

O Racionamento de Cuidados de Saúde em Razão da Idade

Rationing health care by age

Marta Frias Borges¹

Universidade Católica Portuguesa

SUMARIO: Introdução. II - O direito à proteção da saúde: um direito social em contexto de escassez de recursos. III – Justiça Processual de Norman Daniels. III – Racionamento em razão da idade. IV - Envelhecimento: dignidade humana, vulnerabilidade e políticas públicas. V - *Ageism*: discriminação em razão da idade. VI – Conclusão. Referências Bibliográficas.

Resumo: A evolução científica e tecnológica, e o conseqüente acesso a novos medicamentos e mais sofisticados meios complementares de diagnóstico, é responsável por um aumento dos custos em saúde, capaz de comprometer a satisfação de todas as necessidades. Perante esta insuficiência de recursos, impõe-se necessariamente a priorização de necessidades e, conseqüentemente, a reflexão sobre os critérios utilizados para a levar a cabo. A idade tem sido, não raras vezes, apontada como critério preferencial de racionamento de cuidados de saúde, convocando o argumento utilitarista de maior esperança de vida e produtividade após o tratamento ou a designada equidade intergeracional. Assim, procurar-se-á refletir sobre a legitimidade ética do racionamento em função da idade, considerando sobretudo a particular vulnerabilidade na idade avançada.

Palavras-Chave: Racionamento. Envelhecimento. Bioética. Vulnerabilidade.

Abstract: The scientific and technological evolution, and the consequent access to new and more sophisticated medicines and diagnostic therapy, is being held responsible for the increase of health costs which are capable to compromise the satisfaction of all needs.

Because of the lack of resources it is necessary to impose a prioritization of needs and, consequently, a reflection of the used criterias.

Age is often pointed out as the preferencial criterion to rationalize health care. The utilitarian argument of more life time and productivity after treatments, or the so called intergenerational equity, is used as an argument to support the age criterion.

Therefore, we will look at and reflect about the ethic legitimacy of rationing health care by age, mainly considering the particular vulnerability of people at an advanced age.

Key Words: Rationing. Ageing. Bioethics. Vulnerability.

I. Introdução

As baixas taxas de natalidade aliadas ao aumento da esperança de vida levaram à inversão da pirâmide etária. A população mundial é hoje uma população

¹ Advogada da FAF - Sociedade de Advogados, SP, RL., Licenciada e Mestre em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, e Doutoranda em Bioética no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. marta.frias.borges@faf-advogados.com

maioritariamente envelhecida. Tal realidade reclama de todos especial atenção à particular vulnerabilidade que caracteriza as pessoas nesta fase avançada da vida.

O envelhecimento populacional tem consequências diretas a nível económico, devido à redução da população em idade ativa e ao risco de insustentabilidade dos sistemas de segurança social. Assim, não raras vezes, o envelhecimento populacional é apontado como um dos fatores responsáveis pelo aumento dos custos em saúde, na medida em que reclama maiores cuidados assistenciais, desde logo face à particular fragilidade que pauta este ciclo da vida e às doenças crónicas que frequentemente o acompanham.

Pois bem, amiúde, a idade tem sido apontada como critério decisório para a exclusão ou interrupção de determinados tratamentos ou cuidados médicos, com fundamentos vários: maior longevidade dos mais jovens após o tratamento; maior produtividade dos mais jovens; equidade intergeracional que salvaguarde a existência de recursos de saúde necessários aos mais jovens.

A utilização de uma tal política está, porém, longe de reunir o consenso dos estudiosos destas matérias. Contudo, a favor de um tal critério têm-se insurgido personalidades de relevo como DANIEL CALLAHAN e NORMAN DANIELS, para quem o recurso à idade para efeitos de alocação de recursos nada terá de discriminatório. Por seu turno, os opositores do racionamento em função da idade consideram que a utilização da idade como um critério puro acaba por desconsiderar a individualidade da pessoa doente e a sua concreta necessidade médica, incorrendo numa prática discriminatória em função da idade.

De facto, a utilização da idade como critério de racionamento no acesso aos cuidados (e tecnologias) de saúde suscita importantes questões éticas que carecem de uma reflexão cuidada e alargada, orientada pela dignidade da pessoa humana que perpassa todas as fases da vida, e pela vulnerabilidade que caracteriza particularmente as pessoas de idade avançada.

