

## O ETARISMO E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

### AGEISM AND THE ALLOCATION OF HEALTH RESOURCES DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL

**MÁRIO MACHADO FILHO<sup>1</sup>**  
(UNIFEFE/Brasil)

**DARLEI DALL'AGNOL<sup>2</sup>**  
(UFSC/Brasil)

#### RESUMO

Discute-se, neste artigo, o problema do etarismo na alocação de recursos escassos durante a pandemia da COVID-19. Usando a distinção entre discriminação primária e secundária, procura-se mostrar que a idade não pode ser tomada como variável isolada, por exemplo, na alocação de UTIs quando não há vagas para todos os pacientes. A partir disso, analisa-se algumas resoluções e propostas de protocolo examinando como a questão da idade foi equacionada. Por fim, argumenta-se que não há consenso sobre o tema e que é necessário mais debate público.

**Palavras-chave:** Ética; Etarismo; Pandemias; Alocação de recursos.

#### ABSTRACT

This article analysis the problem of ageism in the allocation of scarce resources during the COVID-19 pandemic. Using the distinction between primary and secondary discrimination, we seek to show that age cannot be taken as an isolate variable, for example, in the allocation of ICUs when there no place for all patients. From this, some resolutions and protocol proposals are scrutinized examining how the issue of age was addressed. Finally, we argue that there is no consensus on the topic and that more public debate is needed.

**Keywords:** Ethics; Etarism; Pandemics; Allocation of scarce resources.

#### Introdução

A alegação de que a idade de uma pessoa possa ser critério exclusivo a ser considerado para a alocação de recursos em saúde e para o acesso de indivíduos considerados idosos a tratamento adequado foi fortemente cogitada durante a pandemia de COVID-19. No entanto, ao realizar as devidas reflexões e ponderações sobre seu caráter preconceituoso e discriminatório em relação a essa faixa etária da população fica

demonstrado a maior atenção à população jovem e explicitada a vulnerabilidade daqueles que, após cumprir seus deveres enquanto cidadãos, perdem seu valor frente aos interesses da sociedade de consumo. Cabe apontar também que tal política pode contrariar os dispositivos jurídicos e constitucionais que garantem o acesso à saúde a todos os brasileiros.

Neste artigo, faremos algumas reflexões sobre a questão da idade como fator a ser considerado (ou não) na alocação de recursos escassos. Defenderemos que há uma forma de diferenciação que podemos chamar "discriminação primária" que é preconceituosa em relação a pessoas idosas e, por conseguinte, imoral, a qual deve ser condenada. Ela pode ocorrer, por exemplo, quando, a pessoas acima de 80 anos, não se cogita internação em UTIs. Por outro lado, uma discriminação "secundária" considera apenas a questão etária como uma variável especial a ser avaliada na alocação, seja em favor dos idosos (por exemplo, prioridade na vacinação), seja para alcançar uma finalidade ética como, somente para ilustrar, salvar mais vidas. Argumentaremos que uma discriminação secundária é eticamente defensável e se constitui na base moral da priorização da utilização dos recursos escassos.

Para alcançar este objetivo, dividiremos o trabalho em três partes. Na primeira, apresentaremos algumas considerações gerais sobre a questão da alocação de recursos para a saúde e introduziremos a diferenciação entre discriminação primária e secundária. Na segunda, faremos algumas reflexões éticas sobre critérios justos para distribuição de bens escassos e a questão da idade dos pacientes. Finalmente, trataremos da questão particular do modo como a idade foi considerada na alocação de recursos escassos no contexto da última pandemia, mostrando seus erros e alguns acertos em diretrizes que fizeram algum tipo de priorização.

A justificativa para este trabalho é simples: dada a provável ocorrência de novas pandemias, em especial pela velocidade das mudanças climáticas que afetam a saúde humana, é importante refletir sobre o que ocorreu durante a COVID-19 para tirarmos lições técnicas e éticas para lidar com as novas crises sanitárias.

## **O contexto da COVID-19**

Ao longo da história humana, várias foram as crises sanitárias enfrentadas e, em muitos momentos, sem os recursos econômicos, profissionais, tecnológicos e científicos disponíveis na atualidade. Portanto, a pandemia de COVID-19 não foi o primeiro nem será o último desafio enfrentado por governos e profissionais da área da saúde. A rapidez com

que o vírus se espalhou por todo o planeta causou, ao mesmo tempo, espanto e medo diante da possibilidade de risco individual e coletivo à vida decorrente do possível espectro que a dita crise sanitária poderia tomar.

O Estado brasileiro, através da Constituição de 1988, busca, por meio do Sistema Único de Saúde e da chamada saúde complementar, garantir acesso aos serviços de saúde à toda a população do país. Mesmo em tempos de normalidade, os administradores dos recursos destinados à saúde pública e privada têm que lidar com as receitas, insumos e profissionais disponíveis, que nunca são ideais, podendo-se mesmo defini-los como escassos. Tal fato nos coloca diante de dilemas éticos ao tentarmos estabelecer critérios para alocação dos recursos necessários à garantia dos direitos de toda a população. Tempos sombrios, como os vividos durante uma pandemia, onde a possibilidade de ter-se que decidir quem receberia tratamento adequado e a quem seria disponibilizado apenas um mínimo ou nada, provocam constrangimentos os mais diversos. Então, como definir quem será beneficiado com o acesso às medidas terapêuticas preconizadas?

