

## **Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil**

*Bioethical discussions on resource allocation during the COVID-19 pandemic in Brazil*

Letícia Gonçalves<sup>1</sup>

Maria Clara Dias<sup>2</sup>

### **Resumo:**

O texto tem como objetivo mapear e discutir aspectos bioéticos relacionados a sugestão de critérios para triagem e alocação de recursos escassos, durante a pandemia da COVID-19, no Brasil. Foram analisados cinco textos públicos, sendo dois deles de associações de âmbito nacional, um de instituição regional e dois em formato jornalístico. Os resultados indicaram que o critério mais consensual sugerido refere-se a parâmetros técnico-médico-científicos. De maneira periférica, também surgiram critérios para desempate, como ciclo de vida, sorteio e priorização dos profissionais de saúde. As propostas foram discutidas à luz de reflexões bioéticas. As conclusões apontaram que: 1) os critérios de desempate localizados nos textos jornalísticos não tiveram respaldo nos demais documentos; 2) a definição de critérios precisa levar em consideração o contexto social e econômico brasileiro, bem como os determinantes sociais de saúde da população; 3) o aprofundamento do debate, com abertura para amplificação da posição de agência moral, é aspecto central para a validação moral de qualquer proposta, bem como para promoção de Justiça.

**Palavras-chave:** Bioética; Alocação de recursos; COVID-19.

### **Abstract:**

This text aims to map and discuss bioethical aspects related to the suggestion of criteria for screening and allocation of scarce resources, during the COVID-19 pandemic in Brazil. Five public texts were analyzed, two of them from national associations, one from a regional institution and two in journalistic format. The results indicated that the most consensual criterion suggested refers to technical-medical-scientific parameters. In a peripheral manner, tiebreaker criteria also emerged, such as life cycle, lottery and prioritization of health professionals. The proposals were discussed in the light of bioethical reflections. The conclusions showed that: 1) the tiebreaker criteria found in the journalistic texts were not supported by the other documents; 2) the definition of criteria must take into account the Brazilian social and economic context, as well as the social determinants of health of the population; 3) the deepening of the debate, with openness to amplify the position of moral agency, is a central aspect for the moral validation of any proposal, as well as for the promotion of Justice.

**Keyword:** Bioethics; Allocation of resources; COVID-19.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro / Doutorado PPGBIOS

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro/Professora Titular



## INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, cujo primeiro caso no mundo foi identificado em Wuhan na China, em dezembro de 2019. O alastramento pelos diferentes continentes culminou no seu reconhecimento como pandemia, pela Organização Mundial de Saúde, em março de 2020. No Brasil, o primeiro caso registrado foi em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020. Até o dia 08 de junho de 2020, o Brasil apresentava mais de 690.000 casos confirmados oficialmente e mais de 36.000 mortes. Trata-se de uma das maiores crises de saúde do mundo e, certamente, o maior desafio da história do Sistema Único de Saúde (SUS), no caso brasileiro.

Este contexto expõe diversas questões bioéticas, dentre as quais talvez a mais expressiva diga respeito à gestão de recursos escassos e a consequente necessidade de estabelecimento de critérios para eleição daqueles sujeitos, com grave manifestação da doença, que receberão os suportes de saúde mais adequados, relacionados ao acesso a um leito de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ventilação mecânica, hemodiálise, dentre outros.

O colapso dos sistemas de saúde em países como Itália, Espanha e Estados Unidos, fez com que essas discussões e propostas de protocolos surgissem primeiro nestes locais, servindo de parâmetro para o resto do mundo. Embora o esforço anunciado consensualmente seja de tentar salvar o maior número de vidas, a divulgação dos critérios expressou uma fronteira na deliberação daquelas pessoas que provavelmente morreriam, caso demandassem cuidados intensivos em saúde. As diretrizes produzidas pela British Medical Association<sup>1</sup>, associação Britânica, por exemplo, sugerem que pacientes com maior probabilidade de morrer, idosos ou aqueles que precisam de assistência por mais tempo, devem ser secundarizados na triagem. De todo modo, destacam que as análises não devem ter a idade como foco ou aspecto isolado.

Os norteadores para admissão em UTI não surgiram com a COVID-19 e têm amplos respaldos nas associações e instituições de saúde. No Brasil, a

Resolução nº 2.156/2016<sup>2</sup> do Conselho Federal de Medicina normatiza tais critérios. Em seu artigo 6º, prevê cinco escalas de prioridade para avaliação das pessoas, considerando a probabilidade de recuperação e a ausência de limitações de suporte terapêutico. Como prioridade 1 estão aquelas pessoas com “alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico”. Como prioridade 5 estão pessoas com “doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação”. Para estes casos é recomendada a admissão em unidades de cuidados paliativos.