II - O direito à proteção da saúde: um direito social em contexto de escassez de recursos

O direito à proteção da saúde encontra-se consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, garantindo a todos os cidadãos o acesso aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação independentemente dos recursos económicos.

Enquanto direito social típico, o direito à proteção da saúde reclama uma atuação positiva por parte do Estado com vista à prevenção e ao tratamento das doenças. A principal prestação do Estado na realização do direito à saúde traduz-se na criação de um *"serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas dos cidadãos, tendencialmente gratuito"*.

Todavia, o direito à proteção da saúde não é um direito constitucional ilimitado, mas antes um direito dependente dos recursos financeiros e económicos disponíveis e, portanto, um direito *"sob reserva do possível"*. Isso mesmo resulta de diversos diplomas legislativos que consagram o direito à saúde, nomeadamente a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (artigo 3.º) que garante o acesso equitativo aos cuidados de saúde *"tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis"*. E ainda a Lei de Bases da Saúde ao estabelecer que *"o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis"* (Base I).

Perante a escassez de recursos impõe-se uma reflexão a dois tempos: por um lado, o direito à proteção da saúde concorre com outros direitos sociais, cuja realização é imprescindível em prol da dignidade humana e que são mesmo, em muitos casos, determinantes daquele direito à saúde (v.g., habitação, educação, segurança social, emprego); por outro lado, os recursos alocados à prossecução do direito à saúde são também manifestamente insuficientes para a satisfação de todas as necessidades, sendo imprescindível uma alocação de recursos que

determine os tratamentos prioritários (macrodistribuição) e que pacientes concretos deles devem beneficiar (microdistribuição).

Sendo esta alocação de recursos em saúde inevitável para garantir a universalidade do acesso, importa assegurar que a realização de escolhas se orienta por valores e princípios éticos fundamentais: **(i) princípio da dignidade humana**, assegurando que todas as pessoas são tratadas com igual dignidade, independentemente das suas características pessoais; **(ii) princípio da solidariedade**, reconhecendo que a vulnerabilidade perante a doença reclama a solidariedade geral dos cidadãos, mediante o financiamento de um serviço nacional de saúde através do pagamento de impostos proporcional ao rendimento de cada um²; **(iii) princípio da justiça ou equidade**, uma vez que “no âmbito da saúde as escolhas só se justificam eticamente se procedentes do imperativo da justiça”³.

III – Justiça Processual de Norman Daniels

Sendo evidente a escassez de recursos em saúde e, portanto, inevitável a realização de escolhas, o certo é que os critérios que devem nortear tais escolhas não se encontravam publicamente definidos e determinados, levando ao indesejável racionamento implícito, efetuado de acordo com a valoração de um concreto profissional de saúde diante do doente.

Obviamente, a realização deste racionamento implícito conduz a uma certa arbitrariedade. Assim, o autor norte-americano NORMAN DANIELS chama a atenção para a importância de recorrer a uma lógica processual para resolver disputas, em que os resultados possam ser aceites como justos⁴.

Ora, de facto, sendo inevitável a realização de escolhas em saúde, a existência de um modelo claro e transparente, mediante a exposição das razões e dos valores por detrás de cada opção, que permita a revisão de prioridades através da invocação de motivos legítimos, será (certamente) uma solução que serve os interesses e as expectativas dos cidadãos. Um modelo que defina a priori as “regras do jogo” evitará medidas de racionamento implícitas em que impera o arbítrio.

A justeza e a legitimidade do procedimento está dependente do preenchimento de quatro condições: **(i) publicidade**, as decisões sobre os limites a estabelecer e a respetiva justificação devem estar disponíveis ao público; **(ii) condição de relevância**, as razões das decisões de alocação devem fornecer uma razoável interpretação sobre como uma organização, ou a sociedade em geral, deve fornecer “value of money” na satisfação de necessidades de saúde, num contexto de escassez de recursos; **(iii) condição de recurso ou apelação**, devem ser estabelecidos mecanismos que permitam rever as decisões de racionamento de cuidados de saúde, tendo por base novos argumentos ou evidências; **(iv) condição de regulação**, mecanismo para garantir o cumprimento das condições anteriores⁵.

Cumpridas estas quatro condições estarão asseguradas a legitimidade moral e a justeza das decisões, que serão consideradas razoáveis (e justas) quando as razões (evidências, valores e princípios) sejam aceites como relevantes por pessoas dispostas a encontrar termos de cooperação mutuamente justificáveis (fair-

² Cfr. SERRