeu que se sentem angustiados e tensos, mas que também se refugiam em decisões técnicas a fim de se sentirem mais amparados e protegidos de críticas da sociedade e de seus próprios colegas de profissão. Ao se referirem à procura por decisão técnica alguns entrevistados deixam claro que desconectam a ética do contexto da técnica, o que é um grande erro. A ética sempre começa na técnica, ou seja, a ética entra como reflexão sobre as práticas – “o fazer bem antecede qualquer tentativa de fazer o bem”.

Qualquer profissional, em qualquer esfera tem os problemas inerentes a sua prática. Portanto não vejo questões éticas, nem quando relacionadas à, digamos, escolher pessoas. É parte da nossa profissão. (masculino, médico do setor de emergência há 18 anos)

Os depoimentos transcritos a seguir também demonstram o modo como os profissionais se defendem da pergunta sobre o conflito em relação à priorização de pessoas e também na sua prática. É uma postura defensiva que os profissionais de saúde

assumem cada vez mais sob a ameaça de acusações e processos por má prática e erros, o que de certa forma também restringe a autonomia profissional.

Enfrento no sufoco. Não penso que estou excluindo alguém. Se não a gente não trabalha. A gente sofre. Decido de forma ética, técnica. Ninguém pode dizer que não agi bem. (masculino, anestesista e intensivista)

Sou técnico. Vale o que tem determinação e indicação aceita de modo amplo, sabe? Te isenta de culpas, responsabilidades...E é o seu escudo.. Tá escrito na recomendação tal... (masculino, 12 anos como intensivista responsável por duas equipes de plantão)

Nós não podemos fazer nenhum tipo de distinção entre um paciente ou outro. Mas estas situações, como na guerra, de limite, acontecem. E você tem que fazer alguma coisa por alguém, não poderá haver omissão, que seria uma opção pior. (masculino, chefe de serviço de terapia intensiva há 11 anos)

Atualmente a prática da Medicina, influenciada por posturas defensivas, tem adotado a idéia de basear-se em evidências clínicas, na procura de uma certeza, de ausência ou diminuição de erros, com o objetivo de, a princípio, melhorar a qualidade no atendimento. Todo este conjunto pode conduzir à melhora do exercício profissional, mas demonstra que a profissão médica também entrou numa rota de “automatização da sociedade” onde todos parecem seguir protocolos, recomendações, algoritmos. Deste modo, minimizam o envolvimento direto do profissional com a decisão tomada ao seguir uma conduta previamente estabelecida, o que diminuiu também, de forma implacável, a autonomia do médico no exercício da sua prática.

É preciso não esquecer que outros aspectos também estão envolvidos. Inúmeros são os estudos e pesquisas científicas que dão origem a várias recomendações na área da saúde, publicadas diariamente, mas que são patrocinadas por laboratórios e indústrias, com diferentes objetivos, que podem divulgar resultados que favoreçam interesses que não correspondem aos da sociedade e comprometam a busca por melhores evidências.

Hoje, grande parte das recomendações aceitas como melhores evidências, ao privilegiar a melhora da qualidade assistencial, cumpre um objetivo econômico, mesmo que implícito, ao procurar pelo aumento da efetividade e eficiência, e desta forma, diminuir os custos da assistência.

Conforme referido em alguns trechos das entrevistas os profissionais demonstram tensão emocional e desconforto em questões de conflito moral, e deste modo procuram tomar decisões em conjunto, ao compartilhar principalmente responsabilidades, sempre que possível, e buscar todas as considerações moralmente relevantes, já que nenhum princípio isolado é capaz de dar conta para a priorização dos recursos da melhor forma possível.

... gosto de reunir minha equipe e discutimos situações difíceis. Cada médico aqui tem sua autonomia, pode agir como quiser. Não imponho rotinas rígidas. Mas tem que me justificar porque agiu de tal forma. Isso sim. Então... fica mais fácil quando já temos algum exemplo pra seguir. (masculino, entrevistado mais velho do grupo, há 29 anos intensivista, há 9 anos coordenador de equipe de emergência)

Sempre decido com meus parceiros de plantão. Somos cúmplices. (masculino, 52 anos, coordenador de duas equipes de emergência há 12 anos)

A palavra ‘cúmplice’, utilizada por um dos entrevistados, tem o sentido de parceria, de sociedade - que, ou aquele que colabora ou toma parte com outrem nalgum fato <sup>143</sup> - que representa um sentido informal.

Com relação à estratégia de intervir em primeiro lugar no paciente mais grave, é uma decisão que embora técnica, sofre restrições de ordem ética, justamente por ser meramente técnica. A Associação Médica Mundial, conforme visto no Capítulo I recomenda a prioridade de atendimento àqueles que estão em estado mais grave, mas ainda podem ser salvos e necessitam de tratamento e intervenções rápidas e, aqueles cuja condição exceda os recursos terapêuticos disponíveis são colocados entre os últimos a receber atendimento. Portanto a prioridade é daqueles que podem ser beneficiados pelo tratamento.

Sempre o mais grave, não importa quem seja. (masculino, 50 anos, chefe de plantão da emergência)

É pro mais grave, prá emergência, porque tem que salvar, né? Uso no mais grave. Nem tem questão. Não penso, não (feminino, 47 anos, intensivista)



... eu uso um critério que considero o mais técnico – o critério do risco de morte, da urgência. Sempre. Depois eu penso se é novo, se é velho. (masculino, 52 anos, Doutor em saúde pública, intensivista)

Decido pela gravidade. É uma medida universalmente aceita... Ninguém pode se opor, né? A gravidade é um critério. Agora quando tenho dois graves, eu vejo o que tem mais chance. (feminino, 54 anos, MBA gestão hospitalar, há 8 anos como chefe de equipe)

Em relação à pergunta a respeito do preparo que os entrevistados tiveram para lidar com a necessidade de priorizar pessoas durante a formação acadêmica, a grande maioria respondeu não ter recebido nenhuma orientação ou sequer discutido questões de conflito ou dilemas éticos para uma preparação futura ou então, não reconheceram quando questões morais foram inseridas.

Não, não tive nenhum preparo com relação a escolhas. É você quem faz a sua “graduação” na emergência. É vivência própria. (masculino, há 18 anos como plantonista em terapia intensiva)

A faculdade não dá isso pra você, em hipótese alguma. (feminino, há 18 anos coordenadora de equipe)

A faculdade de medicina não ensina isso. Nem pós-graduação, nada disso ensina. Até porque isso não se ensina. Você pode ter uma orientação destes dilemas todos aí de uma pessoa com uma formação maior disso aí que pode te orientar... estas questões vêm de você, da tua formação moral ao longo da vida, dos anos. Quando você já tá na faculdade de medicina é muito difícil mudar como vai encarar sua vida. Já tem sua personalidade formada... Mas o cerne da discussão, de como você vai se posicionar, como vai encarar dilemas ou priorizações, isso vem da sua moral. (masculino, diretor clínico do hospital)

Fica clara a necessidade que os profissionais percebem da ausência de um preparo durante a graduação para lidar, na prática, com estas questões tão presentes em quase todos os segmentos da assistência à saúde. Aparece como uma lacuna durante a formação acadêmica, momento e oportunidade de desenvolver capacidade de reflexão sobre temas éticos, incluídos aqui questões relacionadas à Economia da Saúde, Justiça

Sanitária e responsabilidade profissional, conforme repetidamente é afirmado por Rego 36, 52, 54, 65

### **Considerações finais:**

A alocação de recursos na área da saúde é uma das questões mais complexas que tem sido objeto de análise Bioética, que envolve tanto aspectos relacionados com o desenvolvimento da ciência para a saúde, a assistência médica, a área econômica e política. O médico desempenha um papel importante neste contexto e sofre ao escolher e priorizar o atendimento de um determinado paciente em detrimento de outro e encontra dificuldades no exercício da sua autonomia profissional por restrições econômicas. Como consequência destas escolhas, passa por situações de grande carga de tensão emocional, inquietude e frustração, com a responsabilidade de responder pela justificativa da decisão perante outros profissionais, para o paciente e para a sociedade.

Em diversos estudos com profissionais de saúde foram relatados diferentes critérios para a alocação dos recursos limitados que, de alguma forma, geram discussões éticas. Em nenhum deles nega-se o problema da racionalização de recursos, que ao contrário, surge como realidade da prática clínica diária, e coloca o profissional, muitas vezes despreparado para tomar decisões que envolvam questões éticas, em posição de direcionar o consumo e gastos da saúde.

A revisão teórica evidenciou que mesmo com recursos limitados, no nível da macro-alocação, desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas públicas e medidas práticas fundamentadas na necessidade de racionalização dos recursos, na equidade e na responsabilidade social, principalmente em países menos favorecidos como o Brasil, onde são grandes os problemas de Saúde Pública e as desigualdades sociais. Deste modo devem-se seguir objetivos de critérios moralmente aceitáveis que foram propostos neste estudo e por inúmeros autores a exemplo da prevenção do desperdício, decisivo para o futuro, assim como o reconhecimento das diferenças nas necessidades dos pacientes e o tipo de tratamento ou atendimento imprescindível.

Os autores posicionam-se de diferentes modos em relação à questão em discussão sob o ponto de vista Bioético, mas todos apontam como fundamental a transparência dos argumentos para justificar a decisão.

Em relação à micro-alocação de recursos na área da saúde, finitos e escassos, decidir a nível individual quem deve ou não ter prioridade no atendimento e quem deve ou não receber um tratamento são decisões que não se baseiam somente na competência

técnica dos profissionais da saúde: significa, ao final, que alguém será excluído. Deste modo escolhas e decisões devem ser responsáveis e justificáveis. No caso da situação de emergência, evidenciado neste estudo, recai sobre a decisão única do profissional que se encontra frente ao caso, que deve estar preparado, sempre, para enfrentar situações drásticas de priorizar o atendimento a um determinado paciente quando não há recursos para atender a todos.

Portanto, dentro do sistema de assistência a saúde a questão da ética já não se encontra mais teorizada e abstrata como em outros momentos – faz parte, hoje, da prática clínica diária. Através das entrevistas e do material da revisão teórica poucas vezes foi encontrada a influência dos critérios éticos, de forma explícita, sobre decisões médicas relativas à priorização ao atendimento de pacientes.

A proposta do estudo ao analisar e discutir os conflitos morais relacionadas com a priorização do atendimento, ao procurar resposta ‘a quem dar tratamento’ foi refletir a respeito de como lidar um pouco melhor com estas difíceis e trágicas escolhas e propor um debate ético, aberto a participação de toda a sociedade sobre os verdadeiros custos na área da saúde e suas formas alocativas. Para tanto proponho continuar a discussão e a pesquisa das implicações morais na prática clínica, na procura em estabelecer estratégias e critérios para utilizarmos os recursos finitos, e despertar naqueles que trabalham em equipes de emergência uma postura reflexiva frente à complexidade que o sistema de saúde apresenta. E, ao encontrar a racionalidade terapêutica como inevitável na alocação de recursos, pesquisar junto aos profissionais de saúde a moralidade da utilização de tecnologias de alto custo – que por vezes nos confundem – com a finalidade de postergar a morte, que nos leva a mitificar a finitude humana, certa e inevitável.

**REFERÊNCIAS:**

1. Porter R. Das tripas coração (Uma breve história da medicina). Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Record, 2004.
2. Foucault M. Microfísica do poder. 26<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
3. Rosen, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Ed. Unesp; 1994.
4. Foucault M. O nascimento da clínica. 6<sup>a</sup> ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
5. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
6. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. Tradução Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.
7. World Health Organization (WHO). Acesso em: 21 agosto 2008. Disponível em: <http://www.who.int>.
8. Berlinguer G. Ética da Saúde. Tradução Shirley Morales Gonçalves. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.
9. Segre M, Ferraz F C. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997; 31 (5): 538-42
10. Scliar M. História do conceito de saúde. Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1): 29-41
11. RIPSAs. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
12. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Acesso em: 24 Outubro 2009. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
13. Engelhardt H. T. Fundamentos da Bioética. 2<sup>nd</sup> ed. Tradução José A. Ceschin. São Paulo: Editora Loyola; 1998.
14. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. Bioética 1997; 5(1): 27-33
15. Beauchamp TL, Childress J F. Princípios de ética biomédica. 4<sup>th</sup> ed. Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
16. Patrão Neves M C. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Bioética 1999; 7(2):155-6
17. Rawls J. Uma teoria da justiça. 3<sup>a</sup> ed. Tradução Álvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
18. Aristóteles. A Política. Tradução Nestor Silveira Chaves. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

19. Sem A. Desigualdade reexaminada. 2<sup>a</sup> ed. Tradução Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2008.
20. Cortina A, Navarro E M. Ética. Tradução Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
21. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen; 1990
22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Distrito Federal; 1988.
- 23 Arreguy E E M, Schramm F R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. Rev Bras de Cancerologia. 2005; 51(2): 117-123
24. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. Ciência e saúde coletiva. 2001; 6(2): 319-328
25. Escorel S, Nascimento, D R, Edler F C. As origens da reforma sanitária e do SUS. Em Lima, N T (org). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
26. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
27. Paim J S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad Saúde Pública. 1986; 2 (2): 167-183
28. Viana A, Fausto M C, Lima L D. Política de saúde e equidade. São Paulo em perspectiva. 2003; 17(1): 58-68
29. Ribeiro J M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14 (3): 771-782
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
31. Globo. Desligamento voluntário de hospitais da rede privada do SUS. 4 Outubro 2009.
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília (Brasil): CNS; 2002. Acesso em: 20 de novembro 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livro.htm>
33. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n.1451/95. Estabelece definição de urgência e emergência e a estrutura de estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados para prestar atendimento a situações de urgência e emergência. (D.O.U 17.03.95).
34. Palácios M. Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1993.

35. Almeida P J S, Pires D E P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2007; 9(3): 617-629. Acessada: em 23 setembro 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>
36. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
37. American College of Emergency Physicians (ACEP). Code of ethics for emergency physicians. June 2008. Acesso em: 08 fev. 2010. Disponível em: <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29144>.
38. O`Dwyer G, Oliveira S P, De Seta M H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1637- 48
39. World Medical Association (WMA). Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. October, 2006. Acesso em: 15 outubro 2009. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7/index.html>.
40. Reale M. *Lições Preliminares de Direito*. 23<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
41. Singer P. *Ética Prática*. 3<sup>a</sup> ed. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
42. Patrão Neves M C. Thomas Percival: tradição e inovação. *Bioética*. 2003; 11(1): 11-22
43. Pereira Neto A F. Ética e institucionalização da profissão médica (1927 – 57). *Hist Cienc Saúde – Manguinhos*. 1998; 5(2): 435-41
44. Cremesp. *Boletim Cremesp*, 13 de Setembro, 2009.
45. Rego S, Costa-Macedo L. Subsídios para a educação moral nos cursos de graduação em saúde. In: Schramm F R, Rego S, Braz M, Palácios M (org). *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2005.
46. Pereira Neto A F. *A história da profissão médica: algumas considerações metodológicas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995.
47. Mendes E V. *A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa, e na tecnologia médica*. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.
48. Stepke F L. *Bioética e Medicina*. São Paulo: Edições Loyola; 2006.
49. Meijboon E, Lekkerkerker R J, Walhout P A. Comparison of surgical repair with balloon angioplasty for coarctation and recoarctation: a twenty-three year review. *Eur Heart J*. 2006; 22: 2249-52
50. Ferraz M B. *Dilemas e escolhas do sistema de saúde. Economia da saúde ou saúde na economia?* Rio de Janeiro: Medbook Editora; 2008.
51. Temporão J G. A saúde do Brasil. *Revista da APM*. 2009; 600: 32-4

52. Rego S. A competência técnica e ética na formação de profissionais da saúde. *Saúde e Direitos Humanos*. 2005; 2(2): 71-77
53. World Medical Association (WMA) Medical Ethics Manual. 2005. Acesso em: 10 fevereiro 2010. Disponível em: <http://www.wma.net/e/ethicsunit/resources.htm>.
54. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.
55. Nacif M S. Desafios para a formação do profissional médico no Século XXI. *Jornal do CREMERJ*. 2005; Fev: 16
56. Siqueira J E. O ensino da Bioética no curso médico. *Bioética*. 2003; 11(2): 33-42
57. Rego S, Koifman L. Educação médica e justiça: um desafio para o século 21. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31 (3): 201-2
58. Terra R. Kant e o direito. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2004.
59. Bellino F. Fundamentos da bioética. 2ª ed. São Paulo (SP): Edusc; 1997.
60. Schramm F R. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a bioética global de V. R.Potter. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1997; IV(1): 95-115
61. Garrafa V. Introdução à Bioética. *Revista do Hospital Universitário UFMA*. 2005; 6(2): 9-13
62. Pegoraro O A. Ética e Bioética. Da subsistência à existência. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
63. Sgreccia E. Manual de bioética. Vol. I. 2ª ed. Tradução Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 2004.
64. Kottow M. *Introducción a La Bioética*. Santiago: Ed. Mediterráneo Ltda; 2005.
65. Rego S. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2530-1
66. Kottow M. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (org). *Bases conceituais de bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006.
67. Schramm F R, Palácios M, Rego S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 361-370
68. Mercado R C. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. *Acta Bioeth*. 2001; 7(1); 129-41
69. Costa C. Razões para o Utilitarismo: uma avaliação comparativa de pontos de vista éticos. *Ethic@* 2002; 1 (2):155-74

70. Sgreccia E. Manual de Bioética. Vol II. 2ª ed. Tradução Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 2002.
71. Tugendhat E. Lições sobre ética. Tradução Enildo Stein. Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
72. Vasquez A S. Ética. 27ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
73. Carvalho M C M. O Utilitarismo de John Stuart Mill: outro olhar. In: 1º Simpósio Internacional sobre Justiça; 1997; Florianópolis, Brasil.
74. Fernandes J V. Defesas e contradições no argumento de John Stuart Mill sobre a liberdade e pluralismo. In: 1º Colóquio Direito e Estado: "Direito, Estado e Terror"; 2005; Campinas; Brasil.
75. Mill J S. Da Liberdade. Tradução de E. Jacy Monteiro. São Paulo: IBRASA; 1963.
76. Williams B. Moral, uma introdução à ética. Tradução Remo Mannarino Filho. São Paulo: Martins Fontes; 2005
77. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1755-60
78. Schramm F R. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura. 2005; 1:121-130
79. Schramm F R. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A (org). Bases conceituais de bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
80. Schramm F R. A bioética da proteção em saúde pública. In: Bioética e saúde pública. Fortes P A C, Zoboli E L C P (org). Bioética e saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2004.
81. Kilner J F. Allocation of health – case resources. In: Gerrard S (org). 3<sup>rd</sup> ed. Encyclopedia of Bioethics. MacMillan Reference Library, 2003.
82. Medici A C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: Piola S F, Vianna S M. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: 2002.
83. Zucchi P, Del Nero C, Malik A M. Gastos em Saúde: os Fatores que Agem na Demanda e na Oferta dos Serviços de Saúde. Saúde Soc 2000; 9(2): 127-150
84. G1. Brasil. Notícias. Notícia do Portal Globo.com de 5 de Janeiro de 2007. Pais de menina deficiente defendem na internet fim de seu crescimento. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2009.
85. G1. Brasil. Notícias. Notícia do Portal Globo.com de 30 de Setembro de 2008. Cirurgia de 51 horas esgota banco de sangue de Londrina. Disponível em: <http://g1.Globo.com/Noticias/Brasil>. Acesso em: 12 de outubro de 2009.



86. Callahan D. Tendencias actuales de La ética biomédica em los Estados Unidos de América. Em *Bioética: temas y perspectivas*. Washington: OPS, 1990.
87. Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009; 373: 423–31
88. Brasil. Ministério do Planejamento. Economia da saúde. Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
89. Schramm F R. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. *Rev Bras Cancerologia*. 2000; 46(1): 41-47
90. Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
91. Gadelha C G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 531-53
92. Vecina Neto G, Malik A M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39
93. Drane J F. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud . In: *Bioetica: temas y perspectivas*. Washington: OPS; 1990.
94. Schütz, G E. Quando o “igual tratamento” acaba em injustiça. Um paradoxo bioético das políticas sanitárias universalistas de Alocação de recursos [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro (RJ): Ensp/Fiocruz; 2003
95. Rego S, Palácios, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1755-60
96. Williams A. QALYs and ethics: a health economist’s perspective. *Soc Sci Med*. 1996; 43: 1795-804
97. Schramm F R. Da bioética “privada” à bioética “pública”. In: Fleury S (org). *Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.
98. Schramm F R. A Difícil Dialética entre Economia e Ética. *Rev Bras Educ Med*. 2000; 24 (1): 77-81
99. Araújo D V, Vespa G. Conceitos de economia da saúde para o pediatra. *Pediatria Moderna*. 2008; 44 (1): 19-23
100. Meltzer M I. Introduction to health economics for physicians. *Lancet*. 2001; 22: 993-8
101. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000; 3(1): 4- 20
102. Schramm, J M A, Oliveira A F, Leite I C, Valente J G, Gadelha A M J, Portella M C, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908