Fora de um cenário pandêmico, o contexto de assistência intensivista e as demandas pela tomada de decisão já implicam em fator de estresse para os profissionais de saúde, tendendo ao agravamento, portanto, no panorama atual. Para Marika Warren<sup>3</sup>, professora do Departamento de Bioética na Dalhousie University, o atual papel dos eticistas deve ser reduzir o número de escolhas difíceis com as quais os profissionais de saúde devem se deparar e, ainda, contribuir para solidificação de tais escolhas como eticamente defensáveis.

No Brasil, na ausência de uma gestão centralizada pelo Ministério da Saúde, muitas instituições e secretarias municipais e estaduais de saúde têm se organizado de maneira particularizada, produzindo protocolos específicos. Paralelo a estas iniciativas, grupos e associações têm discutido e proposto critérios à partir de referenciais éticos. Para compreender como se apresenta esta questão, foram analisados cinco textos públicos, sendo dois deles de associações de âmbito nacional, um de instituição regional e dois em formato jornalístico. Os documentos foram produzidos: 1) pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)<sup>4</sup>, em conjunto com a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); 2) pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)<sup>5</sup>; 3) pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)<sup>6</sup>. Além disto, há uma proposta de critérios por parte de um grupo de professores de ética, veiculada em canal jornalístico<sup>7,8</sup>, conforme abordaremos. Foram considerados textos publicados até o mês de maio de 2020.

Alguns consensos podem ser identificados nos textos, relacionados a aspectos mais gerais, como recomendações de ampliação dos recursos em saúde, foco em salvar o maior número de vidas, consideração equitativa das

demandas para triagem, eliminação de lógicas discriminatórias, dentre outras. A concordância mais central diz respeito a adoção de parâmetros técnicos, do ponto de vista médico, como aqueles que assegurarão uma abordagem ética na alocação dos recursos escassos. Os critérios mais controversos se referem a inclusão da idade, ou ciclo de vida, de sorteio e priorização de profissionais de saúde.

Neste texto apresentaremos, inicialmente, um panorama dos critérios defendidos e recomendados nos documentos listados anteriormente. Na sequência discutiremos alguns dos seus aspectos bioéticos, sobretudo no que se refere a possibilidade de objetividade técnica e seus complexos contornos. Ainda que de maneira periférica, abordaremos os critérios “faixa etária”, “profissionais de saúde” e “sorteio”, considerando que trata-se de alternativas para os casos de empate, mas que não tiveram respaldos das associações de referência que se manifestaram até o momento.

### **Propostas de critérios para alocação de recursos escassos durante a pandemia do COVID-19 no Brasil**

No Brasil já há normatização específica para alocação de UTI desde 2016, pelo Conselho Federal de Medicina. Conforme consta em um dos documentos analisados, o do CREMERJ, a indicação da necessidade de internação em UTI é considerada uma prerrogativa exclusivamente dos profissionais médicos. A Resolução nº 2.156/2016<sup>2</sup> estabelece os critérios de priorização, estando definido da seguinte maneira: prioridade 1: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; prioridade 2: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; prioridade 3: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; prioridade 4: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; e prioridade 5: pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Trata-se de um documento de

referência para a gestão de leitos e demais recursos, mas que não foi proposto para um contexto de pandemia, como o que estamos acompanhando.

O atual cenário, de aumento exponencial de demanda de cuidados intensivistas, bem como de escassez de recursos, aprofunda a necessidade de organização dos recursos disponíveis, da maneira o mais justa possível. Compreendendo a importância de propor critérios de alocação coerentes com o contexto, algumas entidades e grupos produziram recomendações adicionais a Resolução do CFM nº 2.156/2016. A prioridade número 1 da referida resolução opera como lógica geral das demais propostas, que, portanto, enfatizam que devem ter preferência aquelas pessoas que apresentam maior probabilidade de sobrevivência e maior sobrevida com qualidade. Além destes aspectos, que indiquem um menor tempo de recuperação e uso de determinados recursos, que poderão mais rapidamente ser destinados a uma outra pessoa.

Todos os documentos indicam que a necessidade de estabelecimento de critérios e a sugestão de determinados critérios visam ao objetivo de salvar o maior número de vidas. Algumas propostas adicionam o objetivo de salvar o maior número de anos/vidas. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) foi a primeira a divulgar um documento com recomendações, sendo que a segunda versão é a que vigora no momento. A diferença entre as duas propostas é que a faixa etária, que aparecia como critério de desempate no primeiro texto, foi retirada no posterior, com o reconhecimento de seu expresso caráter discriminatório. Nas propostas da Associação Brasileira de Bioética (ABB) e Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), é reafirmado o rechaço a adoção de tal critério. Nas orientações do CREMERJ, por exemplo, consta no item 2.4: “não utilizar, em hipótese alguma, a faixa etária como critério”. A ênfase, entretanto, é dada ao aspecto técnico de triagem, como maneira objetiva e mais efetiva de atenuar aspectos subjetivos, por um lado, e alcançar a finalidade utilitarista, por outro.