A seleção individualizada dessas pessoas caracteriza a micro alocação de recursos escassos, devendo esse processo não envolver apenas parâmetros biomédicos, mas também considerações éticas profundas. No ambiente de disputa, segue-se o confronto e medidas amplas, objetivas e inclusivas, podem acrescentar um caráter mais justo ao englobar diferentes perspectivas. Além de critérios técnicos, é preciso considerar aspectos da vulnerabilidade individual à doença, da gravidade dos casos, da probabilidade de adoecimento, da morte ou complicações, da presença de comorbidades, da eficácia clínica e, finalmente, da eficiência no sentido da qualidade dos cuidados prestados<sup>1</sup>.

Desse modo, ao levarmos em consideração a alocação de recursos escassos em saúde, o Estado deve adotar processos transparentes, tendo sempre presente a multiplicidade cultural que caracteriza a sociedade brasileira em termos de valores, ideias, crenças e emoções, para que a população possa recorrer aos serviços necessários num ambiente de confiança no sistema e nos profissionais da saúde. Outros critérios como lista de espera, aleatoriedade, mérito ou contribuição social, podem ser considerados, porém, não sendo nenhum deles perfeitos, nem passíveis de estarem livres de dilemas morais e críticas, no que tange à criação de protocolos que auxiliem os médicos na tomada de decisões.

Durante a pandemia de COVID-19, resoluções foram tomadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselhos Regionais de Medicina e Associações de Especialidades Médicas, sendo exemplos a de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e a de Geriatria e Gerontologia, as quais buscaram implementar protocolos que desonerassem os profissionais de

saúde que trabalhavam na linha de frente dos diversos serviços voltados ao atendimento da demanda em diferentes instâncias da rede assistencial, da tomada de decisão frente a alocação de recursos escassos. Nesse quadro de imensa pressão, é preciso proteger essa classe trabalhadora de efeitos deletérios sobre a sua saúde no seu todo, contemplando os aspectos não somente biológicos, mas também psicológicos e sociais, diante das excepcionalidades apresentadas pela adversidade da situação.

Entre as medidas de saúde pública alardeadas através dos meios de comunicação visando a prevenção da contaminação de novos indivíduos, foram adotados o distanciamento social, o uso de máscaras, a etiqueta da tosse, a lavagem das mãos e a higienização com álcool. Tais condutas tinham como foco a tentativa de diminuir a disseminação do vírus e a consequente multiplicação dos casos, acompanhados proporcionalmente de quadros de gravidade maior, com possibilidade de estrangulamento da oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva na rede hospitalar. Lembrando que as demais demandas nosológicas, incluindo cirúrgicas, continuaram existindo e, ainda que procedimentos eletivos pudessem ser postergados, os quadros emergenciais seguiram requerendo atendimento.

O desequilíbrio criado entre oferta e procura fez disparar um sinal de alerta sobre as novas necessidades que a pandemia impôs sobre as instituições. Era urgente evitar-se a instalação do caos e posterior falência do sistema de saúde. Num ambiente de quebra da relação entre a demanda e a oferta de serviços, é preciso definir critérios que orientem as necessárias deliberações relacionadas à alocação e distribuição dos recursos disponíveis, evitando decisões discricionárias<sup>2</sup>.

Foi neste contexto que surgiram polêmicas em torno da idade como critério de alocação de recursos como respiradores e UTIs. Somente para ilustrar, a própria AMIB, numa primeira proposta de alocação, estabeleceu uma pontuação maior para pessoas idosas reduzindo as chances dessa população de obter uma vaga. O primeiro protocolo da AMIB utilizava o SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) e mais uma pontuação independente para pessoas em ciclos de vida diferentes (1 ponto para pessoas entre 0-49 anos; 2 pontos para 50-69; 3 pontos para pessoas entre 70-84 e 4 para acima de 85 anos).<sup>3</sup> De fato, nestes termos, o protocolo parece fazer uma discriminação injusta. A proposta foi criticada por várias sociedades (por exemplo, pela Sociedade Brasileira de Bioética) e, numa segunda proposta, a questão da idade como critério isolado foi retirada. Todavia, cabe questionar se a idade não poderia, junto com outras considerações, ser um fator a ser levado em conta para salvar mais vidas dada, por exemplo, a evidente correlação entre uma maior ou menor taxa de mortalidade com a fase de vida dos diferentes grupos humanos.

Para compreender o erro da primeira proposta da AMIB, convém introduzir a distinção entre “discriminação primária” e “discriminação secundária.” Nos termos do filósofo Ernst Tugendhat,

Defino a discriminação primária de tal modo que ela ocorre quando se admite haver uma distinção prévia de valor entre os homens. O apelo da criança à sua primogenitura é deste tipo. A ela correspondem discriminações históricas conhecidas: os brancos valem mais do que os negros, as mulheres valem menos, etc.<sup>4</sup>

Claramente, uma discriminação primária fere os princípios de uma ética moderna baseada em Direitos Humanos ou a própria ética do respeito universal de Tugendhat que é, fundamentalmente, igualitária e universal. Por conseguinte, a discriminação de pessoas idosas, deixando-as à margem da possibilidade de acesso à UTIs, é injusta.

Há contextos, entretanto, nos quais faz sentido discriminar positivamente as pessoas mais idosas, por exemplo, quando numa pandemia, dada a maior vulnerabilidade de seu sistema imunológico, é necessário priorizar a sua vacinação contra o SARS-CoV-II. Por isso, vamos introduzir a noção de *discriminação secundária* novamente nos termos de Tugendhat (2009, p.376):

Entendo por discriminações secundárias todas as formas de distribuição desigual que se possam produzir, ainda que no plano primário não ocorra desigualdade alguma, isto é, quando se pressupõe que todos têm o mesmo valor. É inteiramente natural que possa haver razões para considerar justa uma distribuição de bens e males, embora respeitemos ou precisamente porque respeitamos a todos igualmente. Pode-se ilustrar isto preliminarmente uma vez mais mediante o exemplo da divisão da torta. A mãe que ama e respeita igualmente todos os seus filhos pode não obstante, entender como justo na divisão da torta que aquele que tem fome receba mais, e do mesmo modo outras razões podem ser para ela razões para uma divisão desigual justa.

