

TRIAGEM MÉDICA EM PANDEMIA: UMA ANÁLISE DAS NORMAS
ÉTICAS E TÉCNICAS

Fernando Maurício da Silva¹
Faculdade Municipal de Palhoça

Resumo

Normas técnicas podem ser fazer necessárias para orientar processos de decisão em caso de necessidade de triagem médica em ocasiões de recursos escassos, relativos à pandemia de COVID-19, especialmente no que se refere à alocação de leitos de UTI e demais instrumentos correlativos. Uma análise cuidadosa dos protocolos e resoluções nacionais e internacionais sobre o assunto permite descrever até que ponto as normas técnicas expressam normas morais antes esclarecidas. Este mesmo método também permite avaliar quais os limites e as dificuldades éticas presentes nestes protocolos, apesar de sua relevância para auxiliar no peso da responsabilidade que recai sobre o profissional da saúde, bem como as consequências sobre a vida, a sobrevivência ou a morte dos pacientes. Neste sentido, argumenta-se sobre a relevância de distinguir com cuidado normas técnicas e normas morais em um contexto clínico, assim como a utilidade médica e a utilidade social no contexto da saúde pública.

Palavras-chave: Ética. Medicina. Triagem. Alocação. COVID-19. Protocolo.

Abstract

Technical standards may be necessary to guide decision-making processes in the event of the need for medical screening in times of scarce resources, related to the COVID-19 pandemic, especially with regard to the allocation of ICU beds and other related instruments. A careful analysis of national and international protocols and resolutions on the subject allows analyzing the extent to which technical norms express previously clarified moral norms. This same method also allows assessing the limits and ethical difficulties present in these protocols, despite their relevance to assist in the burden of responsibility that falls on the health professional, as well as the consequences on the life, survival or death of patients. In this sense, it is argued about the relevance of carefully distinguishing technical norms and moral norms in a clinical context, as well as medical and social utility in the context of public health.

Keywords: Ethics. Medicine. Triage. Allocation. COVID-19. Protocol.

1 Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Introdução

Sustentar ou não a distinção entre matar e deixar morrer já se tornou um problema conhecido entre eticistas. Questão similar diz respeito à antiga indagação sobre as diferenças entre fazer algo ou permitir fazer alguma coisa. Outra variação bem conhecida está no debate entre a responsabilidade sobre as consequências pretendidas ou as consequências previstas, previsíveis e prováveis. Questões sobre a distribuição das responsabilidades sobre os atos e sua implicação para o alívio dos profissionais forçados a escolhas difíceis no campo de sua profissão também são comuns a estes problemas. Tanto normas técnicas quanto normas estritamente morais são fomentadas para responder questões assim. Este é o caso dos protocolos médicos que regulamentam a distanásia em geral e, ainda mais específicos, protocolos que lidam com dificuldades similares por escassez de recursos em um período de pandemia. Em casos assim, as questões práticas exigem normas técnicas como fonte de solução, mas, uma vez que estas são insuficientes em alguns casos, surgem também indagações sobre quais normas morais estariam sendo sustentadas ou pressupostas para justificar aquelas normas técnicas e procedimentais. Neste sentido, as considerações seguintes dirão respeito ao atual contexto de pandemia de COVID-19. O objeto de discussão será a triagem médica em situação de escassez de recursos. A abordagem aqui desenvolvida dirá respeito à ética prática, sob a análise dos seus possíveis modelos em ética normativa. Não apenas alguns protocolos atualmente disponíveis serão discutidos, mas primeiramente seus pressupostos e implicações. Assim, questões sobre o uso de modelos bioéticos estarão presentes, assim como seus limites ou dificuldades.

Para uma primeira apreciação do problema ético, deve-se questionar se é legítimo falar em novas éticas ou se, inversamente, apenas os problemas éticos podem ser novos ou sofrer modulação, mas em geral as soluções éticas permanecem defensáveis? Quando a pandemias, desde considerável tempo surgiram importantes trabalhos e documentos internacionais sobre o assunto em suas diversas perspectivas, o que deverá servir aqui de ponto de partida. A conhecida pandemia de 1918, em Pittsburgh, que registrou casos e mortes em

períodos por segundo, em conjunto com o vírus aviário (H5N1), agora em 1997, levou ao surgimento de importantes protocolos internacionais. Entre as facetas do problema encontra-se a difícil questão ética sobre triagem médica em situação de escassos de recursos para toda demanda em uma pandemia. O problema da triagem, portanto, de forma alguma representa uma novidade, e questiona-se se as soluções éticas para a situação mais atual devem ou não ser repensadas? Por triagem – cujo termo deriva do verbo francês “*trier*”, “classificar” – entende-se em geral o processo de classificação de pacientes para determinar prioridades. No contexto de pandemia, sobretudo com recursos escassos, pergunta-se, por exemplo, quem recebe tratamento e qual nível de atenção médica? Como os hospitais, na falta de recursos para todos, classificarão os pacientes para determinar a prioridade do tratamento e quais critérios devem ser adotados? No limite surgirá a questão: Quem irá receber tratamento e quem não irá e, conseqüentemente, morrer? Como garantir tratamento ao maior número de pessoas sem, com isso, colapsar as instituições de saúde? A decisão que recai sobre quem não receberá tratamento, ainda que justificada por sua otimização, justifica ou não uma distinção entre matar e deixar morrer? Ora, estas questões e suas respostas incluem pressuposições que merecem crítica cuidadosa, sendo este exercício reflexivo o objetivo central deste trabalho.

O enunciado empírico do problema aludido foi enunciado, em março de 2020, do seguinte modo: 14% dos casos desenvolvem doença grave que exige internação hospitalar e oxigenoterapia e 5% vão necessitar de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), cuja maioria necessitará de suporte ventilatório (WHO, 2020). Esta situação pode implicar a chamada “escassez de recursos” e, apesar de seu caso extremo corresponder à necessidade de UTI, pode também referir-se a falta de profissionais de saúde, atendimento, medicações, equipamentos e, para não deixar de citar outro nível do problema, escassez de vacinas ou instrumentos e profissionais para a vacinação. Contudo, uma coisa é perguntar quais as causas do esgotamento dos recursos e outra é questionar como agir em situações deste tipo. Apesar de estas duas questões poderem ser tratadas independentemente, ainda assim podem admitir

intersecção e, por isso, será preciso explicitar ambos os lados do problema.

Um primeiro argumento moral de cunho casuísta é o seguinte: processos de alocação de recursos em esgotamento devem ser eticamente defensáveis, admitindo inclusive como evidência empírica que os profissionais de saúde costumam se interessar pelo conteúdo moral de suas ações e escolhas (SOKOL, 2020), o que costuma ser entendido como respeitando a condições de clareza (AMIB, 2020), transparência (SOKOL, 2020) e razões técnicas (BMA, 2020; WHITE, 2020a). Mas como normas técnicas e protocolares nunca são possíveis sem pressuposições normativas rígidas, a justificativa que os autores afirmam necessita de maiores análises. Não por acaso se costuma incluir como justificativa também “razões emotivistas”, como a minimização do peso da responsabilidade sobre o profissional da saúde (BMA, 2020) e dos danos a saúde mental dos mesmos (AYANIAN, 2020). Afirmar que tais decisões morais se justificam a partir do apoio institucional e jurídico que ampara o profissional é certamente relevante para a sua prática, mas é insuficiente quando se fala em *justificação normativa*, pois uma das razões do peso da responsabilidade existir está na necessidade de justificar a distinção entre matar e deixar morrer. A diferença entre justificação profissional e jurídica pode servir de exemplo inicial: é empiricamente verdadeiro que a responsabilidade distribuída (entre profissionais, sua equipe, a instituição de amparo e o sistema jurídico) otimiza as condições morais dos agentes e minimiza os efeitos-colaterais devido as suas escolhas, mas as diretrizes e protocolos institucionais podem estar mal justificados ou entrar em conflito com a liberdade e conscienciosidade de um profissional individual. Ou seja, é correto compartilhar questões de justiça distributiva com as autoridades competentes (AMIB, 2020), mas nem por isso a autoridade jurídica ou política é suficiente para a autorização moral (justificação normativa). Portanto, se empiricamente um protocolo institucionalizado não é dispensável, normativamente sua justificação apenas será razoável quando crítica.

Sabe-se que em condições comuns (de não escassez), muitos autores reconhecem a seguinte implicação: a oferta de leitos de UTI baseia-se na

necessidade de terapias de suporte orgânico e probabilidade de recuperação (CFM, 2016b, p.138); mas medidas de suporte orgânico (ventilatório, etc.) não mudam a evolução natural de uma doença em estágio avançado e próxima à morte (MORITZ, DEICAS, CAPALBO, 2011, p.24), tal que mesmo na não escassez de leitos de UTI a alocação deste deve basear-se no benefício prognóstico das terapias (CFM, 2016b, p.138), não sendo nem ilegal nem imoral não fornecer meios de suporte orgânico para pacientes em final de vida (CFM, 2006, p.169; BRASIL, 2010). Esta é, portanto, não apenas uma situação empírica, mas uma situação normativa de decisão institucionalizada, algum tipo de norma aplicada em um princípio de beneficência ou de utilidade. Mas uma concepção de avaliação de benefício não se justifica moralmente apenas mediante diretriz institucional compartilhada. Espera-se um pouco mais, isto é, que haja razões morais mais robustas e independentes de condições institucionais. Por exemplo, exigir o respeito à dignidade da pessoa (pacientes) em final de vida na forma de melhor qualidade de sobrevivência (tanto para controle dos sintomas quanto para acolhimento emocional e social) (WHO, 2018) não compreende apenas uma ampliação do cuidado como forma de beneficência, mas respeito como obrigação de levar em conta os interesses do paciente. Mas esta segunda exigência não pode ser tratada como um apêndice ao tratamento ou como obrigação de segunda ordem, a não ser que estivesse disponível em ética uma demonstração de hierarquia de valores morais, tal que a própria hierarquia (ações beneficentes pesam mais que respeito à vontade do paciente) estivesse normativamente justificada. Mas é bastante questionável pressupor este tipo de hierarquia normativa de valores. Sequer alegar o direito a uma “autonomia do médico” seria suficiente, pois a alegação da autonomia de uma pessoa somente faz sentido em função da autonomia do outro (seja o profissional ou o paciente). Portanto, mais de uma obrigação moral é genuinamente concorrente e um dos objetos da ética é responder como resolver este tipo de tensão, o que, quanto ao assunto aqui discutido, recai sobre o racionamento de recursos, sobretudo a alocação de leitos de UTI e ventilação. Enfim, para enunciar-se o problema geral relativo à pandemia, esta mesma tensão está presente em dois problemas:

Como minimizar a morbimortalidade durante uma pandemia?

Como garantir a saúde pública durante uma pandemia?

Para esclarecer cada um destes problemas e a tensão entre eles existente, será relevante começar pela apresentação das normas jurídicas e protocolos brasileiros e, em seguida, passar à análise normativa dos problemas deixados.

1. Normas protocolares e legais

O objetivo desta seção inicial será destacar as normas técnicas mais bem aceitas e explicitar em que medida as normas morais pressupostas ou pretendidas nem sempre equivalem às primeiras. Normas técnicas e normas protocolares podem incluir conteúdos morais, mas não são casos estritos de normas morais. Elas possuem o mesmo inconvenientes das normas delimitatórias, como as regras do jogo de xadrez ou do futebol: pressupõe uma noção explícita de bom e ruim ou certo e errado (para um jogo), mas não são formuladas de maneira a admitir a liberdade de questionar a regra, podendo ou não encerrar ou sair do jogo, podendo exigir novos valores para o jogo ou revisão do valor dos participantes do jogo, etc. Há ao menos duas razões: primeiro, a exigência de que cada jogador respeite as regras do jogo é tanto uma das regras operacionais do jogo quanto uma regra de cordialidade anterior que torna o jogo possível como um sistema de regras; segundo, a regra que exige respeitar o outro jogador seja qual for o resultado do jogo não é de modo algum uma regra do jogo, mas é estritamente uma regra moral. No caso de protocolos médicos estes dois casos tornam-se ainda mais significativos, já que há terceiros envolvidos. Do mesmo modo, uma análise das regras morais e jurídicas ligadas à triagem médica no Brasil deve reconhecer este problema e outros similares: critérios para alocação de recursos escassos incluem elementos técnicos, mas não devem se reduzir a isso. Uma boa solução é afirmar que normas técnicas devem ser usadas toda vez que traduzem normas morais antes aceitas. A primeira coisa a ser feita é definir quando qualquer protocolo deve ser aplicado. Quais as condições necessárias e suficientes para justificar protocolos de alocação de recursos

escassos? Razões frequentemente elencadas são as seguintes:

- (1) Declaração de estado de emergência em saúde pública (AMIB, 2020).
- (2) Tentativa anterior suficiente de ofertar tratamento (AMIB, 2020; WHITE, 2020b).

A primeira condição técnica deve incluir tanto a declaração governamental quanto o respeito às leis e direitos previstos juridicamente. A segunda condição inclui tanto o esforço substantivo de fornecer opções de tratamento e recurso, quanto a triagem e encaminhamento para outros leitos ou hospitais disponíveis, públicos ou privados, bem como o monitoramento técnico de previsão de esgotamento dos recursos. Ambas as coisas são certamente indispensáveis, é bom enfatizar, para que protocolos de triagem não sejam prematuros nem pulem tais etapas.

Mas como estas normas técnicas expressam obrigações morais? A resposta mais imediata estaria em recorrer a Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art. 1º, inciso III (a dignidade da pessoa humana como fundamental) e Art. 3º, inciso IV (promoção do bem de todos, sem preconceito ou discriminação de qualquer tipo). E a aplicação mais clara destes preceitos é que mesmo a não alocação – devida à escassez de recursos – jamais dispensa os cuidados dignos ao paciente no final de vida.

Contudo, ainda mais significativos são os preceitos encontrados no Código de Ética Médica (Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018), onde lemos: em “situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (Cap. 1, XXII) (CFM, 2018, p.179), sobre o que se deve acrescentar a proibição do médico abreviar a vida do paciente, mesmo ao pedido deste (Art.41). Certamente estas normativas são razoáveis. Porém, não são evidentes, menos ainda sua justificação moral, isto é, aquilo que é técnico e aquilo que é estritamente ético. Este é um exemplo de como normas delimitatórias nem sempre acompanham a justificação moral suficiente, embora possam acompanhar aceitação geral dos profissionais no interior de uma moral

tradicional, internalista (profissional) ou corporativista.

Uma forma interessante de compreender as divergências está simplesmente em comparar a formulação de normativas e resoluções. Assim, distinta é a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006 (CFM, 2006, p.169), onde se lê que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (Artigo 1º) e, em seguida, que “o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual” (Artigo 2º). Esta liberdade concedida ao médico de não prolongar o morrer (distanásia) costuma ser justificada em termos de que nem o paciente nem os demais envolvidos colherão benefícios. Similar a este argumento se encontra aquele outro que, também baseado no critério de maximização dos benefícios, afirma que o mau uso de leitos de UTI de modo distanásico pode contribuir para o esgotamento de recursos. Mas o que não se costuma observar é que o primeiro argumento não se justifica claramente, a não ser que leve ao segundo, pois a distanásia pode não ser mera obstinação terapêutica nem ser um meio de privar terceiros de benefícios possíveis. Inversamente, isto não poderia servir de razão para beneficiar terceiros apenas devido aos seus custos econômicos. Seja como for, seria preciso tecer uma discussão clara sobre a plausibilidade da distinção entre eutanásia e distanásia em todos os casos. Afinal, é contraditório, por um lado, proibir ao médico interromper uma vida mesmo sob pedido do paciente e, por outro lado, proibir ao médico continuar tratamento fútil. Ainda que fosse indubitável a Resolução CFM n. 1.805/2006 do Juiz Roberto Luis Luchi Demo (BRASIL, 2010), segundo a qual “a possibilidade de o médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto”, o valor desta jurisprudência para dar sustento às resoluções médicas deve permanecer aberto para a interpretação e a crítica. Como exemplo pode-se citar a Resolução

do C.F.M. nº 1.995, de 9 de agosto de 2012 (CFM, 2012, p.269), que dá ao paciente o direito de elaborar, com a ajuda de seu médico, as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) para definir os procedimentos em caso de terminalidade da vida. Não ficam claros os limites impostos à autonomia do paciente e à autonomia do médico quanto aos casos menos evidentes e ao diversos campos de ambiguidade que podem surgir. Os médicos costumam mesmo manifestar forte desconforto quando o assunto diz respeito a limitar a autonomia médica, como se fosse possível falar em qualquer autonomia sem os limites que acompanham esta autonomia em relação a do outro. Como se pode observar, as resoluções médicas adotam critérios mistos, ora de respeito à vontade do paciente, ora de maximização dos benefícios. Certamente é de se esperar, contudo, que em contextos de escassez de recursos o segundo tipo de justificação receba maior peso, mas não se pode perder de vista a obrigação referente a um dos critérios que justificam a aplicação de tais protocolos, a saber: que tenha sido garantida toda tentativa anterior suficiente de ofertar tratamento.

A Resolução do C.F.M. nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016 (CFM, 2016b, p.138), fornece os critérios de alta da UTI para maximizar a sua oferta (limitada) e o fluxo do seu uso, o que é feito novamente segundo critérios de maximização dos benefícios, em particular mediante graus de priorização:

1º prioridade	Para pacientes que precisam de suporte a vida, sem limitação no suporte terapêutico e com alta probabilidade de recuperação.
2ª	Pacientes de alto risco com necessidade de monitoração e sem limitação no suporte terapêutico
3ª	Pacientes que precisam de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação e com limitação no suporte terapêutico.
4ª	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, com alto risco de precisarem de intervenção imediata, com limitação de intervenção terapêutica.
5ª	Paciente em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação.

Estes níveis de priorização baseiam-se na *expectativa de benefícios*. Contudo, ao 5º nível de prioridade conclui-se a preferências por cuidados paliativos. Esta conclusão não se segue diretamente do critério de maximização, assim como não se justifica porque estes níveis não podem ser distribuídos na

forma de uma *escala móvel*, no lugar de serem rígidos. Assim, o uso de protocolos pode ser justificado para aliviar o peso moral sobre a responsabilidade de decisão dos médicos, mas esta justificação não pode ser a única nem suficiente, já que os mesmos profissionais de saúde devem poder reavaliar tais critérios a qualquer momento, por exemplo, tendo espaço para interpretar os níveis de priorização de forma móvel através de uma equipe e, quando for o caso, levando em conta possíveis reivindicações do paciente (DAV).

Diferente é o critério apresentado inicialmente pela AMIB para a medicina intensiva relativa ao COVID-19 (AMIB, 2020), cujos princípios para a triagem enfatizam tanto a *vulnerabilidade* quanto a *dignidade* humana, dois princípios a serem distribuídos por uma equipe de ao menos três profissionais experientes, o que pode incluir os critérios de chances e gravidade enunciados na resolução nº 2.156/2016 do CFM. Mas o que este último documento permite também indagar é se os critérios tanto do objeto da triagem quanto do próprio procedimento da triagem não devem ser discutidos. É por isso que a discussão com outras diretrizes internacionais se torna imprescindível. Neste campo, os autores costumam aceitar que o critério de ordem de chegada não deve ser aceito para situações de emergência com recursos inferiores a demanda (EMANUEL; PERSAD; UPSHUR, 2020), mas não exibem unanimidade sobre os critérios fundamentais (DAUGHERTY *et al.*, 2019, p.54), embora haja certo consenso em aceitar como princípio geral a priorização de pacientes com melhores chances de benefício e expectativas de sobrevida (CHRISTIAN *et al.*, 2014a, p.8-34). Outras diretrizes incluem o direito de passar por todas as etapas da vida (WHITE, 2020b). Por isso alguns autores defendem uma ordem de priorização: (1) salvar o maior número de vidas, (2) salvar o maior número de anos de vida, (3) garantir a passagem pelos diferentes ciclos de vida (WHITE; KATZ; LUCE, 2009, p.132; WHITE, 2020a). Assim, prioriza-se primeiro a sobrevida em curto prazo, em seguida a sobrevida a longo prazo e, por último, prioriza-se o indivíduo mais jovem em termos de oportunidade de passar por todos os ciclos de vida. Defende-se, com razão, incluir critérios de desempate para cada nível, não baseados em critérios de qualidade de vida (WHITE, 2020b), por serem

subjetivos (CHRISTIAN *et al.*, 2014a), mas em critérios objetivos, como *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) e *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE). Contudo, não se pode deixar de recordar que modelos prognósticos para tomada de decisões pode envolver incertezas relativas aos pacientes individuais quanto à predição por coortes, por exemplo, devido a não disponibilidade de todos os dados necessários para o cálculo do score ou erros na coleta de dados, o que se torna ainda mais incerto se (i) preferências do paciente forem consideradas; (ii) o custo para a aquisição da tecnologia de informação; (iii) as diferenças entre as estimativa da experiência do médico contra os resultados informatizados; ou ainda (iv) a crítica à predição baseada na mortalidade e não na qualidade de vida (KEEGAN; SOARES, 2016).

