

Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética

PAULO ANTÔNIO DE CARVALHO FORTES¹, PATRÍCIA CRISTINA ANDRADE PEREIRA²

¹ Livre-docente em Saúde Pública; Professor Titular, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

² Mestre em Saúde Pública; Aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública, USP, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar, à luz de referencial ético, as escolhas e justificativas de profissionais de saúde pública em situações hipotéticas de priorização de pacientes em casos de limitações de recursos no atendimento de emergências médicas. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, mediante entrevistas com 80 profissionais de saúde pública, pós-graduandos (mestrado e doutorado) em Saúde Pública, aos quais foram apresentadas situações hipotéticas, envolvendo os critérios de sexo, idade e responsabilidade, sendo requerido que escolhessem entre alternativas que se referiam à existência de pessoas, correndo igual risco de vida, que necessitavam de atendimento em um serviço de emergência. **Resultados:** As escolhas priorizaram crianças, jovens, mulheres e casadas, com a tomada de decisão invocando os princípios éticos de vulnerabilidade, utilidade social e equidade. **Conclusão:** A pesquisa mostra clara tendência de justificativas das escolhas feitas, orientadas pela ética utilitarista.

Unitermos: Bioética; seleção de pacientes; equidade na alocação de recursos; alocação de recursos; ética institucional.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Patient prioritization in medical emergencies: an ethical analysis

Objective: To identify and analyze, in the light of ethical considerations, the choices and justifications of public health professionals in hypothetical situations of patient prioritization in circumstances of limited resources during emergency medical care. **Methods:** Qualitative and quantitative study, carried out through interviews with 80 public health professionals, graduate students (MSc and PhD students) in public health who were faced with hypothetical situations involving the criteria of gender, age, and responsibility, asked to choose between alternatives that referred to the existence of people, equally submitted to life-threatening situations, who needed care in an emergency department. **Results:** The choices prioritized children, young individuals, women, and married women, with decision-making invoking the ethical principles of vulnerability, social utility, and equity. **Conclusion:** The study shows a clear tendency to justify the choices that were made, guided by utilitarian ethics.

Keywords: Bioethics; patient selection; equity in resource allocation; resource allocation; institutional ethics.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado na Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP) São Paulo, SP, Brasil

Artigo recebido: 20/09/2011
Aceito para publicação: 28/01/2012

Correspondência para:
Paulo Antônio de Carvalho Fortes
Av. Dr. Arnaldo, 715
São Paulo – SP, Brasil
CEP: 01246-904
pacfusp@usp.br

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

O cotidiano dos serviços de saúde traz múltiplos problemas de natureza ética para os profissionais da área em virtude de escassez de recursos frente às necessidades dos pacientes. Escolhas têm de ser feitas no ambiente hospitalar, levando em conta valores e princípios morais, sendo decisões de natureza ética, pois afetam os indivíduos, as instituições e a coletividade.

Decisões éticas que envolvem seleção individualizada de beneficiários, em situações em que se pode identificar quem será beneficiado pelas prioridades estabelecidas na seleção de pacientes para o número insuficiente de vagas em hospitais e serviços de terapia intensiva e na escolha daqueles que deverão receber órgãos escassos para transplantes¹. A reflexão bioética sobre o tema se orienta pelo princípio ético da justiça distributiva. Este é um princípio intersubjetivo, que se refere às relações do eu com os outros, abrindo a pessoa à coletividade. Relaciona-se à distribuição de bens, produtos ou serviços e/ou ao justo acesso aos recursos^{2,3}.

Uma questão-chave pode ser levantada: “Quais os critérios éticos orientadores de uma boa e justa priorização de cuidados de saúde em situação de limites de recursos?” Entendendo-se que a priorização é realizada mediante escolhas hierarquizadas, entre alternativas disponíveis, dentro dos limites de recursos de um sistema de saúde⁴.

Assim, pela relevância e interesse do tema, desenvolveu-se pesquisa, a luz de referencial ético, com o objetivo de identificar e analisar as escolhas e as justificativas de profissionais de saúde pública em situações hipotéticas de priorização de pacientes em casos de escassez de recursos no atendimento de emergências médicas.