A principal proposta, neste sentido, se refere a segunda versão produzida pela AMIB. O protocolo propõe a adoção de um sistema de pontuação para triagem das pessoas, sendo que quanto menor a pontuação, maior a prioridade. A avaliação inclui a utilização do instrumento SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) score, a constatação de alguma comorbidade grave com expectativa de sobrevida menor que um ano e a ferramenta ECOG (Eastern

Cooperative Oncology Group). Como desempate, deve ser considerado o menor score SOFA e sugerem, ainda, a adoção de uma avaliação clínica da equipe de triagem. O modelo ficou da seguinte maneira:

**Tabela 1 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE**

Passos	Critérios	Pontuação				Total
		1	2	3	4	
1	Calcular SOFA (total: _____) e pontuar conforme estratificação ao lado	SOFA ≤ 8	SOFA 9 - 11	SOFA 12 - 14	SOFA > 14	
2	Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida < que um ano?*	---	---	Sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado	0 - 1	2	3	4	
4	Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3					
5	Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate					
6	Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente:					
6a	Menor escore SOFA total					
6b	Julgamento clínico da equipe de triagem					

\*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICT-BR ou PIG-GSF

Fonte: Recomendações AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP<sup>4</sup>.

O SOFA escore implica na avaliação de seis sistemas fundamentais: 1) respiratório; 2) coagulação; 3) hepático; 4) circulatório; 5) neurológico; 6) renal. Os pontos variam de 0 a 4, sendo que a atribuição de 0 ocorre quando o sistema não foi atingido, 1 e 2 quando há disfunção do órgão, 3 e 4 quando há falência dos órgãos. A aferição não é rápida e exige, além da avaliação clínica, exames laboratoriais, por exemplo para medir a quantidade de bilirrubina e creatinina em 24 horas.

Já a Escala de Performance ECOG escalona entre 0 e 4 conforme o estado funcional de cada sujeito. Recebe a pontuação 0 aquela pessoa considerada completamente ativa e capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição. No extremo, pontuando 4, estão as pessoas avaliadas como “completamente incapazes de realizar autocuidados básicos, totalmente confinadas ao leito ou à cadeira”, conforme segue:

**Escala de Performance: ECOG**

0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100 %)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado. (Karnofsky 50-60%).
3	Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira (Karnofsky < 30%).

Fonte: Recomendações AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP<sup>4</sup>.

O pressuposto é de que quanto pior o status de performance, menor a reserva fisiológica e maior a chance de um desfecho clínico pior. A escala considera o quadro anterior a aquisição da COVID-19 e não é indicada para pessoas portadoras de deficiências físicas. Esta proposta será discutida em um tópico específico mais a frente.

A ABB endossou integralmente esta proposta, sem acrescentar critérios. Em seu documento reforçou, ainda, a necessidade das triagens considerarem estritamente a condição de saúde, descartando qualquer outro fator. Ressaltou que o embasamento deve ser em conhecimento científico validado, que garanta o “absoluto respeito aos preceitos éticos, aos direitos fundamentais e à dignidade humana, sem discriminação de qualquer natureza”<sup>5</sup>. O CREMERJ, por sua vez, não fez menção ao modelo proposto pela AMIB, entretanto produziu uma recomendação semelhante, com a adoção do SOFA, da ECOG e da verificação da existência e gravidade de doenças de base incuráveis e progressivas. Em seu documento consta que deve ser considerado que “a) quanto maior for a gravidade clínica inicial; b) quanto mais graves forem as comorbidades; e c) quanto mais reduzida for a funcionalidade do paciente, menores as chances de que ele se beneficie de medidas intensivas e seus recursos.”<sup>6</sup>

Por fim, as sugestões mais controversas foram propostas por um grupo de quatro filósofos, sendo um deles também médico emergencista. O grupo divulgou sua posição em um texto veiculado pelo jornal Folha de São Paulo<sup>7</sup>, em 17 de abril de 2020 e, em uma versão ampliada, através do jornal Estado de São Paulo<sup>8</sup>, em 11 de maio de 2020. Repetem a resolução do CFM de avaliação da

maior chance de recuperação, como o que deve definir o primeiro nível de prioridade, e acrescentaram os seguintes critérios: 2º nível de prioridade: profissionais de saúde, por estes poderem retornar às contribuições para o tratamento de outras pessoas; 3º: ciclos de vida, sendo primeiro as pessoas com até 40 anos de idade, seguidas daquelas até 75 anos e, em terceiro, aquelas com mais de 75 anos de idade. Sobre a última sugestão, compreendem que, embora as vidas tenham igual valor moral, aquelas pessoas em estágio etário menor deverão ter a oportunidade de chegar à senioridade. Por fim, esgotados estes critérios, sugeriram a possibilidade de adoção de sorteio.

Temos, então, até o momento, a seguinte síntese de proposta de critérios para alocação de recursos escassos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil:

Grupo	Critério	SOFA	Score funcionalidade	Comorbidade grave*	Faixa etária*	Profis. de saúde	sorteio
Professores de ética		X			X	X	X
AMIB 1		X	X	X	X		
AMIB 2		X	X	X			
SBB		X	X	X			
CREMERJ		X	X	X			

\*com expectativa de sobrevida menor que um ano.