Autores que enfatizam a literatura bioética tendem a ressaltar que o processo de triagem deve ser justo, a incluir também condições de revisão (ESPINOSA *et al.*, 2020; SOKOL, 2020). Importante critério de justiça bem aceito é este: a triagem deve aplicar-se a todo paciente independentemente da doença (EMANUEL *et al.*, 2020), isto é, a discriminação não deve ser clínica, mas por probabilidade de benefício. Por razões similares, defende-se também que pacientes não priorizados na alocação devem receber cuidados não racionados, podendo levar em conta seu consentimento (ANZICS, 2020; AMIB, 2020). Até aqui, portanto, a justiça é sinônimo de imparcialidade, mas medida sob o critério de beneficência. Diferente é a regra, também bem aceita, de levar em consideração valores e desejos dos familiares, independentemente da prioridade alocada (ANZICS, 2020; RCP, 2020), assim como o respeito às diretrizes de vontade antecipada sobre recusa de tratamento de suporte (AMIB, 2020; CFM, 2012, p.269) e a exigência de formação de equipe de triagem em cada unidade de tratamento (AMIB, 2020; White *et al.*, 2009), que formam preceitos de justiça mais robustos. É neste momento, contudo, que critérios de justiça muitas vezes são utilizados sob a alegação de retirarem o peso da decisão do profissional individual (KRETZER *et al.*, 2020), o que, apesar de genuíno, não pode ser adotado com valor de princípio. Uma razão simples para isso é que a

comunicação com a família deve fazer parte das funções da equipe de triagem, tanto para consultar preferências quanto para coleta de dados, o que alarga o escopo de um princípio de justiça para variadas regras aplicadas.

Para concluir esta seção, é importante observar que o critério de triagem mais recorrente nas resoluções e demais documentos legais compreende a norma: salvar o maior número de vidas a curto prazo, conforme definições objetivas de graus de disfunção orgânica do paciente individual (segundo critérios do SOFA ou similar) (RAITH *et al.*, 2017). O segundo critério recorrente, como foi visto, seria: salvar o maior número de anos de vida, em termos de maior probabilidade de sobrevivência segundo a presença de comorbidades (novamente segundo critérios objetivos – SPICT, GSF-PIG, etc.) e segundo um tempo de vida definido (por exemplo, um ano de sobrevivência). Contudo, além de algumas dificuldades na determinação da objetividade alegada, também há a questão sobre qual destes documentos e por que um e não outro seria recomendável? Essa questão pode incluir esta outra: como não discriminar aqueles que ao menos indiretamente são afetados por pertencer a um grupo social? Parece mais fácil aceitar a faixa etária como critério de desempate, por exemplo, mas seria preciso levar em conta também condições demográficas caso se queira falar em justiça na área da saúde.

Ora, o NICE no Reino Unido inclui escores de triagem para a fragilidade clínica (NICE, 2020), isto é, que evidência de fragilidade é indicador para desfecho em UTI, mas sua objetividade é mais clara apenas quando comparados pacientes portadores de doenças crônicas e idosos com piora progressiva. Assim, no mínimo a obrigação de reavaliação do quadro deve ser reconhecida, além da própria revisão dos modelos baseados em quadros comparados. Certamente deve-se dizer a favor destes modelos de protocolo objetivos que a principal razão para a sua aceitação é o interesse pela imparcialidade, a não exclusão ou discriminação antecipada de nenhum paciente. Mas que um protocolo se justifique pela eliminação da subjetividade e aumento da imparcialidade não se confunde com o valor do mesmo protocolo para minimizar os impactos emocionais nos profissionais e equipes que operam a triagem e a decisão

(KRETZER *et al.*, 2020, p.18). Estes dois critérios são relevantes, mas apenas o primeiro é uma alegação ética direta. É duvidoso primeiro afirmar que “Reconhecemos que o protocolo proposto tem limitações quanto aos seus aspectos éticos e técnico” e, em seguida, entretanto, concluir que “Não existe protocolo eticamente perfeito e que alcance a ambição de captar uma universalidade moral” (*Idem*), pois com isso se pressupõe implicitamente a equivalência entre perfeição normativa e universalização. Ao contrário, a universalização em ética deve ser conquistada a cada momento pelos concernidos nas escolhas e envolvidos nas consequências, e não há qualquer dificuldade em universalizar este tipo de pretensão procedimental em sentido prático, assim como os princípios normativos comuns (respeito à dignidade, maximização do benefício, etc.) já estão sendo tomados como universais. O universal não é o incondicionado, não se confunde com “perfeição ética” e, se não há necessidade de assumir esta confusão, será possível guiar-se por normas universais elencadas por procedimentos de participação crítica. O inverso corre o risco de representar uma desculpa para a omissão da crítica e do debate moral. A imparcialidade dos protocolos é justa por se aplicar aos envolvidos – profissionais e equipe, paciente e familiares – e não por proteger um dos lados da relação. E, além disso, o critério de justiça aqui alegado permanecerá insuficiente em ética toda vez que os problemas a serem resolvidos não forem apenas questões de imparcialidade.

2. Distinguindo modelos éticos

Após distinguir obrigações propriamente morais e normas técnicas e ter compreendido como estas últimas são necessárias para portar as primeiras, mas não suficientes, será relevante tecer a análise dos modelos éticos propriamente ditos. Sobre isso, a literatura conhecida costuma defender ao menos cinco diretrizes:

(1) *Maximizar os benefícios produzidos pelos recursos escassos*. Maximizar benefícios pode significar duas coisas, e é importante que se distinga: (1.1) Salvar o máximo de vidas (dar prioridade ao maior número de vidas com probabilidade

de serem salvas) ou (1.2) Salvar o maior tempo de vida (dar prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento) (BIDDISON; BERKOWITZ; COURTNEY, 2014, p.146).

(2) *Priorizar pessoas em pior situação* (ROSENBAUM *et al.*, 2011;) (CHRISTIAN *et al.*, 2014b). Esta posição pode ser entendida de duas maneiras: (2.1) Priorizar o paciente mais doente ou (2.2) Priorizar os pacientes mais jovens, que terão vivido vidas mais curtas se morrerem sem tratamento.

(3) *Tratar as pessoas de forma igualitária*. A literatura apresenta diversas formas conhecidas sobre como tratar pessoas igualmente (PERSAD; WERTHEIMER; EMANUEL, 2009): (3.1) Por seleção aleatória; (3.2) Por sorteio; (3.3) Por ordem de chegada.

(4) *Promover prioridades às pessoas com valor instrumental*. Pessoas que portam valor instrumental para a produção de benefícios são aquelas que estão capacitadas ou instrumentalizadas para isso, como os profissionais da saúde. A concepção bioética sobre valor instrumental de agentes que de alguma forma podem contribuir com a minimização dos danos causados pela pandemia é não apenas conhecida, como também costuma ser bem aceita (ZUCKER *et al.*, 2015). Novamente, é possível distinguir duas variantes: (4.1) Dar prioridade àqueles que podem salvar outros (médicos, enfermeiros, pesquisadores, etc.), ou (4.2) Dar prioridade àqueles que salvaram outros no passado.

(5) *Priorizar indivíduos ou grupos segundo padrões econômicos*. Os eticistas costumam estar de acordo que esta não é uma posição defensável em sentido estrito (PERSAD *et al.*, 2009; ZUCKER *et al.*, 2015), caso esta posição seja interpretada deste primeiro modo: (5.1) Priorizar indivíduos segundo a riqueza. Por exemplo, alguém poderia defender priorizar pacientes capazes de pagar pelo tratamento e não paciente que fazem uso dos meios custeados pelo Estado, porque os primeiros estarão contribuindo para otimizar os meios econômicos necessários para os profissionais da saúde. Em sentido ainda mais amplo, alguém poderia argumentar que prejuízos econômicos são ou podem ser tão danosos à vida dos indivíduos quanto os riscos da pandemia, de maneira que a utilidade social pode ser mais relevante que a utilidade médica (clínica). Portanto, seria

devido: (5.2) Priorizar ou ao menos garantir a estabilidade econômica ponderada aos riscos de saúde.

Entretanto, outra variante, mais relevante e inserida nas resoluções nacionais e internacionais, como ficou visto na seção anterior, consiste nas considerações sobre os custos dos recursos a serem considerados nos modelos de triagem, sob argumento baseado em justiça e em relação à utilidade médica. Esta posição se torna menos ou mais absurda conforme a política de saúde de um país defina, para mais ou para menos, as condições de acesso ao tratamento médico segundo a capacidade de pagamento ou a relação entre oferta e procura durante a pandemia. As políticas de saúde dos EUA costumam aqui ser citadas como exemplo forte. Porém, quando se trata de uma pandemia, a posição estrita não costuma ser defendida pela maioria dos países (ROSENBAUM *et al.*, 2011). Por causa desta situação particular, esta posição será melhor discutida em um segundo momento. Nesta primeira parte será conveniente concentrar-se nas quatro primeiras posições, já que são estas que tocam mais diretamente o problema do médico em relação à triagem. Provisoriamente, contudo, ainda acerca desta diretriz (5), pode-se afirmar que: (5.3) seria razoável justificar uma relação entre utilidade médica e utilidade social se e somente se a última não fosse reduzida a utilidade econômica – pois as vantagens e desvantagens sociais também podem incluir necessidades demográficas, étnicas, etárias, etc. – e a primeira não fosse reduzida a protocolos clínicos – pois a utilidade médica em pandemia envolve também relevâncias epidemiológicas, saúde pública, testes e exames, campanha de vacinação, etc.

MODELOS	VARIANTES
(1) Maximizar os benefícios produzidos pelos recursos escassos;	(1.1) Salvar o máximo de vidas (dar prioridade ao maior número de vidas com probabilidade de serem salvas) ou (1.2) Salvar o maior tempo de vida (dar prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento).
(2) Priorizar pessoas em pior situação;	(2.1) Priorizar o paciente mais doente ou (2.2) Priorizar os pacientes mais jovens, que terão vivido vidas mais curtas se morrerem sem tratamento.
(3) Tratar as pessoas de forma igualitária;	(3.1) Por seleção aleatória. (3.2) Por sorteio. (3.3) Por ordem de chegada.