MÉTODOS

Realizou-se pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, mediante entrevistas com 80 alunos de mestrado e doutorado na Pós-graduação de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, matriculados entre 2009 e 2011. Elegemos estudar esse grupo por ser formado por pessoas atuantes em saúde pública e que são potenciais atores sociais influentes devido à sua formação orientada para a prática, a gestão ou a docência, todavia, compreendendo que as decisões práticas de seleção de pacientes no atendimento de emergência são responsabilidade dos profissionais de medicina.

Escolhidos por amostragem casual simples, equiprobabilística, totalizando 30% do alunado do período, a partir de listas fornecidas pelos Serviços de Alunos da FSP-USP, seguindo a técnica “aleatória simples”, com utilização de tabela de números aleatórios ou equiprováveis. Para cada sujeito pesquisado foram levantadas as seguintes variáveis pessoais: sexo, faixa etária (20-40 e 41-60 anos), formação profissional (área de ciências exatas, humanas ou biológicas) e atuação atual ou prévia em serviços de saúde hospitalares.

A coleta de dados foi realizada com a apresentação de formulário individualizado, estruturado, contendo 10 situações hipotéticas que envolviam dilemas de natureza ética na priorização de recursos escassos no atendimento de emergências médicas, sendo requerido que os entrevistados escolhessem entre duas alternativas fornecidas. Sendo que os enunciados das situações apresentadas se referiam textualmente à existência de duas pessoas, correndo igual risco de vida, que necessitavam ser internadas. Todavia, existia somente uma vaga disponível na instituição. Os pacientes haviam sido avaliados pelos médicos como casos clínicos de igual gravidade. Em cada situação os dois pacientes envolvidos diferenciavam-se apenas por um único critério: sexo, idade ou responsabilidade, aqui entendida como a dependência que outras pessoas têm do beneficiário: familiar ou comunitária^{5,6}.

Seis das situações apresentadas serão discutidas neste trabalho:

- 1 Criança de 7 anos e idoso de 65, vítimas de acidente de carro. (critério envolvido = idade)
- 2 Criança de 1 ano e criança de 7, vítimas de acidente de carro. (critério envolvido = idade)
- 3 Homem de 30 anos e Mulher de 30, vítimas de acidente de carro. (critério envolvido = sexo)
- 4 Homem de 25 anos e homem de 65, vítimas de acidente de carro. (critério envolvido = idade)
- 5 Mulher com três filhos menores de idade e mulher com 1 filho menor de idade, ambas com broncopneumonia. (critério envolvido = responsabilidade)
- 6 Mulher solteira e mulher casada, ambas com broncopneumonia. (critério envolvido = responsabilidade)

A cada pesquisado foi requerido que justificasse/motivasse duas de suas escolhas. Ao primeiro foi demandado que motivasse a escolha do item nº 1, ao segundo entrevistado o de nº 2, e assim por diante. As respostas foram gravadas e transcritas pelo entrevistador, também doutorando da FSP-USP.

Foram tabuladas as respostas aos 6 quesitos nas duas alternativas apresentadas e na categoria de “não escolha”. Os resultados foram submetidos a tratamento e análise estatística de associação (teste de qui-quadrado e Fischer), quanto às variáveis pessoais dos respondentes, sendo consideradas como significativas as diferenças iguais ou inferiores a 0,05 (5%). As respostas foram tabuladas com o auxílio das bases do Programa SPSS.

O tratamento dos dados qualitativos foi realizado mediante procedimentos de análise de conteúdo e a interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos de Bardin⁷. Buscou-se conhecer, nos discursos dos entrevistados, as justificativas para as escolhas feitas, analisando-as a partir de correntes éticas descritas a seguir. No texto, são apresentadas algumas justificativas, como exemplificativas.