\*\*Os critérios “faixa etária”, “profissionais de saúde” e “sorteio”, são sugeridos como alternativas para desempate.

Sobre os critérios adicionais de “ciclos de vida” e sorteio, mencionados na última proposta, há semelhança e, talvez, inspiração, no modelo estabelecido em Maryland, EUA, em abril de 2019, divulgado no *Chest Journal*, com o título “Too Many Patients... A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters”<sup>9</sup>. É importante apontar que a legitimidade da lista de parâmetros proposta pela pesquisa estadunidense se deve ao processo participativo que resultou em sua produção, com a realização de 15 fóruns, envolvendo 324 participantes, entre especialistas e membros da comunidade local. Trata-se, ainda, de uma proposta produzida para uma



sociedade específica, que não deveria ser importada, sem o devido cuidado, para a realidade atual brasileira. De todo modo, conforme apresentado, não são sugestões respaldadas pelos documentos analisados. O critério técnico, entretanto, é o mais aceito e será discutido à seguir.

### **O critério de objetividade médico-técnico-científico**

Como explicitado anteriormente, há no contexto brasileiro, levando em consideração os documentos de referência analisados, a existência de um consenso em torno da recomendação de critérios médico-científicos para alocação de recursos escassos, durante a pandemia. Antes de iniciar a discussão sobre este aspecto, é preciso anunciar que trataremos esta questão circunscrita aos recursos públicos, envolvendo, portanto, estrutura, equipamento, medicamentos, profissionais de saúde, dentre outros, pagos pelo Estado. Ainda que a maneira como a distribuição no setor privado possa e deva ser justificada moralmente, trata-se de uma lógica distinta. Neste caso, situamos o debate como uma questão sobre a justa alocação de bens públicos. Portanto, a pergunta, por exemplo, sobre a agência moral na definição de critérios é também uma pergunta sobre quem deve decidir sobre a alocação de recursos públicos. Este aspecto é, particularmente, o mais relevante a ser destacado, uma vez que, embora a necessidade de internação em UTI, bem como avaliação de quem é elegível para determinado tipo de assistência, seja uma prerrogativa médica, estamos abordando uma questão mais abrangente, que, conforme discutiremos, não é reconhecida como atribuição exclusiva de determinado profissional de saúde.

A microalocação de recursos pode envolver critérios de randomização, médico-teórico-científicos, fila de espera, critérios sociais, tais como raça, sexo, dentre outros<sup>10</sup>. Não é necessariamente óbvia a definição por um ou outro. O critério médico-científico é, de longe, o maior consenso internacional, justamente pela aposta em sua objetividade e efetividade pragmática. O critério é considerado moralmente válido na medida em que aloca recursos para aquelas pessoas que apresentam mais perspectiva de recuperação, demandando menos tempo de cuidados intensivos. Acrescido a esta lógica pode ser também levado

em consideração a expectativa e a qualidade de vida, nos casos de sobrevivência à doença.

Conforme argumenta Young<sup>11</sup>, por exemplo, o fundamento da adoção do critério técnico deve ser a existência de parâmetros com evidência científica de alto grau de sucesso. Neste sentido, o SOFA é considerado, pela medicina, o mais elevado instrumento para triagem de pacientes para UTI. No entanto, o atual contexto possui características específicas e inéditas. Este fato dificulta antecipar suas consequências em termos coletivos, ou seja, sua eficácia em um cenário bastante particular. A adoção desta ferramenta é usual tendo como referência a triagem individual de pacientes, não dimensiona suas consequências em termos mais gerais. Se a base do critério técnico é científica, é preciso considerar que o prognóstico pode ser também incerto, sobretudo levando em consideração que pesquisas envolvendo o COVID-19 estão ainda em curso.

Somente em um cenário pós pandemia será possível ponderar determinados aspectos. Para tal será preciso estabelecer uma rigorosa análise das mortes, nos moldes do que é realizado no país pelos comitês de investigação de óbitos maternos. Do mesmo modo, seria preciso acompanhamento sistemático do desenvolvimento dos casos que receberam os cuidados intensivos e seus desfechos. Somente este volume de análises indicaria o sucesso na finalidade utilitarista de salvar um maior número de vidas e, ao mesmo tempo, permitiria um retrato sobre as consequências da adoção deste critério. Sendo assim, somente poderemos atestar se a alocação de recursos foi justa, em um momento posterior e com estudos robustos.

No que se refere as consequências, conforme abordaremos a seguir, cabe questionar se este tipo de distribuição, ainda que cumpra sua finalidade de salvar o maior número possível de vidas, implique, por outro lado, em produção de injustiças para determinadas parcelas da sociedade, como pode ser o caso de idosos, portadores de alguma doença de base, população pobre ou negra. Se esta for uma das consequências, podemos compreender que os critérios técnico-científicos não são justos, pelo menos do ponto de vista da igual distribuição de ônus da pandemia.

Temos acompanhado como o contágio, o acesso a testagem e, principalmente, as mortes por COVID-19, refletem as desigualdades de classe e

raça que estruturam a sociedade brasileira e outras, como o exemplo norte-americano torna evidente. Ainda assim não há, no Brasil, sugestão de incorporação dos aspectos sociais dos sujeitos como critérios de alocação de recursos. As recomendações, como da ABB e AMIB mencionam, apenas, que não haja discriminação interferindo na avaliação clínica, que deve ser objetiva e neutra. Esta sinalização é relevante, estamos debatendo se parece ser também suficiente.

Alguns poucos estudos já começam a estabelecer relações entre as mortes por COVID-19 e determinantes sociais de saúde. Desde o surgimento da pandemia, internacionalmente foram sendo divulgadas informações sobre a chamada população de risco, ou seja aquelas pessoas que possuem uma ou mais características que, em caso de contágio, podem resultar em quadro grave da doença ou morte. Inicialmente o principal público se referia a idosos, imunodeprimidos e pessoas com determinadas doenças de base, como hipertensão e diabetes. O alastramento para territórios com características próprias revelou ampliação destes perfis, acrescentando, por exemplo, a possibilidade da obesidade também ser um fator de risco. Em um contexto de não escassez a lógica adotada poderia ser a de atenção prioritária aos mais vulneráveis, mas poderemos chegar a posterior conclusão de que a incerteza de sucesso prognóstico, inverteu este raciocínio durante a pandemia no Brasil.

Um estudo exploratório recente<sup>12</sup> apontou que marcadores sociais, tais como classe, raça e gênero, intensificam a vulnerabilidade diante a doença. Sendo assim, a população em situação de rua poderia manifestar quadros mais graves, por exemplo, em decorrência de um perfil nutricional mais precário. O mesmo artigo cita uma pesquisa realizada em Detroit, Estados Unidos, que revelou que, embora apenas 14% da sua população seja negra, equivalem a 40% das mortes por COVID-19, podendo ter associações com comorbidades prévias e também com racismo institucional, que pode modificar o acesso a testagem e aos cuidados adequados em saúde.

Embora no Brasil não sejam comuns, experiências de consulta à população sobre a utilização de critérios para a alocação de recursos são relatadas em outros países, como EUA, Noruega, Austrália e Inglaterra. Temos, porém, uma pesquisa, realizada em 1998 no país, reveladora sobre a opinião pública e que será apresentada brevemente. O estudo<sup>10</sup> teve como foco critérios

sociais para microalocação de recursos em emergências médicas, e analisou entrevistas com 395 pessoas, na cidade de Diadema, em São Paulo. Os participantes responderam a um formulário com nove situações hipotéticas, envolvendo a escolha entre duas pessoas para alocação de apenas uma possibilidade de atenção hospitalar de emergência. Em todas as simulações as duas pessoas apresentavam o mesmo quadro de risco de morte, mas eram diferenciados por um critério social, que podia ser: idade, sexo, responsabilidade social, local de moradia ou condição econômica.

Quanto a idade, a maior parte do grupo (72, 7%) afirmou que entre uma criança de 7 anos e um idoso de 65, deve a criança ter prioridade. As justificativas envolveram a consideração da criança ser mais frágil e demandar mais proteção e o fato do idoso já ter vivido uma quantidade de anos significativamente superior. Seguindo a mesma lógica, quando a criança de sete anos foi “comparada” a um bebê de 1 ano, a maior parte das pessoas (70, 9%) sugeriu que a mais nova deveria receber os recursos em saúde. No entanto, quando a comparação se deu entre um jovem de 25 anos e um idoso de 65 anos, 60, 8% dos respondentes optou pelo idoso, com a justificativa principal de que, neste caso, o idoso seria o mais frágil e, portanto, o que prioritariamente deveria ser protegido.

Em relação ao sexo, 79, 5% respondeu que a prioridade deveria ser dada a uma mulher, quando comparada a um homem. As justificativas majoritárias repetiram o argumento de maior fragilidade e demanda de proteção. De maneira menos expressiva, mas também recorrente, a maternidade foi mencionada como uma justificativa para a priorização. Neste aspecto, o de possuir dependentes, outra categoria foi colocada de maneira mais direta, nomeada como “responsabilidade social”. Para comparação, o caso apresentou uma mulher com três filhos e outra com um filho, tendo a maior parte das pessoas (89, 6%), escolhido a primeira. Quando comparadas uma mulher casada com uma solteira, 75, 2% indicaram que a casada deveria ter prioridade. Para estas duas situações, a justificativa principal se referia ao cuidado com os filhos. Quanto mais filhos, mais valor teria determinada vida.

A categoria “local de residência” se referia a comparação entre um morador da cidade e um não morador. Novamente, a maior parte avaliou que aquele que apresenta maior vulnerabilidade deve ter o acesso garantido e, neste

caso, entenderam que seria o não morador da cidade, compreendido como alguém que mora em uma região que não tem assistência à saúde adequada. Decidiram assim, 60, 3% das pessoas. Sobre a condição econômica o padrão prevaleceu e de maneira ainda mais expressiva, 95, 2% das pessoas afirmaram que deve ter prioridade aquela a com menos recursos financeiros. Como justificativa destacada mencionaram o fato de que quem possui mais recursos, possui também mais possibilidade de custear assistência privada à saúde.

É relevante destacar que a maior parte das pessoas entrevistadas representava perfil econômico equivalente as estratificações mais baixas. De todo modo, correspondem ao público preferencial do SUS. A pesquisa, embora realizada no final dos anos de 1990, indicou que para uma parcela da sociedade, os recursos escassos devem ser distribuídos priorizando a população mais vulnerável. Se por um lado, é inegável que o critério técnico-médico não pode ser abandonado, sob o risco de um maior número de mortes, os determinantes sociais de saúde não devem ser negligenciados ou mesmo tomados de maneira abstrata. Estas considerações nos direcionam para um aspecto central da fundamentação moral da escolha de critérios: sua validação pela sociedade.

O critério técnico-científico é o consenso de um determinado conjunto de agentes, composto, quase que exclusivamente, por médicos, que, por sua vez, tendem a possuir determinadas características de raça e classe no Brasil. A participação popular tenderia a uma incorporação mais justa do pluralismo moral, mas, sobretudo, da inclusão de interesses dos principais afetados por estas deliberações. Conforme defende Fortes<sup>13</sup>:

Em uma sociedade que tem como característica o pluralismo de valores morais, é necessário que as decisões públicas promovam o engajamento dos cidadãos e dos profissionais de saúde, que sejam transparentes para que todos tenham confiança nos serviços e nos profissionais de saúde. (Fortes, 2011, p. 35).

Embora os documentos analisados ratifiquem a necessidade de criação de comitês de bioética, com participação da comunidade, não verificamos a ampliação do debate, no que se refere a inclusão de outras categorias profissionais e membros da comunidade, para definição dos critérios para

alocação de recursos e bens públicos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil.

### **Por uma ampliação da reflexão moral**

A adoção de critérios nunca é neutra ou autoevidente. Neste sentido é necessário justificá-los à luz de valores e crenças compartilhados. Discutimos, anteriormente, como mesmo um critério técnico-científico precisa de avaliação e ponderação, quanto a suas possíveis consequências, sendo, portanto, também moralmente dependente. Propomos abordar, de maneira breve, aspectos morais relacionados aos critérios de desempate propostos pelo grupo de professores<sup>7,8</sup>.

Há que se indagar, por exemplo, por que seria mais justo salvar antes um profissional de saúde ou pacientes mais jovens. A justificativa seria de que tais profissionais poderiam voltar a ajudar/salvar outros indivíduos. É inquestionável a importância dos profissionais de saúde, sobretudo, em tempos de pandemia, mas será este um raciocínio moralmente adequado? Este argumento, no mínimo, adota uma visão totalmente instrumental do que seria o valor da vida destes indivíduos. Como acréscimo, sugere-se, ainda, que o risco de contaminação existente no exercício profissional deva ter o devido reconhecimento na classificação de prioridades. Este tipo de argumento desconsidera que existem muitas outras categorias em atividades consideradas básicas, com significativa exposição à contaminação, como domésticas, profissionais da segurança e da limpeza urbana.

Sobre o critério de idade ou “ciclo de vida”, podemos dizer que o argumento é o de que pessoas que viveram menos anos devem ter o direito de atingir os ciclos de vida posteriores. Sobre que crenças e quais valores poderíamos assentar tal argumento? Em que medida mais tempo de vida pode ser algo em si valorável e que possa ser estabelecido como um “direito” de alguns perante outros indivíduos? Será “tempo de vida” um bem que estaríamos justificados a querer distribuir de forma equitativa? Sob o ponto de vista moral, podemos aceitar que um princípio geral que prescreva o igual direito de todos às diferentes etapas de um ciclo de vida possa se sobrepor ao direito de continuar vivendo daqueles que já atingiram uma determinada idade? Embora nos artigos supracitados<sup>7,8</sup>, os autores tenham mencionado que as vidas de todos os

pacientes possuem o mesmo valor, a adoção de tal critério, obviamente, faria com que os diversos interesses já não pudessem ser igualmente considerados. A atribuição de um valor moral formal ao “tempo ou ciclo de vida” desconsidera o conteúdo concreto das vidas vividas - o valor que cada indivíduo atribui a suas escolhas, realizações e projetos de vida. Cabe ressaltar que a aposta no critério do tempo/ciclo de vida pode ter consequências bastante questionáveis, quando pensamos sobre outros temas caros à bioética. Na pesquisa sobre opinião pública mencionada, por exemplo, para as pessoas consultadas, a idade faz sentido, desde que a prioridade seja dada ao sujeito considerado mais vulnerável e que não necessariamente é o mais jovem.

