

A ALOCAÇÃO DE RECURSOS MÉDICOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS*

LESSEPS LOURENÇO REYS

Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

A alocação de recursos médicos vitais nas unidades de cuidados intensivos (UCIs) constitui actualmente uma das questões mais vivamente debatidas no contexto da ética médica. Perante uma situação de escassez de recursos médicos nessas unidades — como sejam, por exemplo, ventiladores mecânicos, incubadoras, etc. como devem os médicos proceder à triagem dos doentes que devem ter acesso a esses recursos? Deverão os médicos considerar todos os doentes com iguais *direitos* a esses recursos? Deverão seleccionar os que, potencialmente, virão a colher maiores benefícios? Deverá ser respeitada a vontade dos doentes ou a dos seus familiares? Poderão, por outro lado, os médicos ser responsabilizados pela morte de doentes críticos, por omissão de cuidados, quando os recursos são insuficientes para assistir a todos? Estas são algumas das questões debatidas no contexto da responsabilidade legal do médico nos serviços de urgência.

SUMMARY

Allocation of scarce and vital medical resources in intensive care units

Allocation of scarce and vital medical resources in intensive care units (ICUs) is one of the most actual and controversial questions within the context of medical ethics. How shall doctors decide which patients shall benefit from scarce resources such as ICU beds, ventilators, incubators, etc.? Which criteria are more acceptable from the ethical viewpoint in these triage situations: The rights of the patients? The expected benefits? The will of the patients or of their relatives? And how can medical responsibility be envisaged within this context? These are some of the questions discussed in this article having in mind the present framework of ethical and legal obligations pending upon doctors practicing in Portugal.

INTRODUÇÃO

Com relativa frequência se pode ler, nos meios de comunicação, notícias referentes às difíceis condições em que os médicos trabalham nos serviços de urgência dos hospitais portugueses^{1,2}. Trata-se, no entanto, duma situação quase universal, que ocorre também nos países mais evoluídos^{3,4}.

De acordo com um inquérito recente, patrocinado pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a escassez de camas nas UCI é particularmente notória em países como Espanha, Portugal, Itália e Reino Unido⁵.

Directamente relacionada com os serviços de urgência, está a prestação de cuidados médicos nas UCIs. Estas são unidades com assistência constante, diferenciada e dispendiosa, destinadas a doentes de alto risco, prestada com apoio de uma aparelhagem complicada e delicada, por pessoal de enfermagem e médico especialmente treinado⁶. Unidades que, como se pode deprender desta definição, só podem funcionar com custos muito elevados. Custos que, como é lógico, não podem continuar a crescer de forma ilimitada, o que justifica a necessidade de maior investigação no diagnóstico da gravidade das situações patológicas, do seu prognóstico e da eficácia das medidas de intensivismo. Os resultados desta investigação poderão então orientar melhor a decisão médica, garantindo ao mesmo tempo a qualidade dos cuidados médicos prestados⁷.

Na verdade, as UCIs são um paradigma do preço que a sociedade contemporânea tem de pagar pelos progressos do domínio da terapêutica — i.e. pela chamada *revolução terapêutica*. Nelas se configura a situação paradoxal com que,

como médicos nos confrontamos, mesmo noutros campos da nossa profissão: quanto mais potentes e eficazes os meios terapêuticos, mais elevados os respectivos custos e, conseqüentemente, maior a sua escassez.

Resulta desta situação de desproporção entre os recursos disponíveis e a procura dos mesmos, a necessidade do estabelecimento de métodos de decisão que permitam uma distribuição desses recursos escassos de uma forma correcta na dupla perspectiva científica-terapêutica e de justiça social.

Por analogia com os métodos de decisão adoptados pelos economistas, em situações de racionamento de recursos escassos, tem vindo a generalizar-se a designação de alocação de recursos médicos, para definir os métodos de decisão aplicáveis no contexto médico.

Em resumo, o médico encontra-se perante uma situação de alocação de recursos, quando, perante um número de doentes excessivo em relação aos meios de tratamento disponíveis, tem de decidir quais os que podem ou devem beneficiar desses recursos.