Buscou-se a presença de elementos identificadores de correntes éticas teleológicas e deontológicas de tomada

de decisão. As correntes teleológicas avaliam eticamente as ações em sua correção ou incorreção dependendo de suas conseqüências serem boas ou más, justas ou injustas². Entre elas destaca-se a corrente da ética utilitarista que considera que o princípio ético a ser perseguido pela legislação e pelas instituições sociais deveria ser o da utilidade social, que tem como paradigma o alcance da maior felicidade ou bem-estar para o maior número possível de pessoas, ou seja, a maximização das preferências ou dos benefícios. O seu paradigma é, portanto, o alcance do “maior bem-estar para o maior número possível de pessoas”, ou seja, a maximização do bem-estar^{8,9}.

Apesar das dificuldades de se conceituar o que é o “bem-estar”, quando são defrontadas duas ou mais opções, segundo os utilitaristas clássicos dever-se-ia pesar cada uma delas e escolher a que trouxesse mais benefícios e na qual fossem eliminados, evitados ou minimizados o dano, o sofrimento, a dor, ou seja, tudo o que for considerado em oposição ao “bem”, à “felicidade” do maior número de pessoas envolvidas¹⁰.

Trazendo-se a reflexão do princípio da utilidade social para as decisões de priorização de cuidados de saúde, pode-se dizer que o correto, o justo, seria a distribuição que proporcionasse mais saúde, menos sofrimento ou dor ao maior número de pessoas envolvidas com a decisão tomada¹¹.

Já as éticas deontológicas são fundadas na noção do dever. Opõem-se às teorias teleológicas, pois não importa se as conseqüências são moralmente boas ou más, pois algumas escolhas são proibidas e outras devem ser realizadas. Isto é, para os deontologistas, o que torna uma escolha boa é o fato de ela estar em conformidade com uma norma moral, que existe apenas para ser obedecida pelos agentes morais, como respeitar a dignidade humana, promover a equidade, proteger os vulneráveis^{12,13}.

Entre as teorias deontológicas destaca-se a teoria da *justiça como equidade*, elaborada nos anos 70 pelo filósofo estadunidense John Rawls, o qual defende que, em caso de conflitos de interesses por recursos, deva-se priorizar os menos favorecidos. No campo da saúde, seguindo o pensamento de Rawls, poderíamos avaliar o desfavorecimento pela condição social e econômica, pelo estado de saúde e gravidade, pela fragilidade ou vulnerabilidade pessoal¹⁴.

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes da Resolução nº 196/1996 do CNS/MS, sendo aprovada pelo CEP da Faculdade de Saúde Pública da USP. Os sujeitos de pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido esclarecidos sobre o caráter da pesquisa, seus objetivos, os procedimentos a serem observados e a possibilidade de recusa sem que ocorresse quaisquer tipos de sanções institucionais. Para se evitar riscos de ordem psíquica e social, o anonimato de todos os participantes foi preservado, e as entrevistas foram numeradas sequencialmente.

Cabe ainda afirmar que os resultados apresentados neste artigo constituem parcela dos obtidos no estudo: “Tomada de decisão envolvendo alocação de recursos escassos em saúde”, que teve financiamento do CNPq, Processo nº 305066/2008-0.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ENTREVISTADO

Foram entrevistados 44 (55%) mulheres e 36 (45%) homens, sendo 69 (86,3%) na faixa etária de 20-40 anos e 11 (13,8%) entre 41-60 anos, caracterizando uma amostra predominantemente feminina e jovem (22 a 57 anos). Dos pesquisados, 71 (88,8%) tinham graduação em área das ciências biológicas, 6 (7,5%) eram provenientes das ciências humanas e 3 (3,8%) da área das ciências exatas. Quanto à atuação prévia em ambiente hospitalar, somente 30 (37,5 %) haviam tido experiência profissional hospitalar. Estatisticamente não houve diferenças significativas nas escolhas avaliadas pelas variáveis – sexo, faixa etária ou experiência prévia em trabalho hospitalar – em nenhuma das 6 situações apresentadas.

IDADE

Quanto à situação que apresentou uma criança de 7 anos e um idoso de 65, vítimas de acidente de carro, 68 (85%) entrevistados optaram pela criança e os 12 (15%) restantes pelo idoso, não havendo não escolhas. Predominaram as justificativas baseadas na utilidade social e maximização dos benefícios. A escolha pela criança em virtude do potencial do número de anos a serem vividos: “Porque a criança tem bastante coisa para viver e a outra, com mais idade, já aproveitou a vida.” “Porque a criança viveria mais tempo.” “Pelo critério anos de vida.”

Também orientado pela noção da utilidade social, pela minimização da dor, do sofrimento, justificou-se: “O impacto para a família é maior no caso da criança.” E, evocando o interesse coletivo: “O Brasil escolheu o modelo capitalista, precisamos, portanto, de mão de obra, de vida produtiva, não há recursos para atender todas as necessidades, precisamos de pessoas jovens, nascimentos para manter a Previdência.”

Justificativas de natureza deontológica foram minoritárias, como: “Porque é criança. Crianças sempre devem ter prioridade”, ou “Criança, porque é mais vulnerável”. A vulnerabilidade também serviu de argumento para escolha pelo idoso: “Idoso, porque é o mais vulnerável.”

Quanto à situação que apresentou duas crianças, uma de 1 ano e outra de 7, ambas vítimas de acidente de carro, houve equilíbrio estatístico, pois 37 (46,3%) escolheram a primeira opção e 43 (53,8%) optaram pela criança de mais idade, não havendo não escolhas. Opções utilitaristas pela criança de 1 ano evocam o número de anos a ser vivido: “A de um ano ainda não viveu nada, é para dar uma chance para ela.” “Porque em anos de vida perdidos é maior para a

criança de 1 ano.” “Porque tem mais possibilidades, é uma vida que tem mais chances, mais possibilidades de viver.”

Encontraram-se também motivações deontológicas, baseadas na noção de proteção da pessoa frágil: “A criança de 1 ano é melhor de salvar porque é menorzinha, mais frágil.”

Todavia, houve exemplo de escolha priorizando a criança de 7 anos, de natureza utilitarista: “Pensei pela criança de 7, ela já tem uma rede social maior, tem uma história maior e por ela ser menos frágil, talvez tivesse mais chance.”

Quando da escolha entre um homem de 25 anos e outro de 65, também vítimas de acidente de carro, a maioria dos entrevistados, 63 (78,8%), escolheu o jovem, enquanto 17 (21,3%) optaram pelo idoso. A produtividade foi a justificativa maximizadora mais invocada para a escolha do jovem: “Possibilidade de anos de vida é maior para os de 25 anos.” “Porque o de 25 tem a possibilidade de construir uma vida produtiva.” “É mais forte, traz mais progresso.” “25 anos é uma idade de um indivíduo produtivo e com grandes chances de ser arrimo de família.”

Entre as escolhas minoritárias em favor do idoso encontrou-se a motivação pela vulnerabilidade: “Tendência minha de acolher mais os idosos”, “O de 65 precisa mais de ajuda.”

Ressalte-se que uma das justificativas encontradas trouxe a noção da ética da proximidade: “Porque é a idade do meu pai.”

SEXO

No quesito em que se confrontavam um homem de 30 anos e uma mulher de mesma idade, vítimas de acidente de carro, os pesquisados em sua maioria, 67 (83,8%), optaram pela mulher. Somente 12 (15%) escolheram o homem e 1 pesquisado decidiu não optar.

Entre as respostas pela opção do homem, destaca-se a argumentação técnica, pelo potencial da gravidade do caso: “Porque em geral os acidentes mais graves acontecem com os homens.” Essa afirmação se reveste de orientação pela equidade, pois a gravidade do caso levaria a um maior sofrimento ou dor. Mas também optou-se pelo homem, baseando-se na responsabilidade social: “Talvez o homem seja chefe de família.”

Já, em favor da mulher, houve maior diversidade de justificativas. De orientação utilitarista, pela produtividade: “Ainda seguindo a lógica de produtividade e esperança de vida, a gente sabe que as mulheres vivem mais, se cuidam mais, daí o impacto sobre o sistema de saúde.” Pela responsabilidade social: “Porque a mulher pode ter filhos e o homem não.” “Mulher pode ter filhos para criar.” “Pode ter filhos. Ela sustenta a família no sentido emocional.”

Foi invocada a noção da vulnerabilidade: “Porque a mulher é mais vulnerável.” “A mulher cuida mais da saúde que o homem e é também mais frágil.” E, ainda, houve orientação pela ética da proximidade: “Porque eu sou mulher também.”

RESPONSABILIDADE

Com relação ao quesito que apresentava duas mulheres, ambas com broncopneumonia, tendo uma delas três filhos menores de idade e a outra um filho menor de idade, a primeira teve 72 (90%) escolhas, enquanto a segunda obteve 7 (8,8%). Um entrevistado decidiu não optar.

As respostas tiveram primordialmente orientação utilitarista: “Porque três crianças precisam mais de uma mãe do que uma criança.” “Porque o benefício social é maior, pensando nos cuidados parentais.” “Pensei em custo-benefício. Porque tem três filhos para criar, a de um é mais fácil alguém da família criar um do que três.”

No quesito em que a escolha se deu entre duas mulheres, uma solteira e outra casada, ambas com broncopneumonia, a casada foi a preferida com 56 (70%) das opções, sendo a solteira priorizada por 20 (25%) pesquisados. Esse quesito apresentou o maior número de não escolhas, um total de 4 (5%) entrevistados.

Responsabilidade familiar foi a justificativa prevalente para a escolha da casada: “Porque imagino que tenha filhos e mais pessoas dependam dela.” “Tem maior probabilidade de ter filhos.” “Porque tem marido, pode ter filhos.” “Dá a impressão que a perda social é maior no caso da casada por conta da suposição que ela tem mais compromissos.” Também foi invocada a ética da proximidade: “Porque eu sou casada.”

DISCUSSÃO

A utilização de situações hipotéticas tem-se mostrado, como procedimento metodológico, bastante útil para o reconhecimento dos valores e critérios da população geral a respeito de situações em que se deve priorizar recursos^{4,15,16}. Nesta pesquisa, aplicamos tais hipóteses a profissionais do campo da saúde pública. Os resultados para a maior parte dos quesitos apresentados, exceto no confronto da priorização entre o jovem de 25 anos e o idoso de 65, equivaleram-se aos achados de Fortes⁴, em que foram analisados critérios para seleção de pacientes no atendimento de emergências médicas por 395 pessoas leigas, na cidade de Diadema – SP. Os leigos optaram majoritariamente pelo idoso, em uma orientação pelo princípio da equidade, priorizando aquele considerado mais frágil, vulnerável. Tal não ocorreu com o presente estudo, no qual os jovens foram os que receberam maior número de escolhas, orientadas por valores de produtividade, de utilidade social.

Quanto à idade, esta pode ser utilizada tanto como fator positivo como negativo para a priorização de recursos limitados. O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1900, afirma que deve ser assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente pelo Sistema Único de Saúde, devendo estes ter a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias e a precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública.

No mesmo sentido, o Estatuto do Idoso, de 2003, enfatiza a garantia de prioridade do idoso ao atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. Ou seja, há fundamento legal para a priorização dessas faixas etárias na distribuição de recursos, no atendimento em serviços de saúde.

Todavia, se ambas as normas legais afirmam a prioridade de crianças, adolescentes e idosos, como priorizar moralmente em situação que envolva simultaneamente duas ou três dessas faixas etárias? Em nossa pesquisa, as crianças e os jovens foram priorizados em relação aos idosos. Nesse sentido, há defensores da tese de que a morte de um adolescente seja pior do que a de uma criança menor de 2 anos, em virtude do investimento social e do desenvolvimento da personalidade adolescente. E que sua morte também seja mais sentida do que a de um idoso de 80 anos¹⁷.

Os resultados demonstram a dificuldade de se estabelecer prioridades entre crianças, como no confronto das crianças de 1 e 7 anos, pelo valor simbólico que temos da criança. Contudo, também observa-se tendência de orientação utilitarista na maior parte das respostas.

A escolha majoritária do jovem em relação ao idoso também nos leva a refletir sobre os que defendem um critério de *equidade intergeracional*, em que se objetivaria dar a todas as pessoas a igual oportunidade de viver todas as fases da vida. Assim, as crianças e os adolescentes seriam priorizados frente aos jovens, estes perante os adultos, e estes quando confrontados com os idosos. Os defensores da tese afirmam que assim não se estaria valorizando desigual e injustamente as pessoas por características diversas, mas, sim, visando ao princípio da igualdade, pois se estaria proporcionando a todos a possibilidade de viverem todas as fases da vida humana¹⁸.

Porém, o critério da idade deve ser utilizado com prudência nas escolhas de priorização de recursos, pois se baseia apenas em estatísticas, em médias ou medianas matemáticas, que não consideram as individualidades. Diferente é a argumentação de que, em determinadas circunstâncias, a idade possa ser tomada como um critério objetivo. Seria o caso em que se avalia que por ter uma idade muito avançada a pessoa não teria condições clínicas de suportar um determinado procedimento médico ou cirúrgico, ou seja, não haveria eficácia clínica e um recurso escasso poderia estar sendo desperdiçado. Isto exemplifica o porquê de não se aplicar, acriticamente, sem avaliação prudente, o princípio da justiça como equidade, que poderia considerar um idoso nessas condições como o mais desfavorecido e o tornando prioridade^{19,20}.

Com relação ao critério sexo, a explicitação das escolhas majoritárias, priorizando as mulheres, invoca principalmente uma suposta vulnerabilidade desta quando confrontada ao homem, devendo ser protegida, em

orientação em conformidade à justiça como equidade. Apesar da polissemia do termo vulnerabilidade, podendo ainda ser confundido com as noções de vulneração e fragilidade, utilizamos a noção de vulnerabilidade de acordo com importantes bioeticistas, como Neves²¹ e Anjos²², que a consideram dimensão existente em cada ser humano, a compreendem como a suscetibilidade de ser ferido, como condição humana ao mesmo tempo persistente e ocorrente em dada situação. Assim, a ideia de se encontrar um ser ou um grupo vulnerável pode fundamentar nos agentes morais, os sentimentos de compaixão ou de solidariedade²³. E esta nos parece ter sido, analisando os sentidos dados pelos respondentes aos enunciados, a principal interpretação invocada.

Contudo, esses achados coexistem com uma tendência de natureza utilitária, baseada na responsabilidade social maximizadora, ao ser invocada a possibilidade do exercício da função materna e da responsabilidade pelos cuidados domiciliares e dos filhos.

Lemos⁵ afirma que essas responsabilidades especiais sobrepõem-se ao valor social, relacionando-se com a existência de dependentes, sendo um critério essencialmente utilitarista. Os entrevistados consideraram que a responsabilidade familiar era critério válido para discriminar entre pessoas que necessitavam de atendimento, priorizando a mulher casada, pela possibilidade de trazer benefícios a outros – marido ou filhos.

Apesar de ser escolha pontual, ressaltem-se as justificativas que trazem a noção de uma ética de proximidade, decidindo por alternativa na qual reconhecem a si mesmos (“Porque sou mulher”) ou a alguém próximo (“Porque é a idade de meu pai”). Orientando-se por uma ética de proximidade preocupa-se, solidariza-se, tenta-se cuidar de quem está próximo, por razões familiares, de grupo social, religioso ou pelo pertencimento a uma comunidade. Esta orientação também se constitui uma ética utilitarista que tende a maximizar a própria satisfação pessoal, não necessariamente considerando a dos outros^{24,25}.

A pesquisa mostrou claras tendências evidenciadas pelas respostas dos pesquisados na maior parte dos quesitos apresentados, para justificativas e motivações predominantemente utilitaristas. Em algumas das respostas, nota-se a tentativa de encontrar justificativas técnicas, como se não estivessem carregadas de valores éticos.

CONCLUSÃO

A decisão sobre priorizar recursos é de natureza ética e, como defende o bioeticista espanhol Diego Gracia²⁶, deve considerar: fatos, princípios, valores, emoções, ideias e crenças, tendo em conta que a incerteza é intrínseca de nossos deveres morais concretos.