A adoção do sorteio com alternativa, aponta apenas para o limite da própria discussão moral. Abandonamos ao acaso decisões, quando não queremos tomá-las ou nos responsabilizar pelas mesmas. Contudo, isso não nos torna menos responsáveis pelas possíveis consequências de nossa escolhas. A adoção de critérios, que respaldem as decisões tomadas, torna-se, assim, inevitável. Contudo, a definição dos mesmos deve, em primeiro lugar, ser precedida por uma avaliação crítica dos aspectos que tornam mais vulneráveis alguns segmentos da população brasileira. Em seguida, é necessário que se estabeleça um amplo fórum de discussão, onde tenham voz os diferentes segmentos da sociedade. Apenas desta forma podemos colocar em xeque as razões apresentadas e garantir o endosso social das decisões tomadas. Razões públicas exigem transparência e uma forma de expressão compatível com a compreensão de indivíduos comuns, não detentores de um saber científico específico. A ampliação do debate é a única forma de garantirmos a inclusão de saberes/razões marginais que visam contemplar indivíduos pertencentes a grupos sociais já historicamente marginalizados da sociedade. A objetividade dos critérios deve ser fruto do endosso intersubjetivos das razões apontadas e colocadas em xeque pelos diferentes segmentos da sociedade.

Concretamente, para que uma lista de critérios sobre a alocação de recursos médicos escassos, durante a atual pandemia, possa satisfazer as exigências de uma perspectiva moral de igual respeito a todos os concernidos, é fundamental que sejam cumpridas pelo menos três condições: a exigência de um fórum amplo de discussão; a transparência das razões apresentadas e a garantia de um processo intersubjetivo de justificação.

Por fim, cabe-nos discutir o aspecto para o qual convergem todos os modelos propostos, a saber, a tentativa de salvar o maior número possível de indivíduos. Apesar das várias interpretações do que se compreende como utilitarismo na moralidade, podemos dizer que este objetivo satisfaça uma compreensão genérica da vertente utilitarista. Sobretudo, este objetivo parece convergir também com uma intuição moral compartilhada pelo senso comum. Aparentemente a melhor decisão seria, então, aquela que salvasse o maior número de pessoas.

Gostaríamos de lembrar que, apesar de seu aspecto autoevidente, esta perspectiva não é a única moralmente defensável, até mesmo se considerarmos algumas vertentes de pensamento também ditas utilitaristas, como o Utilitarismo de Interesses Preferenciais do filósofo Peter Singer<sup>14</sup>. Não pretendemos promover uma análise das diversas alternativas morais que poderiam indicar respostas alternativas ao princípio unanimemente adotado pelas vozes aqui apresentadas. Nosso objetivo é chamar atenção para três pontos. Como já dito, o primeiro ponto, de relevância para qualquer discussão moral, é o de que há perspectivas morais concorrentes e que sob o ponto de vista moral, o princípio que nos orienta a salvar o maior número de pessoas não é assim tão autoevidente. A adoção da Perspectiva dos Funcionamentos<sup>15,16</sup>, por exemplo, forneceria um paradigma de justiça capaz de cumprir com a exigência de uma escuta sensível e ampliada dos diversos indivíduos e/ou grupos sociais. Do mesmo modo, ao focar na garantia dos funcionamentos básicos, peculiares a cada indivíduo, tal perspectiva inevitavelmente nos colocaria diante de respostas bastante diferenciadas, ainda que diante de uma mesma questão: a de como respeitar igualmente, em uma situação de escassez, os funcionamentos que cada indivíduo eleger como básicos para garantia de sua integridade pessoal.

O segundo aspecto, bastante mais relevante no presente caso, é de que não há, na adoção dos critérios propostos, nenhuma garantia de que conduzirão efetivamente a este objetivo. A imprevisibilidade dos resultados, sobretudo em um contexto em que o acompanhamento epidemiológico e a investigação sistemática dos óbitos vem sendo totalmente negligenciados, torna quase impossível validar o “sucesso das estratégias”. Por fim, o terceiro ponto diz respeito à necessidade de considerarmos moralmente o alto custo que tal



escolha possa ter para determinados grupos societários, ainda que o objetivo de beneficiar um maior número de pessoas possa ter sido alcançado.

Em termos gerais, insistimos que sem uma análise mais profunda dos marcadores socioeconômicos que perpassam a sociedade brasileira, gerando um fosso de desigualdade social e de vulnerabilidades, não podemos traçar uma estratégia de ação, tanto no âmbito da saúde, como nos demais âmbitos da estrutura básica da sociedade, que promova efetivamente a vida e a garantia de um mínimo existencial, ao maior número de indivíduos viventes em solo brasileiro, durante e após a pandemia.