(4) Promover prioridades às pessoas de valor instrumental.	(4.1) Dar prioridade àqueles que podem salvar outros (médicos, enfermeiros, pesquisadores, etc.), ou (4.2) Dar prioridade àqueles que salvaram outros no passado.
(5) Priorizar indivíduos ou grupos segundo padrões econômicos ou utilidade social.	(5.1) Priorizar indivíduos segundo a riqueza. (5.2) Priorizar ou ponderar estabilidade econômica e riscos à saúde. (5.3) Priorizar ou considerar a relação entre utilidade social e utilidade médica.

3. Apreciando as variantes entre modelos éticos

Ficaram apresentados acima os principais modelos adotados para formular argumentos e diretrizes em triagem médica em pandemias. Tais modelos foram distinguidos entre si e também entre suas variantes. Isto tem dupla importância. Primeiro, tem-se defendido com frequência que os modelos (1) e (2) são opostos entre si (maximizar os benefícios de recursos escassos x priorizar pacientes em pior situação). Porém, as distinções mostradas permitem também aceitar que esta oposição ocorre mais claramente entre (1.1) “salvar o máximo de vidas” e (2.1) “priorizar o paciente mais doente”, pois não há oposição entre (1.2) “salvar o maior tempo de vida” e (2.2.) “priorizar os pacientes mais jovens”.

POSIÇÕES OPOSTAS:	POSIÇÕES INTERMEDIÁRIAS:
(1.1) Salvar o máximo de vidas	(1.2.) Salvar o maior tempo de vida
(2.1) Priorizar o paciente mais doente	(2.2) Priorizar os mais jovens

Salvar o maior tempo de vida pode significar priorizar os mais jovens. Assim, não há dificuldades lógicas em conciliar (1.2) “Salvar o maior tempo de vida” e (2.2) “Priorizar os mais jovens”, mas seria possível conciliar ambas as posições (1) e (2) como um todo caso fosse aceite alguma relação entre (1.1) “Salvar o máximo de vidas” e (2.1) “Priorizar o paciente mais doente”, seja por ponderação, especificação, priorização, etc. Isso será mostrado a seguir.

Segundo, o modelo (3) “tratar as pessoas de forma igualitária” costuma fazer oposição tanto à (1) “maximizar os benefícios” quanto à (5) “priorizar segundo padrões econômicos e utilidade social”. Porém, não será difícil compreender que, por um lado, há circunstâncias que justificam adotar o modelo

(3) “igualdade de direitos” em conjunto com o modelo (1) “maximizar os benefícios”, como é o caso do (3.2) “uso de sorteio” e, por outro lado, pode-se admitir a utilidade tanto médica quanto social em (4) “promover prioridades às pessoas de valor instrumental”.

Além disso, adotar a diretriz (3.3) “atender pacientes por ordem de chegada” tende – se pensada a partir das condições materiais dos indivíduos – a levar à aceitação mais estrita da posição (5.1) “priorizar indivíduos segundo a riqueza”, ou seja, indivíduos com maiores condições de procurar assistência de saúde, locomover-se até os centros de saúde ou residir em regiões mais próximas ou de melhor acesso, pagar testes e exames ou consultas e leitos de UTI, sempre estarão em vantagens quanto a ordem de chegada. Isto mostra algo muito relevante: que a posição “tratar as pessoas de forma igualitária” pode ser elaborada de modo compatível com “maximizar os benefícios”, assim como com “priorizar pessoas em pior situação”, mas nem tanto com “priorizar segundo padrões econômicos”. Esta é uma boa razão para estabelecer fortes ressalvas à forma como se costuma entender os “padrões econômicos”, seja para indivíduos ou grupos. A utilidade médica e a utilidade social não critérios morais distinguíveis.

RECONCILIÁVEIS	IRRECONCILIÁVEIS	PONDERÁVEIS
(3) tratar as pessoas de forma igualitária estrita.	(3.1) tratar as pessoas de forma igualitária por seleção aleatória;	(3.2) uso de sorteio
(1) maximizar os benefícios	(5.1) Priorizar indivíduos segundo a riqueza.	(5.2) garantir estabilidade econômica aos riscos de saúde

Se estas hipóteses forem corretas – como será discutido a seguir –, então um modelo misto (tanto entre benefícios e igualdade quanto entre utilidade médica e social) seria mais indicado que qualquer um daqueles modelos isoladamente. O Ministério da Saúde da Austrália já havia adotado um modelo misto para a pandemia de gripe (NSW, 2010) e esta parece ser a tendência dos eticistas ao menos em casos de pandemia ou de triagem em escassez de recursos (PERSAD; WERTHEIMER; EMANUEL, 2009). Isso deverá significar que não é tão importante decidir se a melhor proposta é a linguagem dos valores – como fazem as posições (4) “Promover prioridades às pessoas de valor instrumental” e (5)

“Priorizar indivíduos ou grupos segundo padrões econômicos ou utilidade social” – ou se a linguagem da justiça, do direito à vida ou dos benefícios – como nos casos (1) “Maximizar os benefícios”, (2) “Priorizar pessoas em pior situação” e (3) “Tratar as pessoas de forma igualitária”, uma vez que há bons motivos para aderir a todas elas, ainda que não sem especificações. A razão parece dever-se ao fato de não se estar diante de um único problema, mas de um conjunto de problemas ou, talvez, um problema com muitos modos, um problema modalizável: por um lado, a escassez de recursos, por outro lado, os direitos dos pacientes e, ainda mais, a dignidade das pessoas e os custos e riscos envolvidos.

4. Problemas adicionais a serem enfrentados

Duas questões prévias costumam ser afastadas neste ponto:

(I) É permissível suprimir um recurso escasso de um paciente para tornar possível salvar outro (a) com maior chance de viver ou (b) com chances de viver por mais tempo. Em outras palavras: deixar morrer um paciente X para salvar outro paciente Y que atende a melhores critérios, não é assassinato;

(II) Suprimir recursos escassos de um paciente em condições justificáveis não requer consentimento deste paciente.

A condição (I) tende a ser bem aceita (BIDDISON *et al.*, 2014; ROSENBAUM *et al.*, 2011). A condição (II) também é bem aceita *in abstracto*, mas encontra resistências quando pensada em função da forma de executá-la. Aqui não é o lugar de discutir diretamente estes dois pontos. Mas, por causa desta distinção, debate-se a forma de justificar o item (I) e a forma como o item (II) poderia ou não contribuir com a justificação fornecida para o item (I).

Para clarificar o problema, as cinco posições apresentadas inicialmente poderiam ser expressas na forma de múltiplas diretrizes. Sem definir uma hierarquia de princípios, teríamos normativas do tipo:

<i>Priorize as piores situações;</i>
<i>Forneça tratamento igualitário;</i>
<i>Promova trabalhadores da saúde;</i>
<i>Não aloque por ordem de chegada;</i>
<i>Aja conforme as evidências científicas;</i>

<i>Considere participação em pesquisas;</i>
<i>Aplique os mesmos princípios tanto para pacientes Covid-19 positivos quanto Covid-19 negativos.</i>

O primeiro problema comum que será enfrentado para a aplicação de diretrizes deste tipo diz respeito à dificuldade sobre decidir qual diretriz sobrepõem-se a outra quando não há forma de respeitar duas ou mais ao mesmo tempo. Uma teoria comum afirmará que, para o caso de recursos limitados, deve-se (A) salvar o maior número de pessoas e (B) maximizar o maior tempo de vida após o tratamento (BIDDISON *et al.*, 2014; ZUCKER *et al.*, 2015). Resumidamente: salvar mais vidas e mais anos de vida. Estes objetivos, entretanto, são compatíveis tanto com um modelo ético baseados em padrões utilitaristas (KERSTEIN, 2017) quando baseados em padrões de igualdade em justiça distributiva (CHRISTIAN, 2014b), assim como costumam vir acompanhados com preocupações deontológicas baseadas na dignidade do agente moral (o paciente clínico como capaz de escolher ou manifestar vontade ou preferência).

Infelizmente, entretanto, há outro problema adicional: priorizar o tempo de vida (1.2), isto é, salvar aqueles pacientes que portam a maior probabilidade de gozar um maior tempo de vida após a alta do tratamento, seja por razões utilitaristas (temos a obrigação de priorizar o tratamento de pacientes com maior probabilidade de tempo de vida) ou por razões deontológicas (temos a obrigação de priorizar pacientes mais jovens porque todos tem o direito de viver o maior número de etapas do desenvolvimento biológico de sua natureza), é bastante difícil de ser definido em situações de emergência (ROSENBAUM, 2011). Não por acaso muitos protocolos aderem a padrões objetivos de prognóstico, como o SOFA – deixando aberta a pergunta se este tipo de protocolo faz jus aos casos particulares.

Pretender cumprir a prerrogativa (1.2) “dar prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento” pode ser difícil quando exigir conhecer previamente maiores especificações sobre um paciente em particular, o que pode requerer certa demora de informações e, conseqüentemente, maiores problemas éticos e legais (HICK, 2020). Agrava-se ainda mais a questão se a alta de pacientes implicar sequelas significativas

futuras. Poder-se-ia defender como solução à exigência de informações ou ao menos encorajar os pacientes a fornecerem informações sobre que qualidade de vida futura esperam para si mesmos, caso recursos como ventilação ou outros não estejam disponíveis por alguma razão. Mas esta diretriz somente faria sentido como uma defesa de incremento da saúde pública. Isto é relevante, certamente, mas na situação de emergência isto não basta para responder à pergunta sobre como maximizar os benefícios de tempo de vida. Seja como for, este é um viés indiscutível para futuras críticas as políticas públicas.