A posição dos profissionais de saúde, diante de conflitos de priorização de recursos, frente a pessoas identificáveis, não é cômoda, ao contrário, é tarefa difícil e até

considerada indesejável pelos médicos. Pois, sua obrigação ética fundamental, desde os tempos hipocráticos, na relação com seus pacientes, é de agir para o bem-estar deles, de não lhes causar danos ou prejuízos, assim como atualmente também é cobrada do médico a garantia da manifestação da autonomia do paciente.

A pesquisa mostrou claras tendências evidenciadas pelas respostas dos pesquisados na maior parte dos quesitos apresentados, para justificativas e motivações predominantemente utilitaristas. Consoante por ser uma corrente ética fundada na noção do bem, e não do correto, devendo fomentar consequências boas, voltadas mais para um coletivo do que para o individual, buscando atender o princípio da utilidade social, de escolha de alternativas que objetivassem a maximização dos benefícios ou a minimização de supostos malefícios – do ponto de vista de responsabilidade social, familiar ou de carga de emoções ou sentimentos^{27,28}.

Enfim, em uma sociedade caracterizada pelo pluralismo de valores morais, é necessário que as decisões sejam transparentes para que as pessoas tenham confiança nos serviços e nos profissionais de saúde. Por isso, entendemos ser relevante que os médicos conheçam as representações e os valores existentes na sociedade, como a expressada por profissionais que atuam no campo da saúde pública, para que se possa contribuir para a tomada de decisão em situações de recursos escassos.

REFERÊNCIAS

1. Strech D, Synofzic M, Marckmann G. How physicians allocate scarce resources at the bedside; a systemic review of qualitative studies. *J Med Philos.* 2008;33(1):80-99.
2. Cortina E, Martinez E. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.
3. Durant G. Introduction générale a la bioéthique. Quebec: Fides; 1999.
4. Fortes PAC. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(2):129-34.
5. Lemos MEP. Alocação de recursos em saúde: quando a realidade e os direitos fundamentais se chocam [tese]. Salvador: Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia; 2009.
6. Kilner JF. Microallocation. In: Reich WT. Revised edition. *Encyclopedia of bioethics.* [CD ROM] New York: Macmillan Library Reference; 1995.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
8. Mill JS. O utilitarismo. São Paulo: Iluminuras; 2000.
9. Bentham J. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação. São Paulo: Abril Cultural; 1974.
10. Crisp R. Mill – on utilitarianism. London: Routledge Philosophy Guidebook; 1997.
11. Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética. São Paulo: Loyola; 2005.
12. Marzano M. L'éthique appliquée. Paris: Presses Universitaires de France; 2008.
13. Pegoraro O. Ética e justiça. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
14. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
15. Ubel PA, Loewenstein G. Distributing scarce livers: the moral reasoning of the general public. *Soc Sci Med.* 1996;42(7):1049-55.
16. Charny MC, Lewis PA, Farrow SC. Choosing who shall not be treated in the NHS. *Soc Sci Med* 1989;28(12):1331-8.
17. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet.* 2009;373(9661):423-31.
18. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009;150(2):132-9.
19. Freitas EEC, Schramm FR. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(4):432-6.
20. Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. 2004 *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1141-59.
21. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade; característica, condição, princípio. in: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida/SP: Idéia & Letras; São Paulo: CUSC; 2007; pp. 29-45.
22. Anjos ME. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Rev Bras Bioética.* 2006;2(2):173-86.
23. Alarcos FJ. Bioética global, justicia y teologia moral. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, Editorial Desclee de Brouwer; 2005.
24. Wilkinson TM. Community, public health and resource allocation. 2010 *Public Health Ethics.* 2010;3(3):267-71.
25. Cortina A. Ética de la razón cordial: educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Ediciones Nobel; 2007.
26. Gracia D. Como arqueros al Blanco. Madrid: Triacastela; 2004.
27. Goodin RE. La utilidade y el bien. In: Singer P. *Compendio de ética.* Madrid: Alianza Editorial; 2000.
28. McGough LJ, Reynolds SJ, Quinn TC, Zenilman JM. Which patients first? Setting priorities for antiretroviral therapy where resources are limited. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1173-80.