103. Sinuff T, Adhikari N K J, Cook D J, Schunemann, Griffith L E, Rocker G. Mortality predictions in the intensive care unit: Comparing physicians with scoring systems. *Crit Care Med.* 2006; 34 (3):878-85
104. Zimmerman J E, Kramer A A, McNair D S, Malila F M. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: Hospital mortality assessment for today's critically ill patients. *Crit Care Med.* 2006; 34(5):1297-1310
105. Metnitz P G, Moreno R P, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos R A et al. SAPS 3. From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med.* 2005; 31:1336-44.
106. Moreno R P, Metnitz P G, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos R A et al. SAPS 3-from evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2. Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med.* 2005; 31(10): 1345-55
107. Rocker G, Cook D, Sjokvist P. Clinician predictions of intensive care unit mortality. *Crit Care Med.* 2004; 32:1149-54
108. Ridley S A. Uncertainty and scoring systems. *Anaesthesia.* 2002; 57: 761-67
109. Terzi R G G, Gomes M I, Araújo S, Dragosavac D, Falcão A L E, Machado H C. Índices prognósticos em Medicina Intensiva. *Rev Bras Terap Intens.* 2002;14:6-21
110. Barrera R, Nygard S. Accuracy of Predictions of Survival at Admission to the Intensive Care Unit. *J Crit Care.* 2001; 16 (1): 32-5
111. Knaus W A, Wagner D P, Draper E A, Zimmerman J E, Bergner M, Bastos P G et al. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest.* 1991; 100(6):1619-36
112. Le Gall J R, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA.* 1993; 270:2957-63
113. Vincent J L, Moreno R, Takala J, Willatts S, Mendonça A, Bruining H, Reinhart C K, Suter P M, Thijs L G. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996; 22:707-10
114. Le Gall JR, Neumann A, Hemery F. Mortality prediction using SAPS II: an update for French intensive care units. *Crit Care.* 2005; 9: 645-52
115. Rocco J R, Soares M, Cariello P F, Dantas J, Gadelha D, Fontes F B, et al. Desempenho de oito modelos prognósticos para pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2005; 17 (3): 165-9
116. Brasil, Ministério da Saúde: Portaria n. 2.918 de 09 de junho de 1998: Estabelece Critérios de classificação entre as unidades de tratamento intensivo. *Diário Oficial da União* 1998; 11(15 de junho 1998): 39

117. Knaus W A. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985; 13:818-29
118. Castro J M A M, Castro M A M C, Castro A P, Silva A L. O sistema APACHE II e o prognóstico de pacientes submetidos às operações de grande e pequeno porte. *Rev Col Bras Cir.* 2006; 33 (5): 272-8
119. Vincent, J L. Organ Dysfunction as an Outcome Measure: The SOFA Score. *Sepsis.* 1997; 1:53-4
120. Le Gall J R, Klar J, Lemeshow S. How to assess organ dysfunction in the Intensive Care Unit? The Logistic Organ Dysfunction (LOD) System. *Sepsis.* 1997; 1: 45-7
121. Aegerter P, Boumendil A, RetbI A. SAPS II revisited. *Intensive Care Med.* 2005; 31:416-23
122. Harrison D A, Brady A R, Parry G J. Recalibration of risk prediction models in a large multicenter cohort of admissions to adult, general critical care units in the United Kingdom. *Crit Care Med.* 2006; 34:1378-88
123. Moreno R P, Afonso, S. Ethical, legal and organizational issues in the ICU: prediction of outcome. *Curr Opin Crit Care.* 2006; 12:619-23
124. Arya J, Wolford H, Harken A H. Evidence-Based Science: A Worthwhile Mode of Surgical Inquiry. *Arch Surg.* 2002; 137:1301-03
125. D’Almeida F A. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Comunic, Saúde, Educ.* 2002; 6(11): 124
126. Bernardo W M, Nobre M R C. A prática clínica baseada em evidências. Parte II - buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50 (1): 104-8
127. El Dib R P. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras.* 2007; 6: 1-4
128. El Dib R P, Atallah A N. Evidence-based speech, language and hearing therapy and the Cochrane Library’s systematic reviews. *São Paulo Med J.* 2006; 124:51
129. Koifman I, Rego S. Formação Profissional e a Reforma Sanitária. *Rev Bras Educ Med.* 2004; 28(3): 187-9
130. Minayo M C S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO; 2008.
131. Minayo M C S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
132. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979
133. Richardson R J. Pesquisa Social. Métodos e técnicas. 3<sup>o</sup> ed. São Paulo: Ed. Atlas S.A.;1999.

134. Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm F R, Rego S, Braz M, Palácios M (org). Bioética, riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora Fiocruz, 2005.
135. CFM. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931 (D.O.U 24.09.09)
136. Stronks K, Strijbis A M, Wendte J F, Gunning-Schepers L J. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *BMJ*. 1997; 315:92-96
137. Hurst S A, Hull S C, DuVal G, Danis M. Physicians' Responses to Resource Constraints. *Arch Intern Med*. 2005; 165:639-44
138. Truog R D, Brock D W, Cook D J, Danis M, Luce J M, Rubenfeld G D et al. Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006; 34(4): 958-63
139. Hasman A, Mcintosh E, Hope T. What reasons do those with practical experience use in deciding on priorities for healthcare resources? A quality study. *J Med Ethics*. 2008; 34: 658-63
140. Strech D, Synofzik M, Marckmann G. How Physicians Allocate Scarce Resources at the Bedside: A Systematic Review of Qualitative Studies. *J Med Philos*. 2008; 33: 80-99
141. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebo A, Grothe K H, Kirkevold M, Brinchman B S, Andersen B. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics*. 2008; 34: 230-5
142. Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009; 373: 423-31
143. Houaiss A. Dicionário Houaiss Da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva Editora; 2009.
144. Walzer M. Da tolerância. Tradução Almiro Pisetta, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

## **ANEXO 1- Roteiro de entrevista**

### Parte I: Identificação

1. Local da entrevista
2. Data da entrevista
3. Ano da graduação
4. Idade:
5. Sexo:
6. Cargo/função neste hospital
7. Tempo de experiência na função
8. Formação acadêmica que considera de maior relevância para o exercício do cargo/função atual

### Parte II: Critérios para decisões de micro alocação de recursos escassos e finitos

1. Quais são as dificuldades enfrentadas em sua rotina profissional diária por conta de recursos limitados em relação ao atendimento de pacientes?
2. Relate uma situação que você tenha vivenciado em que houvesse necessidade de priorizar pessoas que receberiam tratamento em detrimento de outra
3. Pode listar algumas questões éticas relacionadas?
4. Como você enfrenta conflitos relacionados à seleção de pessoas? E como você decide? Que critérios você usa para priorizar pacientes? Justifique.
5. Que preparo você teve para estes enfrentamentos? Como você aprendeu a lidar com estas situações?
6. Alguém participa com você do processo de decisão? Quem?

**ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa A necessidade de escolher pessoas: análise Bioética dos argumentos utilizados por médicos na aplicação de recursos limitados na saúde. Você foi selecionado por ser médico e desempenhar cargo de liderança em plantão, com poder de decisão e ser responsável direto por uma unidade que envolve atendimento de emergência.

A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é discutir a moralidade das decisões tomadas por médicos com relação à micro-alocação de recursos limitados em situações de emergência em um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. O nome do hospital onde serão selecionados os médicos a serem entrevistados não será revelado quando da divulgação dos resultados.

A investigação será conduzida pela técnica da entrevista e suas respostas serão gravadas, em modo digital, para posterior transcrição. Após a transcrição a gravação será deletada. As informações, obtidas através desta pesquisa, serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você será identificado por um código, de conhecimento apenas da pesquisadora. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e/ou a identificação de terceiros.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Obrigada por sua participação,

---

MARILIA DE MORAES VASCONCELLOS

Endereço e telefone da Pesquisadora: Rua Leopoldo Bulhões 1480/914 – 25982987

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ:

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Mangueiras – Rio de Janeiro – CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598-2570

Declaro que entendi todas as informações sobre o estudo e, voluntariamente, consinto participar do mesmo.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/ 2009

---

Assinatura do sujeito da pesquisa