Maximizar benefícios em caso de severa escassez de recurso significa priorizar pacientes que poderiam se recuperar no lugar daqueles que provavelmente não se recuperariam mesmo se recebessem tratamento. Esta priorização nos termos (1.2) tem como resultado geral a seguinte tendência: pacientes jovens gravemente enfermos são a maioria daqueles que possuem maior probabilidade de se recuperarem mediante tratamento e, portanto, devem ser priorizados quando comparados com pacientes mais velhos. Mas esta formulação pura e simples é materialmente equivocada, pois pacientes jovens também são aqueles que menos precisarão de atendimento emergencial no caso da pandemia por COVID-19. Além disso, esta resposta ainda manteria parte do problema adicional antes referido, pois “ainda assim (...) é possível que muitas pessoas tenham o mesmo prognóstico de recuperação, sem que haja recursos médicos disponíveis para todas elas”, o que poderia ser solucionado em termos de “ciclos de vida”, o que significa que “Teriam prioridade, nesse caso, pessoas com até 40 anos de idade; em seguida, pessoas entre 41 e 75 anos; e num terceiro grupo estariam as pessoas com mais de 75 anos de idade”, tal que a probabilidade de sobrevivência seria definível segundo critérios disponíveis à comunidade médica, tais como SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment Score*), SOFA, e APACHE II (AZEVEDO; BONELLA; DALL’AGNOL, 2020). Como já foi esclarecido, este tipo de proposta costuma ser entendida em termos consequencialistas, frequentemente utilitaristas, mas também é possível afirmar que “A proposta é “equitativa” porque todas as demandas serão igualmente consideradas”, acrescentando-se que “Quaisquer que sejam os critérios, é

fundamental que eles sejam aplicados de forma imparcial a todos os pacientes” (*Idem*). Poder-se-ia responder que a imparcialidade evocada é tão somente um metaprincípio, mas não compreende o conteúdo da regra prática “priorize os mais jovens”. Além disso, apesar de se falar em “equidade”, também se fala em “demanda”, o que significa que esta regra em particular representa uma razão consequencialista sem que se esteja aderindo ao utilitarismo no fim das contas. Certamente este tipo de posição não parece merecer ser chamada de igualitarista, mas ainda se pode argumentar que o conceito de “ciclos de vida” compreende um direito do indivíduo, extensão do direito à vida. Assim, nestes termos, a diretriz “priorize os mais jovens” não é estritamente utilitarista, ainda que não estritamente igualitarista. Trata-se de uma posição mista. Neste caso, é preciso estar atento à possibilidade desta norma induzir ao descuido, por exemplo, com pacientes idosos, isolando-os prioritariamente em quarentena apenas por razões de status social e não para acompanhares aos modelos públicos efetivos de quarentena, ou com crianças, não submetidas à distanciamento social sob alegação de não representarem grupos de risco. A ladeira escorregadia aqui ocorre quando se utiliza critérios clínicos de triagem para propor protocolos em políticas públicas, na forma de política econômica, cujo equívoco está no fato dos critérios objetivos de prognóstico do primeiro caso não serem implicáveis no segundo campo.

(1.2) priorizar o tempo de vida	Razões utilitaristas: temos a obrigação de priorizar o tratamento de pacientes com maior probabilidade de tempo de vida porque viver mais maximiza a forma de vida dos indivíduos.	a) pacientes jovens gravemente enfermos são a maioria daqueles que possuem maior probabilidade de se recuperarem e, portanto, devem ser priorizados.
	Razões deontológicas: temos a obrigação de priorizar o tratamento de pacientes com maior probabilidade de tempo de vida porque todos têm o direito ao maior número de etapas do desenvolvimento biológico.	b) maximizar os ciclos de vida de pacientes. c) exigir informações ou ao menos encorajar os pacientes a fornecerem informações sobre que qualidade de vida futura que esperam para si mesmos

Contudo, uma dificuldade ainda permanece: ainda que se possa desempatar a priorização entre dois pacientes com mesmo prognóstico através, primeiro, da gravidade da doença e das chances de sobrevivência e, segundo, de um critério de “ciclos de vida”, e ainda que se aceite que deixar morrer nestes

casos não é assassinato e que a autorização do paciente não deve ser prerrogativa, permanecerá questionável se os ciclos de vida devem ser definidos unicamente em termos biológicos e etários. Isto significa o seguinte: ser mais jovem é uma condição, mas não uma condição *a priori*, isto é, ser mais jovem é uma condição *a posteriori* que pode ser priorizada conforme as circunstâncias e não sempre para qualquer situação. Por exemplo, seria preciso acrescentar a “ser mais jovem” o critério “ter condições de sobrevivência”. Não se pode confundir condições *a posteriori* de priorização de ações a serem adotadas e as condições *a priori* de raciocínio prático. Distribuir recursos de forma igual quando as pessoas estão em igualdade de condições, assim como julgar as pessoas de forma imparcial, são razões *a priori*. Mas nada disso impede de fazermos priorizações *a posteriori*, dada às circunstâncias. Logo, é defensável o dever de priorizar os mais jovens, contanto que se trate disso como uma condição condicionada por circunstâncias complexas. As consequências que aqui se pretende retirar desta observação serão apresentadas a seguir.

5. Onde aplicar as diretrizes éticas?

Ao longo de uma pandemia os recursos escassos para condições críticas dizem respeito a diversos elementos, tais como: disponibilidade de testes, leitos de UTI, ventilação mecânica, tratamentos medicamentosos (antivirais, etc.) e vacinas. A quem estes recursos devem ser destinados quando forem escassos? As discussões precedentes permitem assumir a seguinte ordem de priorização.

Primeiramente, deve-se “(1.1) priorizar o objetivo de salvar o máximo de vidas (dar prioridade ao maior número de vidas com probabilidade de serem salvas)”. Contudo, esta prioridade deve vir junto daquela que exige “(2.1) priorizar o paciente mais doente”. Mas este segundo critério não se aplica igualmente à necessidade de (i) receber atendimento medicamentoso e (ii) ser internado em uma unidade hospitalar. Mesmo em situações de escassez, obviamente não absoluta, ainda pode-se buscar recursos alternativos para compatibilizar ambas as diretrizes.

Em seguida, quando houver impedimento para as diretrizes acima, deve-se “(1.2) salvar indivíduos com probabilidade de maior tempo de vida (dar prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento)”, o que na maioria dos casos significa “(2.2) priorizar os pacientes mais jovens, que terão vivido vidas mais curtas se morrerem sem tratamento”, embora não necessariamente.

Depois disso, deve-se sempre priorizar os profissionais que estão na linha de frente, isto é, aqueles que cuidam diretamente dos pacientes ou da infraestrutura, não devido a serem mais merecedores, mas devido ao alto risco da profissão e devido ao valor instrumental que possuem para as ações contra a pandemia (CDC, 2018). Entretanto, considere-se aqui a ressalva de que esta diretriz não precisa ser priorizada posteriormente as anteriores, pois não é de mesma ordem e, deste modo, pode ser concomitante. Acrescente-se que pesquisadores de vacinação e medicações deverão receber alguma priorização. É neste ponto que será encontrado com mais frequências às alegações que abusem do argumento “(5) priorizar valores instrumentais econômicos e sociais”, abuso entendido em termos de priorizar os profissionais em situação crítica que, entretanto, sejam mais ricos (BIESECKER; SMITH; REYNOLDS, 2020) ou possam incrementar recursos econômicos, bem como paciente mais ricos, supostamente em melhores condições de “contribuírem” com a sociedade.

Além disso, costuma-se aceitar o dever de, diante de pacientes com prognósticos iguais, aplicar critérios de igualdade na forma de alocação aleatória ou sorteio, jamais na ordem de chegada ou fila. Ainda que se pudesse usar o critério de alocação por fila (o primeiro a chegar será o primeiro a ser atendido), em situações não pandêmicas, da mesma forma que este tipo de alocação por fila tende a sofrer ponderações para casos de maior urgência, também na pandemia atender o paciente por ordem de chegada tenderá a privilegiar certos pacientes com maiores recursos econômicos, como aqueles que moram mais perto de centros de saúde, aqueles que dispõem de melhor condução urbana, aqueles que vivem em regiões de maior atendimento, além de dois graves problemas adicionais: primeiro, pode promover a violência entre pacientes; segundo,

pessoas que ficam doentes mais tarde, muitas vezes por terem aderido adequadamente às recomendações de isolamento social, tenderão a ser excluídas do tratamento escasso se for adotada alocação por ordem de chegada (NSW, 2010). Este é claramente um problema de justiça sobre saúde pública, o que confirma que questões sobre justiça não são secundárias nas discussões sobre triagem em grave escassez de recursos.

Ademais, em caso de vacinas escassas, parece unanime aceitar como dever priorizar a vacinação não de pacientes jovens, já que vacinação se refere à prevenção da doença, não ao seu tratamento ou cura, e porque as consequências do COVID-19 são frequentemente piores em pacientes idosos e/ou com condições crônicas do que em jovens (WU; MCGOOGAN, 2020). Além de idosos, portadores de enfermidades crônicas seriam também prioridades no caso de vacinas insuficientes. Certos profissionais, como médicos, enfermeiros, professores, etc., pelo ambiente e tempo de exposição em que podem se encontrar, também deveriam ser priorizados. Da mesma forma, em alguns casos particulares em que a triagem recaia entre jovens e idosos, por exemplo, para certos tratamentos experimentais imediatos, talvez fosse o caso de priorizar o idoso antes dos jovens com condições maiores de sobrevivência. Inversamente, pacientes jovens poderão ser priorizados mesmo para vacinação quando evidências epidemiológicas forem significativas para reduzir mais ou menos drasticamente números de infectados, de forma mais ou menos regional – mas este último critério exigiria maiores definições para um quadro de exceção.

Por fim, deve-se não admitir diferença para a alocação de recursos escassos para tratamento de pacientes acometidos de COVID-19 ou outra enfermidade, pois o recurso escasso diz respeito a toda demanda por UTI. A alocação justa aqui se refere aos benefícios aplicados a todos os pacientes que necessitam de recursos. Mas a justiça também se refere aqui ao acesso aos recursos de saúde, que permanecem sendo direito dos indivíduos e, portanto, seria um dever priorizar pesquisas ligadas ao COVID-19 sempre que a gravidade das consequências e as chances de resultados efetivos estiverem no horizonte das evidências científicas, jamais de outra ordem. Em suma, pode-se visualizar este

resultado reordenando o quadro inicial. O quadro seguinte sintetiza o que ficou dito:

Diretrizes a serem prioritariamente compatibilizadas sempre que possível:	Na impossibilidade de compatibilizar, deve-se adotar a seguinte ordem de priorização:
(1) (1.1) Maximizar os benefícios produzidos pelos recursos escassos e (1.2) Priorizar pessoas em pior situação.	1º Priorizar o paciente mais doente ou em pior situação, 2º Salvar o máximo de vidas (dar prioridade ao maior número de vidas com probabilidade de serem salvas) 3º Salvar o maior tempo de vida (dar prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento). 4º Priorizar os pacientes mais jovens, que terão vivido vidas mais curtas se morrerem sem tratamento.
(2) (2.1) Tratar as pessoas de forma igual; (2.2) Manter padrões razoáveis de justiça em saúde pública.	5º Usar seleção aleatória nos casos de prognósticos similares em que a triagem necessita de desempate e os critérios de tipo (1) não se aplicam. Corolário: Não utilizar seleção por ordem de chegada.
(3.1) Promover prioridades às pessoas de valor instrumental na linha de frente; (3.2) Dar alguma prioridade para aqueles em condições de fornecerem contribuições mais substantivas com evidências, como participantes de pesquisa, sejam pesquisadores ou pesquisados.	6º Dar prioridade àqueles que podem salvar outros (médicos, enfermeiros, pesquisadores, etc.), 7º Dar alguma prioridade aqueles que participam de pesquisas de evidência relevante, ainda que não participem da linha de frente, pesquisadores ou pesquisador, em respeito a sua autonomia. 8º Dar prioridade àqueles que salvaram outros no passado.

Deve-se ler o quadro do seguinte modo: os itens (1) e (2) devem ser priorizados em conjunto; em caso de impossibilidade, devido à escassez crítica, o item (1) deve ser priorizado sobre o (2); na priorização de (1), as ações prescritas em (1.1) “Maximizar os benefícios produzidos pelos recursos escassos” e (1.2) “Priorizar pessoas em pior situação” devem ser priorizadas em conjunto; na impossibilidade desta compatibilização, o item (1) deverá ser discriminado em uma ordem de priorização que atende ao menos aos quatro critérios descritos na coluna da direita da tabela; o item (2) deve rejeitar a seleção por fila e aderir à seleção aleatória; enfim, os itens (2.2) “Manter padrões razoáveis de justiça em saúde pública”, (3.1) “Promover prioridades às pessoas de valor instrumental na linha de frente” e (3.2) “Dar alguma prioridade para aqueles em condições de fornecerem contribuições” formam em conjunto uma

resposta aos argumentos de tipo (5) enunciados inicialmente.

6. Justiça e Saúde Pública durante pandemia

Antes de entender e julgar o quadro acima, há outro problema que precisa ser enfrentado: modelos éticos teóricos podem ser corrompidos na prática pela moral vigente ou critérios de utilidade não médica. É fato conhecido que a “Grande Pandemia” (H1N1), de 1918, matou de 25 a 100 milhões de pessoas no mundo, seguida da “gripe asiática” (H2N2), de 1957, que matou aproximadamente 2 milhões de pessoas, e a chamada “gripe de Hong Kong” (H3N2), de 1968, com aproximadamente 1 milhão de mortos. As razões dos altos números são várias, incluindo a escassez de recursos, desde leitos e respiradores até vacinas, medicações e profissionais. Uma vez que a ética é feita por agentes dotados de variados interesses, variadas concepções de justo, bom e correto, bem como vivendo em condições igualmente variadas durante a pandemia, é perfeitamente possível que um indivíduo ou grupo, quando dotado de algum tipo de poder para isso, faça um uso precipitado do quadro acima, isto é, aplique regras de triagem para recursos escassos antes mesmo de garantir a existência de condições reais para isolamento social, testes de diagnóstico para COVID-19, construção de hospitais de campanha ou similares, custeio de pesquisa e distribuição de vacinas e medicamentos, etc. Em outras palavras: a real situação regional de uma pandemia pode ser adulterada e um modelo ético de triagem pode ser usado e recomendado precocemente, corrompendo obrigações que deveriam ser atendidas antes de se tornar obrigatório o uso de critérios de triagem em escassez de recursos. Além disso, a própria utilidade médica como critério ético pode ser corrompida toda vez que o profissional fazer da técnica médica um critério rígido sobreposto às questões sobre pesquisa envolvendo seres humanos, ou fazer dos critérios metodológicos de medicina baseada em evidência um meio para omitir questões apresentadas pela medicina centrada na pessoa. Isso significa, é importante esclarecer, que estas “interferências” podem ter fontes diversas, desde interesses políticos e econômicos até interesses

sociais orientados por falta de informações. Acrescente-se, enfim, que a renúncia sistemática da indústria farmacêutica em investir em pesquisas de novos antibióticos, antivirais ou mesmo vacinas, devido a sua não prioridade financeira, em forte contraste com a ampla pesquisa com medicamentos para doenças cardíacas e impotência sexual masculina, apesar do reaparecimento de doenças antigas em algumas regiões e apesar das pandemias anteriores, também poderia induzir a supervalorizar e antecipar modelos éticos de triagem. Por causa destas dificuldades e similares, o quadro anterior deve ser também entendido sob uma perspectiva ligada à saúde pública durante pandemias. Como a ética não pode tomar por pressuposto a existência de “homens de boa vontade”, segue-se que o respeito a um princípio de justiça deve *também* permanecer presente durante todo processo, não primeiramente em seu sentido jurídico, mas ético, isto é, mediante procedimentos de decisão que envolva ao máximo possível os concernidos no processo e os afetados pelas consequências.

Certamente a questão basilar é: *Como minimizar a morbimortalidade durante uma pandemia?*”, questão que rapidamente se transforma nesta outra: *“Como garantir a saúde pública durante uma pandemia?”*. Alguém poderia dizer que há aqui um dilema ou um conflito entre saúde comunitária e saúde do indivíduo, tal que (P.1) Dado o alto valor instrumental da saúde comunitária, (P.2) e que o forte prejuízo à saúde comunitária não se justifica em nome da saúde de indivíduos isolados, então (C) é melhor aceitar certo número de mortos do que causar fortes prejuízos a saúde comunitária, cujas consequências poderiam ser ainda piores.

Não é difícil mostrar que este tipo de argumento é enganoso, fazendo uso de um estratagema para fins extrínsecos. Isto pode ser constatado pela análise de uma das diretrizes elencadas no quadro anterior: (2.2) “Manter padrões razoáveis de justiça em saúde pública” (durante a pandemia). Por que esta diretriz deveria ser incluída mesmo em um quadro de recomendações para triagem médica durante uma pandemia? A tensão entre as questões “como minimizar a morbimortalidade durante uma pandemia?” e “como garantir a saúde pública durante uma pandemia?” não pode ser entendida como um dilema.

A recomendação “(2.2) manter padrões razoáveis de justiça em saúde pública” pode ser entendida de forma a responder as duas questões. Caso isto não seja possível, então haverá risco de usos precoces e abusivos de modelos de triagem médica para recursos escassos em pandemia, incluindo a vacinação.

Os defensores deste uso distorcido de modelos éticos parecem aderir a seguinte norma: (A) *Deve-se proteger a saúde pública mediante o equilíbrio entre os interesses dos indivíduos e os interesses comunitários*. Esta norma aparente, antes uma falsa crença, é contrária aquela diretriz ética frequentemente defendida por autores utilitaristas, a saber: (B) *Deve-se promover o equilíbrio dos interesses de todos os indivíduos envolvidos da comunidade*. Esta última expressa uma das linhas de solução ao “conflito” entre saúde individual e comunitária ou *utilidade médica e utilidade social*, e é preciso compreender que ela expressa o contrário da falsa crença enunciada em (A), sobre equilíbrio entre indivíduo e comunidade. Note-se que o padrão (B) trata do equilíbrio entre os interesses dos indivíduos e não o equilíbrio entre o interesse do indivíduo e o interesse comunitário. Este segundo tipo de equilíbrio é uma forma corrompida do problema, já que a comunidade é formada de indivíduos nela interessados e não uma entidade com existência orgânica própria. A ética da triagem médica para recursos escassos, assim como modelos éticos para maximização de benefícios disponíveis existe justamente para garantir a norma enunciada em (B) e evitar a distorção do tipo (A). Afinal, o equilíbrio entre interesses inclui tanto a vida de pacientes quanto a vida de profissionais, todos expostos à pandemia. A pergunta “como proteger a saúde pública?” pode levar a falsa crença de que a saúde comunitária é um ser vivo necessitando ser protegido ou salvo. Este antigo mito animista, que concebe instituições sociais e entidades econômicas como um organismo vivo, dotado de funcionamento próprio, necessita ser afastado. É a má compreensão desta pergunta que leva a crença de que priorizar a ação de “salvar” a saúde comunitária garantirá um maior número de vidas individuais salvas em seguida. A questão que está efetivamente em jogo é como utilizar as instituições sociais e políticas disponíveis como instrumentos ou meios para salvar vidas e evitar os riscos da pandemia. A distorção estaria em tratar o valor

instrumental da saúde comunitária como se fosse um valor intrínseco. Certamente o valor instrumental de profissionais, hospitais e pesquisas deve receber a priorização adequada. Mas isso ocorre porque o valor intrínseco está nos indivíduos, os quais instituíram a saúde comunitária previamente como *meio* para garantir e proteger seus interesses, como saúde, integridade e bem-estar. Assim, certamente em situações de escassez pode ser necessário *um equilíbrio entre os interesses dos indivíduos*, chegando às diretrizes e protocolos para triagem médica, mas isto é o contrário da falsa opinião dirigida a *salvar primeiro as instituições de valor comunitário*, públicas e privadas. E caso este “valor da saúde comunitária” significar o valor epidemiológico e demográfico em saúde, então com maior razão serão necessários critérios de justiça para com populações de maior risco.

Enfim, pode-se acrescentar de passagem que, já que este não é o objeto deste estudo, se instituições de saúde não podem ser priorizadas em termos de saúde comunitária para o “bem geral”, então compreenderia erro idêntico defender qualquer “bem essencial” como prioritário apesar dos riscos moderados, graves ou gravíssimos – agravados, por exemplo, pela falta de vacinas, medicações, leitos hospitalares e profissionais – como é o caso de ambientes escolares, festivos, etc. Mais uma vez, expressões como “saúde geral”, “bem geral” ou “bem essencial” não possuem referência e seu sentido é vago o suficiente para ser manipulado por todo tipo de interesse extrínseco, pois a saúde e os bens em questão (direitos individuais de bem-estar e liberdade) devem ser garantidos quando dirigidos aos indivíduos.

Além disso, a pergunta retórica “como proteger a saúde pública?”, ou seja, o problema acerca da relação entre saúde individual e saúde comunitária, tem recebido um segundo tipo de resposta, a saber: (C) *A maximização dos benefícios em saúde pública minimiza tanto os encargos à saúde comunitária quanto os danos aos indivíduos*. Como se pode observar, enquanto a posição (B) “*Deve-se promover o equilíbrio dos interesses de todos os indivíduos envolvidos da comunidade*” compreende uma solução utilitarista, endossada por um grande número de eticistas, a posição (C) “*A maximização dos benefícios em saúde*

pública minimiza tanto os encargos à saúde comunitária quanto os danos aos indivíduos” sustenta-se em alguma concepção de justiça distributiva.