## **Conclusão**

Para concluir, gostaríamos de ressaltar que, sob o ponto de vista da moralidade, qualquer escolha pode ser falha. Não há atitudes morais infalíveis, nem princípios morais eternos e absolutos. Não há, também, como não realizar escolhas. Os textos analisados, apresentaram, de maneira geral, preocupação em não aprofundar desigualdades ou injustiças no Brasil. Para tal, em sua maioria, sugerem o critério médico-técnico-científico como o que promoverá o melhor resultado frente à pandemia no Brasil. Demonstramos que, apesar da pretensão a objetividade, mesmo este critério não é neutro e possui consequências morais. De maneira mais breve, discutimos a impossibilidade de justificação moral contundente envolvendo a adoção do ciclo de vida, de sorteio ou profissionais de saúde como possibilidades para desempate.

Estamos diante de um dos maiores desafios sanitários, econômicos e sociais brasileiros, que demanda um esforço coletivo de aprofundamento reflexivo. Bioeticistas possuem reconhecida capacidade de colaborar com situações como esta e devem se engajar na identificação de critérios e justificativas morais que minimizem o estresse e a carga psíquica dos profissionais de saúde, que no seu dia-a-dia são confrontados com a necessidade de tomar tais decisões. Sobretudo, colaborando para a ampliação das discussões, a eliminação de desigualdades e a busca por Justiça. Para que os critérios não contribuam para o aprofundamento de vulnerabilidades e para que certas mortes, como a de idosos e de pessoas com determinadas

comorbidades, não sejam assimiladas como consequência inexorável da pandemia, sugerimos que as propostas passem por um processo contínuo de revisão.

Por fim, endossamos a necessidade de formação de comitês bioéticos, com a participação de membros da comunidade, não apenas para aplicação dos protocolos, mas para discussão dos critérios. À exemplo da pesquisa citada neste texto<sup>10</sup>, a incorporação do pluralismo moral só será possível assegurando uma ampla participação da sociedade e a plena na manifestação dos seus valores morais. Sem esta validação qualquer proposta estará pendente de justificação. Reconhecemos os desafios para a inclusão ampla da sociedade de maneira imediata, entretanto, não parece uma proposta impraticável, se levarmos em conta as instâncias de participação social já institucionalizadas no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde.

## Referências

1. BMA. COVID-19 – ethical issues. A guidance note. British Medical Association, 2020. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2020.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no. 2.156, de 28 de outubro de 2016. Diário Oficial da União. 2016 Nov 17: Seção I, p. 138.
3. Warren M. Roles for ethicists in COVID-19 response. In. Impact Ethics. 2020. Disponível em: <https://impactethics.ca/2020/03/18/roles-for-ethicists-in-covid-19-response/> Acesso em: 20 de abril de 2020.
4. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/VJS01\\_maio\\_Versao\\_2\\_Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_Versao_2_Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf) Acesso em: 10 maio 2020.
5. Sociedade Brasileira de Bioética. Recomendação SBB Nº 1/2020: aspectos éticos no enfrentamento da COVID-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI. Disponível em: <http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/754/RECOMENDACAO-SBB-N-012020-aspectos-eticos-no-enfrentamento-da-COVID-19> Acesso em 17 de maio de 2020.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Recomendação CREMERJ Nº 05/2020. Disponível em: [https://www.cremerj.org.br/downloads/pdf/40\\_recomendacao\\_cremerj\\_052020.pdf?inline=inline](https://www.cremerj.org.br/downloads/pdf/40_recomendacao_cremerj_052020.pdf?inline=inline) Acesso em: 19 de maio de 2020.
7. Azevedo, MA; Dall’Agnol, D; Bonella, AE; Araújo, M. Por um debate sobre as diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia. Jornal Estado de São Paulo, 2020.
8. Bonella, AE; Dall’Agnol, D; Azevedo, MA; Araújo, M. Veja proposta para decidir acesso de pacientes a UTI durante a pandemia. Jornal Folha de S.Paulo, 2020.

9. Biddison, ELD; Faden, RR; Gwon, HS; Mareiniss, DP; Regenber, AC; Schoch-Spana, M; Schwartz, J; Toner, ES. Too Many Patients... A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. In. *Chest Journal*. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369218325650> Acesso em: 20 de abril de 2020.

10. Fortes, PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 48. No.2. São Paulo, 2002.

11. Young R. Some criteria for making decisions concerning the distribution of scarce medical resources. In: Edwards RB, Graber GC, organizators. **Bioethics**. San Diego: Hacourt Brace Jovanovich Publishers; 1980. p.735-45.

12. Estrela, FM; Soares e Soares, CF; Cruz, MA; Silva, AF; Santos, JRL; Moreira, TMO; Lima, AB; Silva, MG. Pandemia da COVID 19: Refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pandemia-da-covid-19-refletindo-as-vulnerabilidades-a-luz-do-genero-raca-e-classe/17581?id=17581> Acesso em: 02 de junho de 2020.

13. Fortes PAC. O dilema ético de priorizar recursos escassos. *Rede Câncer*, 2011. (14):34-5.

14. Singer, P. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

15. DIAS, MC. *Sobre nós: expandindo as fronteiras da moralidade*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2016.

16. DIAs, MC. (Org). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015.