Para o médico trata-se sempre duma decisão difícil, uma vez que o seu código de ética impõe o tratamento de todos os doentes, e, ao mesmo tempo, que obtenha o máximo benefício para cada um deles. O conflito torna-se ainda mais dramático nas situações de urgência hospitalar e, em especial nas UCIs, onde a não iniciação ou a suspensão de certos tratamentos pode significar o abreviamento da vida do doente — situação que alguns AA, chamam de *decisões trágicas* e que outros já designam de *strong medicine*⁸.

O CONTEXTO DA DECISÃO MÉDICA

Para melhor se entender as considerações que se seguem, convirá ter presente os intervenientes e os princípios mais relevantes na decisão médica. Eles são esquematicamente representados na Fig. 1.

* Conferência proferida no V Curso de Urgência Hospitalar. Faculdade de Medicina de Lisboa. 29 de Novembro de 1990.

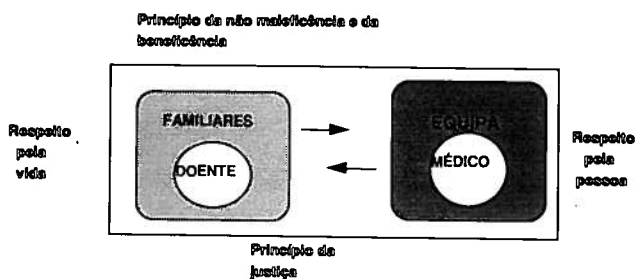


Fig. 1 — Factores que intervêm no contexto da decisão médica.

Consideremos primeiro os intervenientes e, seguidamente, os princípios.

Intervenientes na Decisão Médica

Médico/equipa médica — em qualquer unidade de cuidados intensivos (UCI) a prestação de cuidados é efectuada habitualmente por equipas multidisciplinares — médicos, enfermeiros e outros técnicos. É desejável que nessa equipa, sob a orientação do respectivo chefe, sejam definidas as regras ou normas, de preferência sob forma escrita, que sirvam de guia para a tomada de decisão. A investigação clínica em doentes críticos, que já abordámos algures⁹, tem permitido a elaboração de protocolos de decisão baseados na estratificação dos riscos previsíveis em função da situação clínica. Estas regras de decisão, que utilizam dados objectivos para estimar os benefícios do tratamento, para o doente, são importantes para aperfeiçoar a capacidade decisória do médico, beneficiando um maior número de doentes e promovendo a contenção dos custos^{10,11}, — tal como foi recomendado pela American Society of Critical Care Medicine¹².

Doente/familiares — os doentes críticos, bem como os doentes em fase de doença terminal, muitas vezes não têm capacidade de discernimento, pelo que as decisões a serem tomadas, quando não possam ser comparticipadas com os próprios doentes, deverão sê-lo com os respectivos representantes, usualmente os familiares mais próximos. No entanto, de acordo com os resultados do inquérito levado a termo pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, na Europa só uma minoria dos intensivistas (entre 10% a 30%) aceita que seja prestada uma informação completa aos doentes ou seus familiares. Da mesma forma, o envolvimento dos doentes/familiares nas decisões médicas não constitui uma prática corrente em muitos países europeus.

Os princípios da Ética Médica

A ética médica é baseada num conjunto de princípios fundamentais. Estes princípios derivam não só da tradição médica hipocrática, como também da moral cristã e do reconhecimento dos direitos humanos.

Consideram-se, entre este princípios fundamentais, como mais relevantes para a matéria em discussão¹³:

- o respeito pela vida do doente.
- o respeito pela pessoa do doente.
- o princípio da não maleficência e da beneficência.
- o princípio da justiça.

Cada um destes princípios pode ter um peso variável nas decisões de micro-alocação de recursos médicos em unidade de cuidados intensivos.

O Respeito Pela Vida do Doente

O respeito pela vida do doente passa pela prévia definição e compreensão do que se entende por vida humana, em espe-

cial dos seus limites, isto é, quando começa e quando termina.

Para muitos, o início da vida é marcado pelo momento da concepção, enquanto que para outros pela altura da nidificação e para outros ainda pelo nascimento.