É exatamente procurando maior equidade que critérios de distribuição desigual, porém justa, são admitidos, como necessidade, mérito, direito adquirido etc. Para ilustrar, o próprio Estatuto do Idoso estabelece uma série de direitos especiais para pessoas acima de 60 anos.<sup>5</sup> Mais do que isso, faz uma subclassificação entre idosos atribuindo a diferentes grupos prerrogativas, por exemplo, mais que 65 anos ter direito à transporte gratuito, mais de 80 anos prioridade ainda maior, a saber, conforme estabelece o Art. 15, inciso V, § 7º: “Em todo atendimento de saúde, os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais

pessoas idosas, exceto em caso de emergência.” Por conseguinte, a discriminação secundária procura fazer justiça aos diferentes (sub)grupos.

Ben Davies (cf. neste volume da *ethic@*, p. 1089-1110) elabora um argumento procurando mostrar que priorizar jovens não pode implicar preterir idosos. A priorização por ciclos de vida (jovens, adultos e idosos) como fez a AMIB na primeira versão do protocolo pode produzir erros? Aparentemente, sim. Se há, como argumentou Davies, pessoas jovens que já tiveram a oportunidade de usufruir bem-estar, oportunidades, recursos etc. a mais que pessoas com mais idade, então preterir idosos que tenham usufruído menos a vida pode ser *duplamente injusto*, principalmente, se estar nessa condição de menos privilegiado é estrutural e não meramente uma escolha pessoal. Davies argumenta que não é, empírica e necessariamente falando, verdadeiro que quem morre mais jovem (menos de 35 anos ou idade madura (36 a 59) é menos privilegiado que alguém que morra idoso (acima 60). Portanto, se a priorização baseada na idade for justa (e no caso de crianças ou adolescentes (digamos abaixo de 20 anos) Davies pensa que é, então, a priorização de jovens não pode significar a discriminação primária de idosos ou de outros fatores pessoais pela classe, gênero, raça, condição socioeconômica etc.

A seguir, aprofundaremos as questões éticas e morais procurando encontrar uma alternativa ao modo como o primeiro protocolo da AMIB equacionou a questão da idade na alocação dos recursos escassos. Ao invés de fazermos uma discriminação primária, talvez possamos manter o fator etário fazendo uma discriminação secundária.

### **Considerações éticas e morais**

Antes do advento das diferentes vacinas desenvolvidas com vistas a diminuir o número de infectados com o vírus da COVID-19, as pressões sobre o sistema de saúde eram amplas, havendo aumento da demanda não somente por leitos hospitalares, mas também disponibilização de insumos e necessidade de profissionais capacitados, em número suficiente, para que a nova realidade sanitária pudesse ser enfrentada. Ademais, o esgotamento físico e psicológico da força de trabalho disponível, bem como suas infecções, sequelas e óbitos, afetaram o desempenho e a eficiência das equipes em acolher as pessoas contaminadas.

A preocupação maior recaiu sobre os quadros clínicos mais graves, caracterizados por insuficiência respiratória aguda, o que tornava urgente a colocação dessas pessoas em prótese ventilatória (respiradores artificiais). Este é um equipamento caro, não facilmente disponível em grandes quantidades, que exige complexa tecnologia para a sua fabricação,

espaço físico apropriado, conhecimentos especializados para a sua instalação, indicação e uso adequados<sup>6</sup>. Para a alocação de tais recursos, alguns princípios podem ser adotados, como: tratar as pessoas com igualdade; favorecer os que estão em pior situação; maximizar os benefícios totais e promover e recompensar a utilidade social<sup>7</sup>.

Nenhum desses princípios é isoladamente suficiente para incorporar todas as considerações moralmente relevantes e, portanto, seus autores orientam que os mesmos devem ser combinados em sistemas de atribuição de múltiplos princípios. Seguindo esse raciocínio, alguns autores indicam o "sistema de vidas completas", o qual dá prioridade aos jovens que ainda não viveram uma vida completa e, que também incorporam outros critérios, incluindo o prognóstico, a permissão de salvar o máximo de vidas, o acaso e princípios de valor instrumental. No entanto, vários são os questionamentos que podemos aventar ao considerar ditos critérios, decorrentes de problemas éticos e morais, dependendo do recurso e do contexto em questão.

O CFM, através da resolução 2156/2016<sup>8</sup>, estabelece diretrizes para a admissão e alta de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Com a resolução 2271/2020<sup>9</sup>, ele regulamenta e define os critérios a serem observados para o funcionamento desses serviços no Brasil. Para tal, os médicos devem levar em consideração o nível de gravidade do caso e a melhor conduta a ser adotada em cada situação. Em 17/04/2020, a AMIB elaborou um documento ainda mais completo, com o objetivo de orientar os profissionais médicos, com parâmetros de admissão de pacientes em UTIs, denominado "Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem da COVID-19 em medicina intensiva", o qual foi baseado na resolução 2156/2016 do CFM. Esses documentos inspiraram a elaboração de resoluções em diferentes Estados brasileiros.

O Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), em 27/04/2020, recomendou aos médicos inscritos naquela autarquia, a utilização do fluxograma de atendimento dos portadores de Síndrome Respiratória Aguda Grave e a utilização do Escore Unificado para a Priorização de Pacientes ao Acesso a UTI e a Assistência Ventilatória (EUP-UTI). O fluxograma é associado ao SOFA (avaliação sequencial de falência orgânica) simplificado, ao ICC (índice de comorbidades de Charlson), ao CFS (escala de fragilidade clínica) e o KPS (Escala de desempenho de Karnofsky), como guias de orientação para a triagem de pacientes para leitos de UTI e conexão com a prótese ventilatória.

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal elaborou a norma técnica 014/2020 estabelecendo que critérios éticos à assistência à saúde das pessoas idosas devem ser adotados, no intuito de evitar que

parâmetros discriminatórios relacionados à idade pudessem ser inadvertidamente adotados, por falta de uma ampla reflexão aprofundada e contextualização adequada do tema. A maximização dos benefícios, a equidade na aplicação dos recursos, a promoção de valores, a avaliação clínica e a correta indicação de cuidados paliativos, como critérios norteadores das ações, devem ser observadas.

O Estado de Santa Catarina passou a recomendar a segunda versão da AMIB do Protocolo em março de 2021. Naquela ocasião, 363 pacientes esperavam na fila. A Secretaria da Saúde (SES-SC) publicou, em 26 de março de 2021, a Deliberação 035/CIB/2021 convidando hospitais a adotarem *ipsis litteris* o Protocolo que podemos chamar AMIB II. Sabemos, pela imprensa, que vários hospitais adotaram teoricamente o Protocolo, mas não foi ainda possível determinar em que medida ele foi efetivamente implementado e quais foram os resultados (se salvou mais vidas). A Deliberação 35 foi revogada em 17 de maio de 2022. Outros Estados brasileiros tais como o Espírito Santo adotaram versões muito similares ao Protocolo da AMIB II.

Não é muito claro se o Estado do Ceará adotou as recomendações da segunda versão do protocolo ou da primeira. No site da Secretaria de Saúde constava a primeira versão da AMIB que fazia a discriminação por idade, mas ela foi posteriormente retirada.<sup>10</sup> O Estado do Maranhão parece ter explicitamente usado o protocolo da AMIB I.<sup>11</sup> Seja como for, o critério da idade foi explicitamente assumido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul através do "Protocolo de Diretrizes para Atendimento e Alocação de Recursos em Unidades de Terapia Intensiva Durante a Pandemia de COVID-19" como pode ser constatado na explicitação do que conta como *benefício*:

"conforme este racional, sopesam-se urgência e utilidade, considerando-se a sobrevivência da população de pessoas com indicação de receber o recurso (incluindo os casos que o receberão e aqueles que não o receberão), com o objetivo de produzir o maior impacto na sobrevivência daquela população como um todo e não na dos indivíduos isoladamente. Assim, de acordo com esta lógica, *priorizam-se os casos com a maior diferença entre as expectativas de vida caso recebam ou caso não recebam o recurso.*" (itálicos acrescentados)<sup>12</sup>

Em outros termos, a idade deveria ser considerada como fator de impacto na população e não em indivíduos. Talvez desta maneira a discriminação primária seja evitada.

De fato, a questão da idade foi bastante polêmica não apenas no Brasil, mas em várias partes do mundo. Por exemplo, analisando 22 protocolos Europeus, Perin and De Panfilis<sup>13</sup> descobriram que a maioria dos

países considera a idade um critério antiético juntamente com discriminações de gênero, etnicidade, classe social, relação pessoal com quem toma decisões etc. Outros países, entretanto, a adotaram explicitamente. Realmente, fazer diferenciações baseadas, por exemplo, no gênero é fazer uma discriminação primária que é clínica e eticamente injustificável. Todavia, a não introdução da questão da idade pode levar a resultados clínicos subótimos e, por conseqüente, também parece injustificável. A grande questão é como *equacionar* satisfatoriamente o peso que a idade do paciente tem junto com outros critérios.

A segunda versão do protocolo AMIB foi elaborada em conjunto pela AMIB, ABRAMED (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos). Foi uma tentativa de buscar um equilíbrio entre o suficientemente simples e o complexo, permitindo ao mesmo tempo um grau de acurácia e a viabilidade de sua aplicação em situações de excesso de trabalho, decorrente da alta demanda e a limitação dos recursos necessários para a alocação de todos os serviços que deveriam estar disponíveis em qualidade e quantidade, mesmo em situações de excepcionalidade, como no caso da pandemia de COVID-19.

Com relação ao estabelecimento dessas diretrizes, o envolvimento da sociedade no debate, sua aplicação universal e igualitária, seriam quesitos a serem observados para que princípios de justiça equitativos fossem observados. É preciso ressaltar que os portadores do vírus SARS-CoV-2 não devem ter prioridade em relação a outras pessoas que, eventualmente, por serem portadoras de outras patologias ou vítimas de acidentes os mais variados possíveis, na alocação de recursos (leitos de UTI e ventiladores, por exemplo), uma vez que todos, por diferentes motivos podem perder suas vidas. Tais fatos tornam ainda mais problemática a questão da elaboração de critérios de triagem e sua aplicação.