Por que são possíveis estas duas posições como resposta a pergunta inicial? Esta situação permite entender melhor que o problema levantado está entre a *utilidade médica* e *utilidade social*. O conflito entre estas duas utilidades é inerente à medicina em qualquer situação e, por isso, não pode ser entendido como um problema extrínseco. Com efeito, enquanto “utilitarismo” significa aceitar como padrão de conduta os *valores* do bem-estar, maior felicidade ou preferências nas consequências de nossas ações, “utilidade” significa o equilíbrio de benefícios e encargos, a fim de otimizar os melhores resultados gerais. No primeiro caso pretende-se maximizar valores, no segundo caso quer-se otimizar resultados cujos valores são variáveis. Portanto, alguém pode assumir um padrão utilitarista sem adotar valores econômicos de utilidade, assim como cálculos de utilidade bem fundamentados podem ser rejeitados pelo utilitarista por não efetivarem os valores morais de maior felicidade ou similares. Portanto, assim como dotar variáveis de utilidade não é o mesmo que aderir ao padrão utilitarista, do mesmo modo é perfeitamente possível adotar padrões não utilitaristas para garantir a utilidade médica ou a utilidade social.

É esta distorção que deve ser cuidadosamente evitada pelas comissões éticas. Além disso, e este é o ponto relevante, o padrão utilitarista pode ser reconhecido de forma não estrita, mas em termos de princípio de beneficência. Por exemplo, em utilidade médica se aceita com frequência critérios típicos como a probabilidade do benefício, a duração do benefício e a urgência do caso, sem que isso se esgote em algum padrão ético último. Do mesmo modo, a maximização recomendada em (C) “*a maximização dos benefícios em saúde pública minimiza tanto os encargos à saúde comunitária quanto os danos aos indivíduos*” dirige-se mais a critérios de utilidade incorporados em uma teoria da justiça do que ao padrão utilitarista estrito. Por esta razão, adotar normas tanto de tipo (B) “*deve-se promover o equilíbrio dos interesses de todos os indivíduos envolvidos da comunidade*” quanto de tipo (C) é tão plausível quanto recomendado. E notemos: se ambos os tipos de normas forem aceitos, então

haverá agora duas boas razões para recusar a distorção expressa em (A) “*deve-se proteger a saúde pública mediante o equilíbrio entre os interesses dos indivíduos e os interesses comunitários*”.

A utilidade social é mais controversa que a utilidade médica para fins de racionamento, embora possa ser relevante e decisiva em certos casos. Qual caso poderia ser caracterizado para que se defina a relevância entre utilidade médica e utilidade social? A justificação da utilidade social são os benefícios sociais futuros dos sobreviventes, como retorno do investimento da sociedade sobre um indivíduo, admitindo que a seleção socio-utilitarista se justifica com base nas instituições médicas serem produtos institucionais. A réplica está em mostrar que julgamentos de valor social impediriam a confiança nos médicos, que teriam que se preocupar com as necessidades sociais além das necessidades de seus pacientes, bem como a ausência de critérios aceitáveis sobre o que seja uma vida de valor, o papel social das pessoas, a violação ao respeito igual e a negação da justa igualdade de oportunidades.

Dito isto, pode-se aceitar que critérios de utilidade devem dizer respeito tanto a salvar o maior número de vidas ou tratar primeiro os doentes graves, quanto para garantir o equilíbrio equânime entre os melhores interesses de todos os indivíduos que possuem o direito de serem tratados, assim como para garantir a proteção da saúde pública sem conflito com os interesses individuais. É por isso que é possível afirmar que: (α) Em condições normais todo paciente tem direito de receber os cuidados necessários à sua saúde.

Porém, como as causas e os envolvidos no problema são variados e variados são também seus interesses, torna-se necessário fazer algumas distinções. A primeira delas é a distinção entre um problema ético e um problema médico (similar à distinção anterior, entre normas éticas e normas técnicas). A segunda compreende a diferença entre critérios de decisão para recursos escassos e para priorização de pacientes na triagem. Critérios de *utilidade médica* incluem critérios de seleção de potenciais receptores de tratamento (clientela, progresso da ciência e perspectiva de sucesso), mas também de seleção não baseada no tratamento (triagem, utilidade médica,

utilidade social e mecanismos de sorteio ou fila). Quanto à *seleção de potenciais receptores de tratamento*, problemas típicos são (i) as *características do paciente*: os clientes tendem a ser pensados segundo grupos, que podem incluir critérios não-médicos como a jurisprudência ou a capacidade de pagar, critérios extra-médicos controversos como o geográfico, por exemplo, no caso de excluir estrangeiros de filas; (ii) o *progresso da ciência*: o avanço da ciência e tratamento em pesquisa é um critério médico relevante principalmente em fases experimentais de tratamento; (iii) *perspectiva de sucesso*: por exemplo, se a perspectiva de sucesso para tratamento experimental ou rotineiro. Contudo, a questão é se o critério de sucesso deve ser unicamente clínico ou se também social. É controverso se os critérios atualmente vigentes se baseiam na utilidade médica, social ou ambas, pois são igualmente discutíveis para definir utilidade médica e utilidade social indicadores do tipo “sexo, raça, idade, estilo de vida, inserção em estrutura social”, etc. Um recurso importante às vezes usados são as “estruturas de apoio”, a exemplo da família, favorecendo o sucesso global do tratamento, desde que estas estruturas de apoio sejam qualificadas para assegurar que os valores aceitos são defensáveis para as probabilidades de sucesso.

A *utilidade médica* significa o uso eficaz e eficiente dos recursos médicos escassos e é razão indiscutível para alocar recursos escassos. A dificuldade deve-se a diferença entre necessidade médica x perspectiva de sucesso. Contudo, tanto a necessidade médica quanto a probabilidade de sucesso são premissas relevantes, tanto para evitar desperdício de recursos quanto para salvar o maior número possível de vidas; outras vezes estes dois elementos entram em conflito, por exemplo, salvar um paciente cuja necessidade emergencial consome recursos de modo inapropriado. Além disso, pode ocorrer conflito entre critérios médicos inerentes, como decidir dar prioridade aos pacientes em pior estado ou com maior urgência, ambas em relação ao possível uso ineficiente de recursos. Por isso, concepções de triagem e racionamento que excluem inteiramente considerações de utilidade médica no uso dos recursos são indefensáveis. Contudo, se os julgamentos de utilidade médica não são suficientes por si

mesmos, isto é razão para passar ao uso de seleção aleatória e não a exclusiva *utilidade social*.

Quais casos deveriam ser caracterizados para que se defina a relevância entre utilidade médica e utilidade social? Como ficou dito, a justificação da *utilidade social* costuma se referir aos benefícios sociais futuros dos sobreviventes – o retorno do investimento da sociedade sobre um indivíduo –, cuja réplica está em mostrar que julgamentos de valor social impediriam a confiança nos médicos e nas próprias instituições de saúde, quando preocupados com as necessidades sociais além das necessidades de seus pacientes, etc. Do mesmo modo, a seleção aleatória se justifica em alguns casos de escassez, mas é inaceitável a seleção aleatória baseada em posição social, pois apenas aceitável por oportunidade justa, quando a necessidade médica excede a oferta, mas sem usar critérios sociais. A crítica estaria em dizer que a seleção aleatória é uma recusa irresponsável em tomar decisão. A réplica consiste em mostrar que a seleção aleatória traz benefício utilitarista e evita a culpa. Uma pergunta adicional seria se necessariamente quem já está em tratamento em UTI tem prioridade e se isto não significa aderir a uma seleção por fila? Assim, haver pouca disparidade em utilidade médica é o critério para aceitar a seleção aleatória, isto é, filas e sorteios só se justificam se controlados pela utilidade médica e a equidade. Portanto, podemos dizer que: a seleção aleatória é justa se e somente se o benefício médico for antes determinado. Isto não significa paternalismo moral por se distinguir necessariamente *processo* justo e *sucesso* justo, e só valer para a situação de racionamento. A biomedicina e a clínica somente adquirem prioridade justa por escassez e não por virtude ou autoridade epistemológica.

Em geral se entende que um modelo ético para triagem é uma versão do modelo socio-utilitarista, isto é, modelo baseado na escolha de pessoas segundo a qualidade ou importância, tal que os critérios sociais seriam defensáveis em casos de grande importância social, como triagem e racionamento usados em guerra para classificar emergências e cursos de ação. Mas o estado calamitoso da pandemia não é um estado de guerra e seria grave confundi-los. O modelo justo

de triagem depende de critérios de utilidade médica, ainda que esta esteja sendo usada como meio para proteger a utilidade social. Poder-se-ia ainda assim perguntar se é justo uma classificação *mediante fins* de utilidade médica, se é legítimo passar da classificação explanatória de doenças para a classificação de tipos de vida ou pessoas? Esta questão mostra que a utilidade médica é indispensável também como meio, mas jamais apenas como meio ou como único fim.

Todo surto de doenças infecciosas tende a produzir fortes prejuízos no sistema de saúde, seus recursos e instituições, mas como essa "tendência" sofre muitas variações, então tanto a *precaução* (ações antecipadas) quanto o *planejamento* (ações segundo critérios de protocolos) precisam ser consideradas. Se forem admitidas as normas (B) e (C) anteriores e as duas distinções acima, então se seguirá que: (β) Primeiro devemos tratar e/ou minimizar doenças graves, incluindo paralelamente a priorização de valores instrumentais de envolvidos, e apenas depois minimizar os danos e prejuízos sociais-econômicos não diretamente envolvidos.

As responsabilidades que recaem sobre as *precauções* são diferentes das que recaem sobre o *planejamento*. Por isso a existência de protocolos de triagem médica não pode ser usada como desculpa para não assumir as responsabilidades de primeiro tipo. A diretriz (α) responde a esta situação complexa se for admitido não confundir as responsabilidades que recaem sobre a precaução e sobre o planejamento ligados a saúde. Se se deseja garantir que (α) "Em condições normais todos os pacientes tenham direito de receber os cuidados necessários à sua saúde", então será preciso admitir uma terceira distinção: entre *equidade de acesso* e *equidade de resultados* de saúde disponíveis.

Protocolos para situações excepcionais como a atual pandemia de COVID-19 deve reconhecer esta diferença. Isso significa o seguinte: quanto à relação entre "equidade de acesso" e "prioridade de triagem", será recomendável adotar critérios tanto para a inclusão de pacientes quanto para a exclusão de pacientes. Seguem-se duas consequências, em níveis diferentes: primeiro, que a *equidade*

de acesso deve preceder os critérios de triagem do paciente, sem o que a adoção de um modelo de triagem corre o risco de ser feita de forma abusiva e precoce; a segunda consequência é que não se deve fazer distinção entre pacientes infectados por COVID-19 ou afetados por outra doença de gravidade similar, mas distinguir segundo a probabilidade de ser beneficiado pela terapia intensiva (UTI). Pode-se expressar isso através de uma diretriz de beneficência: (γ) Devemos maximizar os benefícios para todos os pacientes que se incluam no uso dos recursos escassos de uma unidade intensiva de tratamento.

Para um contexto crítico de pandemia, deve-se sempre adotar ações que garantam os melhores resultados para minimizar doenças graves e mortes, quanto aos recursos escassos e para que todos possam se beneficiar destes recursos. Quanto à *equidade de recursos*, será preciso adotar critérios para alta de pacientes em UTI assim como para pacientes que não receberão tratamento. Em ambos os casos valerá a diretriz: (δ) Todos deverão receber tratamento para evitar sofrimento e danos desnecessários (seja orientação e prescrição após a alta, seja cuidado paliativo para minimizar dor e sofrimento, seja a seleção para receber a alta e desocupar o leito).

Isto deve ser suficiente para se compreender a distinção entre equidade de acesso e de recursos. Além disso, neste ponto da argumentação deve ter se tornado reconhecível a distinção entre benefícios de um *indivíduo* e de uma *população*. Pacientes com necessidades específicas são indivíduos, mas também comunidades e populações. Não por acaso a diretriz (β) é relevante: populações e indivíduos podem demandar necessidades especiais tanto por razões clínicas quanto por razões sociais/econômicas anteriores a pandemia. Como aplicar critérios de equidade neste caso? O problema aqui exposto não necessita levar alguém a afirmar que todos são vítimas do sistema de saúde precário, mas, para os fins desta discussão, isto é, para elencar critérios de decisão, bastará compreender que algumas pessoas são vítimas clinicamente relevantes para a situação pandêmica. Por isso, limitar a liberdade individual mediante isolamento social não parece um problema de primeira ordem para uma situação calamitosa, pois a regra de respeito à liberdade individual é mais facilmente ponderada por

regras de proteção pública. O isolamento social é uma resposta em termos de equidade de recursos (antes da triagem), justificável como proteção contra danos públicos ou, se se preferir, solidariedade. O mesmo se diga de medicamentos e vacinas com evidência científica confirmada.

Enfim, espera-se que o leitor possa ter feito aqui dois caminhos reflexivos. O primeiro corresponde às possibilidades de um modelo de triagem médica em pandemia. Sobre isso, foi fornecida uma proposta e, caso nem todos os passos desta proposta sejam aceitos, ainda assim espera-se que os lados do problema tenham ficado esclarecidos e não sejam mais tratados de forma ambígua. Entre estas ambiguidades destaca-se as diferenças entre protocolos e resoluções nacionais e internacionais, acompanhadas de tendências interpretativas. Mas a ambiguidade principal que se pretendeu afastar foi aquela que confunde normas técnicas e normas éticas, ou aquela que não compreende de que modo normas técnicas podem representar formas legítimas de especificação de normas éticas, por isso mesmo revisáveis por princípio. O segundo compreende as discussões sobre justiça que estão incluídas na primeira discussão (sobre triagem médica), tal que usos tendenciosos e abusos de normas não fomentem novas fontes de problemas. Sobre isso foi distinguido a utilidade social e utilidade médica e se procurou fornecer a análise crítica da concepção de utilidade aplicada a ambos os campos e suas relações. Pode-se dizer, enfim, que novos problemas morais e novas soluções técnicas são sempre possíveis, mas nada disso significa o afrouxamento de critérios éticos. Desprezar esta distinção revelaria uma atitude oportunista, isto é, aquela que faz da utilidade não um valor moral, mas um meio variável para satisfazer interesses extrínsecos. Nem a melhor utilidade das consequências nem a dignidades das pessoas envolvidas são valores variáveis. Quando um modelo de triagem médica ou um plano de vacinação em pandemia admitem ponderações e escalas móveis, estas não devem representar meios para a oportunidade de outros interesses.

Referências

AZEVEDO, M.; BONELLA, A.; DALL'AGNOL, D. *Por um debate sobre as diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia*, 2020. Disponível em: https://estadodaarte.estadao.com.br/amplo-debatecriterios-uti-coronavirus/?fbclid=IwAR3lwnCrLvKC377pJDOksZ3rOKJovBt0hD64asINyrtnDF_Otxmh04KpIU. Acesso em: 17 abr. 2020

AMIB. *Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID19 em medicina intensiva*. 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_AMIB04042020_10h19.pdf. Acesso em: abr. 2020

ANZICS. *Guiding principles for complex decision making during Pandemic COVID-19*, 2020. Disponível em: https://www.anzics.com.au/wp-content/uploads/2020/04/ANZI_3367_Guiding-rinciples.pdf. Acesso em: abr. 2020.

AYANIAN, J. Z.. *Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care*. April, ,1, JAMA Health Forum, 2020.

BIDDISON, L. D.; BERKOWITZ, K. A.; COURTNEY, B.. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*,146: 4 Suppl:145-155, 2014.

BIESECKER, M.; SMITH, M.R.; REYNOLDS, T.. *Celebrities getvirus tests, raising concerns of inequality*, 2020. Disponível em: <https://apnews.com/b8dcd1b369001d5a70eccdb1f75ea4bd>. Acesso em 19 mar. 2020.

BMA. *COVID-19: ethical issues*. 2020. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid19/ethics/covid-19-ethical-issues>. Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. Justiça Federal. Seção Judiciária do Distrito Federal. *Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3*. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo. Brasília, 1º de dezembro de 2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

CHRISTIAN, M.D; DEVEREAUX, A.V.; DICHTER, J.R. Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement, *Chest*, 146 (Suppl): 8-34, 2014.

CHRISTIAN, M.D.; SPRUNG, C.L.; KING, M.A. et al.. Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*, 146:4 Suppl: 61-74, 2014b.

CDC. *Interim updated planning guidance on allocating and targeting pandemic influenza vaccine during na influenza pandemic*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/>

pandemic-resources/national-strategy/planning-guidance/index.html. Acesso em: abr. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.805*, de 28 de novembro de 2006. Diário Oficial da União. Nov 28: Seção I, p. 169, 2016.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 2.156*, de 28 de outubro de 2016. Diário Oficial da União. Nov 17: Seção I, p. 138, 2016b.

_____. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. *Resolução CFM nº 2.217*, de 27 de setembro de 2018. Diário Oficial da União. Nov 1: Seção I, P. 179, 2018.

_____. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.995*, de 9 de agosto de 2012. Diário Oficial da União. Ago 31: Seção I, p. 269, 2012.

DAUGHERTY, E.L.; FADEN, R.; GWON, H.S.; MAREINISS, D.P.; REGENBERG, A.C.; SCHOCH-SPANNA, M.; SCHWARTZ, J.; TONER, E.S. Too Many Patients... A Framework to Guide State wide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*, 155: 848-54, 2019.

ESPINOSA, E.; GALAN, J.; ALDECOA, C.; RAMASCO, F.; LLAMAS, E.. *Marco ético pandemia COVID-19*. Sociedad Espanola de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, 2020. Disponível em: https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/Anestesia/DOC_SEDAR_Marco_etico_pandemia_coronavirus.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

EMANUEL, E.J.; PERSAD G.; UPSHUR, R.. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMs2005114T>. Acesso em: abr. 2020.

HICK, J.L.; HANFLING, D.; WYNIA, M.K.; PAVIA, A.T.. Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspectives*, 2020. Disponível em: <https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/>. Acesso em: 5 mar. 2020.

KRETZER, L.; BERBIGIER, E.; LISBOA, R.; GRUMANN, A.C.; ANDRADE, J.. *Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19*, 2020.

KERSTEIN, S.J.. Dignity, disability, and lifespan. *J Appl Philos.* 34: 635-50, 2017.

KEEGAN, M.T.; SOARES, M.. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. *Rev Bras Ter Intensiva*, 28 (3): 264-269, 2016.

MORITZ, R.D.; DEICAS, A.; CAPALBO, M. *et al.*. II Fórum do “Grupo de estudos do

fim da vida do cone sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*, 23(1):24-9, 2011.

NSW. Ministry of Health. *Influenza pandemic — providing critical care*. North Sydney, Australia, 2010. Disponível em: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010_028.pdf. Acesso em: abr. 2020.

NICE. *COVID-19 rapid guide line: critical care in adults*, 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>. Acesso em: abr. 2020.

PERSAD, G.; WERTHEIMER, A.; EMANUEL, E.J.. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*; 373: 423-31, 2009.

RAITH, E.P; UDY, A.A.; BAILEY, M. *et al.*. Prognostic accuracy of the SOFA score, SIRS criteria, and SOFA score for in-hospital mortality among adults with suspected infection admitted to the intensive care unit. *JAMA*. 317(3): 290-300, 2017.

ROSENBAUM, S.J.; BAYER, R.; BERNHEIM, R.G. *et al.*. Ethical considerations for decision making regarding allocation of mechanical ventilators during a severe influenza pandemic or other public health emergency. *Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention*, 2011. Disponível em: https://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/Vent_Document_Final_Version.pdf. Acesso em; abr. 2020.

RCP. *Royal College of Physicians: Ethical dimensions COVID-19 for frontlinestaff*, 2020. Disponível em: <https://www.rcplondon.ac.uk/news/ethical-guidance-published-frontline-staff-dealing-pandemic>. Acesso em: abr. 2020.

SOKOL, D.. *The life and death decisions of covid-19*, 2020. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/20/daniel-sokol-the-life-and-death-decisions-of-covid-19/> BMA. Acesso em: 20 mar. 2020.

WHITE, D.B.; LO, B .. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic, *JAMA*, mar. 2020a. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>. Acesso em: mar. 2020.

_____. A Model Hospital Policy for Allocating Scarce Critical Care Resources. *University of Pittsburgh School of Medicine*, mar. 2020b. Disponível em: <https://www.ccm.pitt.edu/?q=content/model-hospital-policy-allocating-scarce-critical-care-resourcesavailable-online-now>. Acesso em: mar 2020.

WHITE, D.B.; KATZ, M.H.; LUCE, J.M.; LO, B.. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *AnnIntern Med*: 150: 132-8, 2009.

WU, Z.; MCGOOGAN, J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention, *JAMA*, fev. 2020.

WHO. World Health Organization. *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*: Interim guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>. Acesso em: mar. 2020

_____. *Paliative Care: Key facts*, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: mar. 2020.

ZUCKER, H.; ADLER, K.; BERENS, D. *et al.* *Ventilator allocation guidelines*. Albany: New York State Department of Health Task Force on Life and the Law, nov. 2015.