Análoga indefinição reina quanto ao estabelecimento do momento da morte¹⁴. Para os médicos, a situação de morte cerebral é, para todos os fins, equivalente ao termo da vida¹⁵. Mas tal conceito de morte não é de aceitação universal fora dos círculos médicos.

A decisão médica de desconectar um indivíduo em morte cerebral do ventilador não deveria levantar problemas éticos, se o conceito de morte cerebral como morte, fosse mais consensual. Mesmo em Portugal, até à presente data, esse conceito só é legalmente aplicável quando se pretende colher órgãos para fins terapêuticos. O que, como se compreenderá, coloca os médicos numa situação delicada, quanto à decisão de desligar o ventilador em casos de morte cerebral onde não se colhem órgãos.

O Respeito Pela Pessoa do Doente

O respeito pela pessoa, tal como no caso anterior, deve partir da prévia definição de pessoa. Quando nos referimos ao respeito pela pessoa do doente, habitualmente temos em mente a sua autonomia, isto é, a sua vontade e capacidade de auto-determinação. Nesta medida, o respeito pela pessoa do doente passa pela obtenção do seu consentimento prévio para as intervenções (ou não) médico-cirúrgicas.

Por consequência a decisão médica deve ser comparticipada com o doente (os seus familiares), sobretudo quando essa decisão pode ter consequências para a vida do próprio¹⁶.

Nem sempre tal é possível. Se o doente é autónomo, está consciente e capaz de se auto-determinar, a revelação da verdade de um prognóstico reservado ao próprio pode ser chocante e até prejudicial para o tratamento. Outras vezes o doente não está autónomo (por exemplo, poderá encontrar-se em coma vegetativo persistente ou temporário) e a decisão terá que ser tomada em colaboração com os seus familiares.

Numa e noutra situação, a decisão comparticipada pode ser difícil se a vontade expressa pelo doente vai contra os princípios éticos da medicina (v.g. solicitação de ajuda ao suicídio ou prática de eutanásia activa pelo médico). Podem mesmo ocorrer situações particularmente delicadas quando, por exemplo, os doentes em estado crítico recusam tratamentos considerados vitais pelo médico.

Partindo do princípio que a vontade do próprio deva ser sempre respeitada e verificando-se que, em situações críticas, os doentes não estão suficientemente capazes para manifestar a sua vontade, e, por outro lado, que os familiares por via de regra se coíbem de aceitar qualquer decisão que possa representar o encurtamento da vida, tem-se sugerido a adopção de práticas que permitam o conhecimento antecipado, da vontade do próprio, quando este ainda dispõe de capacidade. Alguns autores advogam as vantagens do *living will* ou a colheita dessa informação numa fase precoce da doença, quando seja prognosticável um progressivo agravamento da mesma.

Temos para nós que o contacto entre médicos e doentes (ou seus familiares) é fundamental para a correcta resolução destes difíceis dilemas. Mais ainda, poderão certamente diminuir o risco dos médicos virem a ser accionados judicialmente sob acusação de negligência ou de tomada de decisões arbitrárias.

Os Princípios de Beneficência e de Não Maleficência

Estes princípios têm a sua genealogia no código de ética hipocrática e foram consideravelmente reforçados pelos prin-

cípios da moral cristã. Para alguns filósofos da moral médica, eles constituem o cerne da ética profissional médica.

A dificuldade da sua aplicação reside em conhecer o que é o bem para um determinado doente, pois que este pode ter uma concepção não coincidente com a do médico.

A administração de uma transfusão de sangue a um doente pode ser considerada pelo médico como um acto bom, mas pelo doente, se for uma Testemunha de Jeová, um acto mau.

Nos doentes em fase terminal, em especial do fôro oncológico, será melhor optar por tratamento analgésico e paliativo, mesmo que não se prolongue a vida do doente, ou dever-se-á prolongar esta à custa de maiores sofrimentos?

É neste tipo de dilemas que podem ser de algum auxílio a aplicação do *princípio do duplo efeito* ou o da distinção entre *meios ordinários e extraordinários* de tratamento, elaborados pelos teólogos católicos.

Segundo o princípio do duplo efeito, se o médico pratica um determinado acto com a intenção de obter um resultado benéfico para o doente, a sua atitude é eticamente irrepreensível, mesmo que desse acto resulte um efeito colateral indesejável. O importante é que a intenção do médico seja moralmente boa e a natureza intrínseca do acto seja também moralmente boa ou, pelo menos, neutra. Assim, se o médico administra um analgésico narcótico a um doente canceroso em grande sofrimento e em fase terminal da doença, pratica um acto moralmente correcto, mesmo que essa atitude terapêutica possa provocar-lhe obnubilação ou abreviar a sua vida de algumas horas ou dias, uma vez que a sua intenção era aliviar o sofrimento.

A distinção entre meios ordinários e extraordinários de tratamento não deve ser assumida em termos absolutos, mas sim equacionada em termos do doente, da doença e dos resultados esperados. Por outras palavras, não existem meios de tratamento que *a priori* se possam considerar como ordinários ou extraordinários. Esta distinção vai encontrar a respectiva fundamentação no princípio da proporcionalidade dos meios.

Noutros termos, considera-se um tratamento como extraordinário quando ele representa para o doente uma grande desproporção entre os benefícios esperados e os encargos (custos) para o próprio (ou sua família). A hemodiálise, as transplantações, etc. podem constituir meios ordinários para certos doentes ou em certas doenças, e extraordinários em outros.

Um dos parâmetros mais relevantes nesta distinção é, por consequência, o da utilidade do tratamento contemplado, isto é, dos benefícios esperados. Como é fácil depreender, um meio será tanto mais ordinário quanto maior fôr o benefício previsto, *maxime* a manutenção da vida do doente. O que permite considerar a aplicação destes princípios que temos vindo a analisar (da distinção entre meios ordinários e extraordinários, do duplo efeito e da proporcionalidade dos meios), entre os sistemas éticos de pendor utilitarista. No entanto, situações especiais poderão existir em que a maximização da utilidade do tratamento contemplado pode não constituir um critério válido para a decisão médica¹⁷.

A metodologia das decisões conhecidas pela sigla DNR (Do Not Resuscitate) tem a ver precisamente com a não aplicação de meios de ressuscitação em doentes nos quais os critérios médico-científicos permitem prever, com razoável segurança, que o benefício decorrente da aplicação desses meios terapêuticos será muito pequeno para os doentes em causa¹⁸.

O Princípio da Justiça

Este princípio é, provavelmente, o que mais dilemas suscita ao médico. Expresso na sua forma mais simples, está

contido na definição aristoteliana de justiça: os iguais devem ser tratados como iguais e os desiguais como desiguais.

Mas, numa situação de escassez de recursos, o princípio de justiça tem sobretudo o sentido de justiça distributiva, isto é, de fazer com que o maior número possível de indivíduos necessitados possam beneficiar desses recursos. Desperdiçar os escassos recursos existentes com doentes que deles não necessitam, constituirá uma injustiça para com os que, na realidade, deles podem beneficiar¹⁹.

Decorre desta lógica, que o princípio da justiça tem, na sua aplicação, para os médicos, um sentido utilitarista, ou seja, que deverão beneficiar dos poucos recursos existentes os doentes que maiores benefícios possam colher²⁰.

Neste domínio da decisão, o terreno está minado de armadilhas para quem não se encontre previamente alertado. Por exemplo, como decidir:

- perante dois recém-nascidos, um mongólico e outro normal, ambos precisados da única incubadora existente, a quem deve esta ser atribuída?

- perante um doente idoso, acometido por acidente vascular cerebral, que está ligado ao ventilador, e um jovem que chega à UCI, com um traumatismo craniano com boas perspectivas de evolução favorável, dever-se-á retirar o doente idoso do ventilador?

Estes e outros são exemplos de situações de triagem, que alguns eticistas comparam com as de *triagem de guerra*, nas quais os cirurgiões preferiam tratar prioritariamente os moderadamente feridos, em relação aos muito graves ou ligeiros. Também durante a II Guerra Mundial, quando a penicilina era ainda muito escassa, dava-se preferência à sua utilização em soldados com doenças venéreas (pois que eram rapidamente curados e poderiam voltar ao campo de batalha) em relação a outras situações de infecções.