Estratégias de triagem efetivas são necessárias para se evitar a judicialização dos processos, o que poderia tornar ainda mais confuso a alocação dos recursos. Ter em mente o bem-estar das pessoas é um quesito importante, mas o termo pode tornar-se vago quando levamos em conta valores, sejam eles individuais ou coletivos. Uma dificuldade adicional é a consideração de diferentes teorias éticas na tentativa de equilibrar os diversos fatores envolvidos, a saber, o principialismo, o utilitarismo, a ética de virtudes etc. Não podemos perder de vista, também, que a desejada neutralidade e imparcialidade pode estar ameaçada devido às circunstâncias envolvidas.

Que a idade seja um dos fatores a serem utilizados não é consensual. Todavia, se analisarmos retrospectivamente a taxa de mortalidade,

perceberemos uma clara correlação: ela aumenta consideravelmente com a idade e com a necessidade de intubação. Num estudo bastante completo, Nolan e colaboradores<sup>14</sup> analisaram a taxa de mortalidade de 62.848 admissões hospitalares por COVID-19 segundo a variante, o período, a idade por grupos, o status de vacinação e a intubação ou não. O resultado do estudo mostra claramente que, somente para ilustrar, na Onda Alpha, pessoas com idade entre 20-29, não vacinadas, tinham taxa de mortalidade 0.6%; pessoas entre 30-39, 1.7%; entre 40-49, 3.3%; de 50 a 59, 6.0%; entre 60-69, 9.4%; 70-79, 12.5; entre 80-89, 13.2 e, finalmente, acima de 90, 16%. Índices similares foram constatados nas ondas Delta e Ômicron, mesmo com o início da vacinação. Por conseguinte, do ponto de vista clínico, há inegavelmente uma correlação entre pertencer a uma faixa etária e ter uma maior ou menor taxa de mortalidade.

É claro que a faixa etária não é a única variável a ser considerada, nem mesmo do ponto de vista de uma análise clínica rigorosa. Há outros fatores a ser considerados. Por conseguinte, a questão fundamental é: como equacionar satisfatoriamente a variável idade sem incorrer em discriminações primárias que, conforme vimos na seção anterior, são claramente injustas? Pensamos que essa questão precisa ser retomada neste momento pós-pandêmico sem as urgências de tomadas de decisão apressadas durante a própria crise sanitária e, por isso, apresentaremos algumas sugestões na última seção deste trabalho.

Num ambiente onde a maximização dos benefícios é ansiada e considerada, urge que critérios de triagem e tomada de decisões sejam definidos, até mesmo porque situações futuras de caráter semelhante ou mais graves podem vir a se interpor, tornando-se uma realidade que, se previamente bem instrumentalizada, pode aliviar a carga futura. O valor de cada vida humana não pode passar despercebido, mas é preciso ao mesmo tempo *salvar mais vidas* e garantir o prolongamento dessas vidas, sem adotar critérios que possam, após atenciosa e profunda observação, criar injustiças no processo de tomada de decisões. A observação da administração responsável dos recursos disponíveis, associada a um ambiente de justiça, tornam os desafios ainda maiores, principalmente, devido à ausência de um protocolo oficial a nível nacional que norteasse a tomada de decisões e diminuísse a pressão sobre os profissionais médicos que atuaram na linha de frente no combate à pandemia de COVID-19.

### **Etarismo e alocação de recursos**

Perante as omissões do Governo Federal e do Conselho Federal de Medicina (CFM) durante a pandemia de COVID-19, diante da má gestão da

crise sanitária pelo Ministério da Saúde, chegou a ser colocado em pauta o critério etário como parâmetro isolado para a alocação dos escassos recursos disponibilizados. Não fosse o esforço realizado pelas Associações de Especialidades Médicas, e entidades e estudiosos ligados às questões bioéticas, a "sorte" dos brasileiros poderia ter sido ainda mais trágica. Definir o critério etário como referência exclusiva para garantir acesso aos serviços de saúde incorreria em infração constitucional devido ao seu caráter discriminatório (no sentido primário), nos mesmos moldes das injustiças baseadas em termos de raça, gênero, classe e deficiências.

O sistema capitalista e suas sociedades fortemente guiadas pelo consumo amplo e irrestrito, não se deixando de fora critérios estéticos, criaram valores culturais supérfluos, onde pessoas idosas, pobres e ou fragilizadas por qualquer outro motivo, têm sua importância reduzida, sendo classificadas num patamar inferior. O resultado é o afloramento de vários preconceitos, incluindo o etarismo, e a idade avançada, em vez de denotar experiência, passa a refletir improdutividade, falta de beleza e incapacidade de produzir transformações. Trata-se, claramente, de uma discriminação primária e, por conseguinte, injusta. Assim, a sociedade e suas instituições muitas vezes reforçam e reproduzem tais estigmas<sup>15</sup>.

Deturpados os valores que garantem o direito à vida, independentes de qualquer "porém", a percepção da idade cronológica (tempo vivido) ganha amplo espaço, deixando-se de tomar como perspectiva, também, o estado geral das pessoas, sua funcionalidade, capacidade de seguir fazendo planos e continuar vivendo a sua vida de acordo com seus interesses e capacidades. Tais considerações enquadram os idosos como pessoas desnecessárias, que já cumpriram seu papel no mundo, devendo retirar-se e ceder seus espaços às novas gerações que chegam. A pandemia de COVID-19 apenas ressaltou essas ideias, latentes e que vinham sendo sussurradas, algo verbalizado de tal forma a querer que tomasse naturalmente a forma de um argumento robusto<sup>16</sup>.

No entanto, tal hipótese não resiste a uma abordagem filosófica mais profunda quando se toma como referência princípios de justiça e considerações sobre a dignidade da vida humana. O etarismo nas abordagens em saúde não é novidade para quem pesquisa esse aspecto negativo das relações de prestação de cuidados, tanto no sistema público quanto privado. Políticas públicas devem ser criadas, difundidas e estimuladas no intuito de tornar o sistema acolhedor e solidário às necessidades da população idosa. A naturalização de problemas como próprios do prolongamento da vida banaliza queixas, de modo que muitas necessidades médicas e de saúde deixam de ser atendidas (diagnósticos,

tratamentos, cirurgias não realizadas), criando-se uma atmosfera de negligência por não se ouvir o idoso de forma minimamente satisfatória.

Técnicas de comunicação clínica chamam a atenção para as especificidades da relação profissional de saúde/pessoa idosa. As pessoas dessa faixa etária podem ser mais lentas em seus movimentos e raciocínio, podem possuir diferentes patologias concomitantemente, sofrer não somente as consequências das mesmas sobre o seu corpo em termos biológicos, mas também psicológicos, tendo todas as suas relações sociais alteradas. A consequência desses fatos é a necessidade de uma consulta clínica em ritmo mais lento, atenta às peculiaridades desses indivíduos, que podem ser muitas e as mais variadas, e que muitos profissionais não estão dispostos a acolher de modo adequado, ou seja, ético e humanístico<sup>17</sup>.

Foi com o colapso do sistema de saúde italiano no início da pandemia de COVID-19 que, a partir de um cenário crítico emergencial caracterizado pela escassez de recursos, necessidade de triagens, priorização de pessoas para tratamento e a exclusão de outras, a questão da idade avançada começou a ser naturalizada como regra de seleção. Imagens na televisão, incluindo entrevistas com idosos acometidos pelo vírus, que reconheciam já ter vivido tempo suficiente, sustentavam a priorização de tratamento para os jovens, e foram vinculadas na mídia internacional. Numa perspectiva onde os idosos eram vistos como uma população homogênea e vulnerável, a negação de tratamento intensivo e a alocação de respiradores para pessoas idosas chegou a ser proposta e colocada em prática, num primeiro momento<sup>18</sup>. Tal discriminação primária é moralmente injustificável.

A resolução 466/2012 do Ministério da Saúde<sup>19</sup>, que contempla os princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça) como guia para a análise de projetos de pesquisa clínica envolvendo seres humanos, além de servirem como referência na elaboração do Código de Ética Médica<sup>20</sup> (CEM) brasileiro, preconiza que todo médico, ao cuidar de pessoas, proporcione-lhes o que é de direito. Através da justiça distributiva, para cada caso, devemos considerar o que for necessário ainda que não exista um consenso final na forma de colocá-la em prática. No entanto, seja qual for a teoria contemplada (liberalismo, igualitarismo, utilitarismo ou outra) para a distribuição de recursos escassos, embates relacionados à proporcionalidade e possíveis estratégias podem se apresentar<sup>21</sup>. Infelizmente, adentrar nesse debate foge aos limites do presente trabalho.

Posicionamentos preconceituosos referentes ao maior gasto de recursos públicos em saúde com pessoas idosas, por nos encontrarmos mais fragilizados e suscetíveis a adoecer nessa faixa etária, agregado ao aumento dessa população, tornam-se cada vez mais evidentes, nos mais diferentes lugares e situações. O acesso equitativo ao sistema de saúde,

que é lei, deve servir como reforço para a justificação de direitos e o abafamento de atitudes discriminatórias. Nesse mesmo sentido, alguns argumentam que o custo para o prolongamento da vida de pessoas idosas pode ser muito alto, além da maior probabilidade de insucesso terapêutico. Os que apontam para essas perspectivas justificam com o argumento de que desses investimentos possa decorrer falta de recursos para o cuidado de pessoas jovens, com maior chance de sucesso no tratamento (recuperação plena)<sup>22</sup>.

A aplicação do critério de Anos de Vida Ajustados à Qualidade (QALY) para análise da relação custo-benefício na aplicação de recursos em saúde, aos moldes do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), do Reino Unido, pode conduzir ao etarismo por basear-se no cálculo em anos da expectativa de vida de uma pessoa associados a um valor numérico arbitrário para a qualidade de vida, considerando tratamentos com menor impacto no prolongamento da vida de alguém, como tendo prioridade baixa. Esse tipo de análise termina por contemplar pessoas em idade produtiva e que muito provavelmente viverão por mais tempo. A preocupação torna-se ainda maior quando políticas públicas, usando uma lógica utilitarista, acabam por reproduzir atitudes etaristas<sup>23</sup>.

A própria proposição, mesmo que de modo menos explícito ou central, da idade cronológica como parâmetro isolado para triagem nos protocolos elaborados durante a pandemia de COVID-19, no Brasil, transgride os princípios de justiça, beneficência, não maleficência e o da dignidade humana. Esse último consta na resolução 1/2020, da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), e considera que "o respeito à dignidade humana deve ser o fundamento maior para as tomadas de decisão e condutas em saúde sem qualquer distinção que importe na desvalorização e discriminação de pessoas, comunidades e grupos socialmente vulneráveis"<sup>24</sup>.

A senilidade nos torna cada vez mais vulneráveis à medida que avança. O processo é contínuo e progressivo, influenciado não somente por questões de saúde, mas, também, econômicas e culturais. Numa tentativa de frear o crescimento do etarismo ao redor do mundo, a Organização das Nações Unidas (ONU) editou em dezembro de 2012 a resolução 67/139, com o objetivo de proteger os direitos e dar dignidade às pessoas idosas (60 e 65 anos de idade, respectivamente, para países em desenvolvimento e desenvolvidos)<sup>25</sup>. No entanto, esse evento não foi suficiente para apaziguar as investidas discriminatórias contra essa população.

Atitudes que caracterizam a discriminação de idosos na área da saúde podem ser percebidas na recusa a determinados procedimentos, testes diagnósticos e tratamentos, além de uma espécie de negligência ao não criar ensaios clínicos voltados para os problemas inerentes a esse grupo

etário. Em muitas ocasiões, suas queixas são desconsideradas e, mesmo, banalizadas como próprias da idade, sendo a justificativa dada pela impossibilidade de cura para muitas das enfermidades que os acometem<sup>26</sup>. Tal fato caracteriza a negação do direito de acesso aos benefícios proporcionados pelos atendimentos em saúde, o que se tornou ainda mais acentuado durante a pandemia do SARS-CoV-2.

Partindo do ponto de vista da implementação de políticas de saúde pública, a referência a ser tomada é a mensuração da justiça, uma vez que a alocação ampla de recursos deve garantir a eficácia máxima possível, sem deixar de considerar as limitações orçamentárias e os recursos humanos e materiais disponíveis, no intuito de reduzir danos. Diante da escassez de recursos, o Estado deve definir critérios que promovam a otimização e universalização dos cuidados necessários. Destarte, as políticas públicas devem vir ao encontro dos direitos de todos os cidadãos, de acordo com os direitos fundamentais garantidos pela Constituição Brasileira. Por outro lado, o texto constitucional revela limites para consumir esses direitos tendo em vista os possíveis custos para garanti-los. Reservas legais, proporcionalidade e razoabilidade são pesos a serem considerados nessa balança<sup>27</sup>.

Uma discussão mais ampla sobre os protocolos sugeridos e os efetivamente aplicados deve ser feita pela sociedade brasileira como um todo. Claramente, a primeira proposta da AMIB representava uma discriminação primária contra idosos. A segunda retirou completamente o fator etário das recomendações, substituindo-o pelo ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) que pontua segundo a capacidade da pessoa de se autocuidar. Procurou-se evitar o etarismo, mas cabe perguntar se, em geral, pessoas idosas não são menos capazes de cuidar de si mesmas e, portanto, se o etarismo é completamente evitado. Por isso, temos dúvidas se a questão foi bem equacionada e, dada a maior taxa de mortalidade constatada na seção anterior com correlação com faixa etária, precisamos buscar alternativas melhores.

Uma delas foi proposta por um grupo de bioeticistas que introduziram a questão etária apenas como critério de desempate quando pacientes apresentavam o mesmo quadro clínico (de Araujo *et al.*, 2023)<sup>28</sup>. Para alguns filósofos, dada a consideração igualitária de aplicar de início o SOFA a *todos* os pacientes indistintamente, essa proposta não representa preconceito etarista (Bonella, 2023)<sup>29</sup>. Certamente, a proposta não subscreve discriminações primárias e é igualitarista procurando salvar mais vidas. Seja como for, é necessário continuar o debate e buscar o melhor equacionamento possível considerando aspectos técnicos e éticos.

A busca de soluções efetivas e suficientes, fundamentadas em perspectivas científicas e filosóficas, devem ser o padrão ouro de referência, para que se evite preconceitos, discriminações e outras formas de injustiças. Os princípios de justiça distributiva devem predominar, bem como o acesso equitativo garantido para que cada um receba seus benefícios conforme suas necessidades. A Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso (2003) definem os direitos daqueles que se encontram na terceira idade, de ter uma renda mínima fornecida pelo Estado, se for o caso, assistência integral à saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dando direito de proteção e dignidade às suas vidas. A alocação de recursos deve, então, maximizar os parâmetros de justiça, atenuando vieses discriminatórios, como o critério idade, aplicado de modo isolado e aleatório, evitando que dê voz à sustentação de preconceitos e injustiças.

### **Considerações finais**

Ainda que o Estado Brasileiro tenha sido omissivo em diversos e variados aspectos relacionados à pandemia do COVID-19, incluindo a gestão dos recursos, a não definição de uma política de triagem única para todo o território nacional, o que possibilitou a criação de protocolos diversos, com conteúdo distintos, verificamos um enfraquecimento do critério idade enquanto referência forte para a tomada de decisões. A conscientização em relação ao conteúdo falacioso que envolve o argumento de que os idosos já viveram tempo suficiente, tendo completado seus ciclos de vida, foi decisivo para a garantia de cuidados necessários adequados a esses pacientes. Destaque-se o papel desempenhado pelas associações de especialidades médicas e, os profissionais médicos e filósofos comprometidos com os princípios éticos e bioéticos que regulam o exercício das profissões da área da saúde.

### **Notas**

<sup>1</sup> Mário Machado Filho é médico, professor no Curso de Medicina da UNIFEBE e doutorando em filosofia na Universidade Federal de Santa Catarina. Contato: [mario.filho@unifebe.edu.br](mailto:mario.filho@unifebe.edu.br). Orcid ID: 0009-0000-3332-7526.

<sup>2</sup> Darlei Dall'Agnol é Professor Titular da UFSC e pesquisador do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Contato: [ddarlei@yahoo.com](mailto:ddarlei@yahoo.com). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4203-1094>.

## Referências Bibliográficas

1. FORTES, Paulo A. C. O Dilema Ético de Priorizar Recursos Escassos. *Revista Rede Câncer*, nº 35, Rio de Janeiro – RJ: INCA, 2023.
2. REBELO, Tertius; TRAD, Giovanna; DI PIERRO, Milena B. S.; BATAGLIA, Renato. *Reflexões sobre a Alocação de Recursos Médicos Escassos na Época da Pandemia da COVID-19*. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/reflex%C3%B5es-sobre-aloca%C3%A7%C3%A3o-de-recursos-m%C3%A9dicos-escassos-tertius-rebelo> (acesso em 21/02/2024).
3. A AMIB retirou de seu site o documento, mas ele está preservado na página do projeto BioJusPan (Bioética, Justiça Distributiva e Pandemias): [https://biojuspan.paginas.ufsc.br/files/2023/06/Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://biojuspan.paginas.ufsc.br/files/2023/06/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf) (acesso 12/01/2024) A segunda proposta da AMIB também pode ser encontrada no centro de documentação do BioJusPan.
4. TUGENDHAT, E. *Lições de Ética*. Petrópolis: Vozes, 2009. p.373.
5. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm) (acesso 12 de janeiro de 2024).
6. ADLER, K.; BERENS, D.; ZUCKER, H. *Ventilator Allocation Guidelines*. Albany – NY. New York State Department of Health Task Force on Life and Law, novembro 2015. Disponível em: [https://www.health.ny.gov/regulations/task\\_force/reports\\_publications/docs/ventilator\\_guidelines.pdf](https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf)
7. EMANUEL, Ezekiel J.; PERSAD, Govind B. S.; WERTHEIMER, Alan. Principles for Allocation of Scarce Medical Interventions. *Lancet* 2009; 373:423-431.

8. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156> (acesso 21/02/2024).
9. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271> (acesso 21/02/2024)
10. ESTADO DO CEARÁ. [https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf). Pelo título do documento, podemos inferir que foi o AMIB I e não o AMIB II.
11. Há uma evidência documental no site do Ministério Público daquele Estado:  
[https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf) (acesso em 221/02/2024)
12. <https://cremers.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Resolucao-no-13-2020-1.pdf> (acesso em 12/01/24)
13. PERIN, M. De PANFILIS, L. Among equity and dignity: an argument-based review of European ethical guidelines under COVID-19. *BMC Med Ethics* (2021) 22:36.
14. NOLAN, M.B. *et al.* Mortality Rates by Age Group and Intubation Status in Hospitalized Adult Patients From 21 United States Hospital Systems During Three Surges of the COVID-19 Pandemic. *Chest Infections*, 2023, Jun, 163(6), p. 1390-1394.
15. BUTLER, Daniel R. Ageism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, vol. 9, issue 4, part 1, inverno 1969, páginas 243-246. Disponível em: [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)
16. PREVITALI, Frederica; ALLEN, Laura D; VALARMOVA, Maria. Not Only Virus Spread: the difusion of ageism during the outbreak of COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*: 2020 jul-oct; 32(4-5) 506-514. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507060/> (aceso em 21/02/24)
17. DOHMS, Marcela; GUSSO, Gustavo (Orgs). *Comunicação Clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde*. Porto Alegre – RS: Artmed, 2021.

18. RICCIONI, Luigi; Bertolini; Guido; Giannini; Alberto; VERGANO, Marco; GRISTINA, Giusepe; LIVIGNI, Sergio; MISTRALETTI, Giovanni. Clinical Ethics Recommendations for the Allocation in the Intensive Care Treatments, in Exceptional, Resource-limited Circunstances. *Recenti Progressi in Medicina*. 01 Apr 2020, 111(4):207-211. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32319442> (acesso 21/02/2024)
19. Conferir análise crítica do uso de princípios bioéticos durante a COVID-19 em: DALL'AGNOL, Darlei. *Bioética, biodireito & Biopolítica: reflexões filosóficas sobre uma pandemia*. Florianópolis – SC: Editora Insular, 2023.
20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*: Resolução CFM nº 2.117 de 27 de setembro de 2018. (Em vigor desde 30 de abril de 2019.)
21. Para uma discussão de princípios de justiça com uma proposta de convergência política num sistema misto de saúde ver: BEAUCHAMPS, Tom L; CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, NY – USA; Oxford University Press, 2009.
22. Conferir discussão sobre esse ponto em: FORTES, Paulo A. C. Orientações bioéticas de Justiça Distributiva Aplicada as Ações e aos Sistemas de Saúde. *Revista Bioética*. 2009, v. 16, nº 1.
23. SOARES, Tássia S; CORRADI-PERINI, Carla; MACEDI, Caroline P. L.; RIBEIRO, Uíara R. V. C. O. Covid-19 e Ageismo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde. *Revista Bioética*, 2021, v. 29, nº 2.
24. SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. Recomendação SBB 01/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZWYN64SVFmcVdJgHHR56GBL/?lang=pt> (acesso em 21/02/2024)
25. Resolução adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, de 2012. Disponível em: [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/67/139](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/139) (acesso em 21/02/2025)
26. SENGER, Emily. Ageism in medicine a pressing problem. *Canadian Medical Association Journal*. v.191, nº 2, p. 98-108. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/191/2/E55>
27. AMARAL, Gustavo. *Direito, Escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e decisões trágicas*. Rio de Janeiro – RJ: Editora Renovar, 2001.

28. de ARAUJO *et al.* Ethical guidelines for the allocation of scarce intensive care units during the COVID-19: discussing a Brazilian proposal. *J Eval Clin Pract.*, 2023, p.1-10

29. BONELLA, A. Allocation of scarce intensive care units in COVID-19 and ageism. In: Barbosa, E. (ed.) *Moral Challenges in a pandemic age*. New York/London: Routledge, 2023. p.225-235.

*Received/Recebido:* 31/01/2024  
*Approved/Aprovado:* 21/02/2024