É pois fundamental definir-se *a priori* quais os critérios de decisão na microalocação dos meios de tratamento. Tal como referimos, estes critérios têm a ver com os benefícios esperados. Por consequência, os recursos deverão ser atribuídos aos doentes que mais e melhores perspectivas tenham deles vir a beneficiar. Se essa criteriológica conduzir, na prática, à discriminação em função da idade (idosos), da doença (SIDA, por ex.) ou de outro parâmetro, tal facto só poderá ser levado à conta de coincidência, não intencional da parte dos médicos.

É óbvio que a escassez de recursos impõem uma rotatividade intensa no acesso à sua utilização, para que os benefícios dos mesmos sejam extensíveis ao maior número possível de doentes deles necessitados. Os tempos de internamento nas UCIs tenderão, pois, a ser relativamente inferiores aos das enfermarias.

Em conclusão, o princípio da justiça obriga a que, em cada UCI, sejam bem definidos os critérios de admissão e de alta dos doentes assistidos, de modo a tornar extensivos os recursos aí existentes ao maior número possível de doentes.

CONCLUSÕES

Nas condições actuais de funcionamento das unidades de cuidados intensivos, os recursos disponíveis não são, muitas vezes, suficientes para todos os doentes que a elas ocorrem. Há pois necessidade de se estabelecer critérios ou normas para a admissão e alta que orientem os médicos nas decisões sobre quem deve ter acesso a esses recursos e durante quanto tempo.

Estes critérios são simultaneamente médico-científicos e éticos. Embora os protocolos dos critérios médico-científicos possam variar de acordo com as situações médicas²¹, os princípios éticos fundamentais são comuns e consistem no respeito pela vida e pessoa do doente, na beneficiência e na justiça.

A aplicação destes princípios nem sempre é linear, pois as obrigações impostas por cada um deles ao médico podem ser conflitivas. A UCI ou a equipa médica deverão assentar, de modo consensual, com bases científicas, nos procedimentos a seguir²², se necessário co-responsabilizando a administração hospitalar²³, as comissões hospitalares de ética e a própria Ordem dos Médicos. Em certos hospitais norte-americanos já foi inclusivamente sugerido a criação de grupos de aconselhamento e de orientação que estabelecessem orientações para os médicos intensivistas, com objectivo de prevenir acusações de negligência médica²⁴.

Como se afirma num trabalho publicado em 1986, nos EUA, mas que também se aplica à nossa realidade, não dispomos ainda de orientações consensuais e de aceitação pública para decidir nestas situações, embora um crescente número de profissionais reconheçam a sua necessidade. Várias razões obviam que a discussão desta matéria seja pública: trata-se de questões complexas, cujos aspectos pessoais e emocionais assustam os políticos e os economistas. Estes defendem que as *decisões trágicas* devam permanecer no domínio individual do médico e do doente, evitando-se a sua divulgação em debate público.

Embora, na qualidade de médicos, não devamos eximir-nos a essa responsabilidade na decisão, a verdade é que, como classe, estamos permanentemente sujeitos ao juízo da opinião pública. Ao aceitarmos a nossa quota-parte de responsabilidade nas decisões difíceis de microalocação de escassos recursos médicos vitais, temos que reconhecer que essa responsabilidade deve ser partilhada também pelos políticos e com os gestores da administração hospitalar que, em cada época e em cada instituição, através das suas decisões a nível da macroalocação, dimensionam os recursos que os médicos devem distribuir do modo mais racional e mais eficiente.

Somos obrigados a reconhecer que vivemos uma época difícil em termos de responsabilidade médica. Por um lado, estamos vinculados à nossa obrigação de ajudarmos os doentes que nos procuram com todos os meios ao nosso alcance e, por outro lado, somos pressionados a racionar esses meios por motivos económicos (e não só). Se persistirmos em continuar a acreditar que nos podemos eximir à nossa quota-parte de responsabilidade, melhorando a eficácia dos tratamentos e apurando os critérios de decisão, concentrando-nos exclusivamente no tratamento dos nossos doentes, estaremos a pactuar com um *status quo* potencialmente explosivo, em termos da responsabilidade médica, que, tarde ou cedo, acabará por deflagrar, pondo em questão todo o sistema de saúde e a credibilidade dos próprios médicos.

BIBLIOGRAFIA

1. MALHEIROS J.V.: Vinte e quatro horas de urgência. Expresso Revista 30 Julho 1988.
2. PLÁCIDO JÚNIOR J.: Vida e morte na urgência. O Jornal, 14 de Setembro 1990, 19.
3. GIBBS N.: *We do it All* — America's Overburdened Emergency Rooms Are Struggling with Medical Gridlock. Time, 28 May 1990, 38-40.
4. MILLER A., BRADBURN E., HAGES et al.: The high cost of getting sick. Newsweek, 30 January 1980, 32-6.
5. VINCENT J.L.: European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: Results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med 1990; 16: 256-264.

6. RAMOS DE ALMEIDA J.M.: Grandezas e misérias dos cuidados intensivos. O Jornal, 5 Março 1982.
7. LAVE J.R., KNAUS W.A.: The economics of intensive care units. In BENESCH K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds) *Medicolegal aspects of critical care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc., 1986, 87-107.
8. MENZEL, P.T.: *Strong medicine—The ethical rationing of health care*. Oxford University press, 1990.
9. REIS L.L.: Investigação clínica em doentes críticos. Acta Méd Port 1990; 3: 284-54.
10. LAUPACIS A., SACKETT D.L., ROBERTS R.S.: An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. N Engl J Med 1988; 318: 1728-33.
11. Editorial: Which medical condition shall we treat first? N Engl J Med 1988; 318: 1728-33.
12. Task Force on Guidelines: Society of Critical Care Medicine — Recommendation for intensive care unit admission and discharge criteria. Crit Care Med 1988; 16: 807-8.
13. LUCE J.M.: Ethical principles in critical care. JAMA 1990; 263: 696-700.
14. CAPRON A.M.: Determination of death. In BENESCH, K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds) *Medicolegal Aspects of Critical Care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc., 1986, 109-32.
15. Associação Médica Mundial: Declaração de Sidney. (Sidney, 1968-Veneza, 1983). Revista da Ordem dos Médicos, n.º 11/83, pp. 16-17 1983; 11: 16-17.
16. RHODEN N.K.: Deciding about treatment in the ICU. In BENESCH, K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds), *Medicolegal Aspects of Critical care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc., 1986, 31-59.
17. DEBER R.B., GOEL, V.: Using explicit decision rules to manage issues of justice, risk and ethics in decision analysis: when is it not rational to maximize expected utility? Med Decis Making 1990; 10: 181-94.
18. EMANUEL L.L.: Does the DNR order need life-sustaining intervention? Time for comprehensive advance directives. Am J Med 1989; 86: 87-90.
19. ENGELHARDT H.T., RIES M.A.: Intensive care units, scarce resources, and conflicting principles of justice. JAMA 1986; 225: 1159-64.
20. HIGGINSON R.: Love, justice and the allocation of resources. Ethics & Medicine 1989; 5 18-21 Rhoden, N.K.
21. The Hasting Center: Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying—a report. Bloomington & Indianapolis, Indiana University Press, 1987.
22. ROBINSON D.J.: Developing standards of care for critical care medicine. In BENESCH K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds), *Medicolegal Aspects of Critical care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc. 1986, 1-10.
23. MEISEL A., GRENVIK A., PINKUS R.L., SNYDER J.V.: Deciding about life-sustaining treatment: The role of hospital guidelines. In BEENSCH K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds), *Medicolegal Aspects of Critical Care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc., 1986, 165-179.
24. RICHARD III E.P., RATHBUN K.: Risk management in the intensive care unit. In BENESCH K., ABRAMSON N.S., GRENVIK A., MEISEL A. (eds), *Medicolegal Aspects of Critical Care*. Rockville (Maryland), Aspen Publishers Inc., 1986, 11-29.

Pedido de Separatas:

Lesseps L. Reys
 Medicina Legal e Deontologia Médica
 Faculdade de Medicina de Lisboa
 Av. Prof. Egas Moniz
 1600 Lisboa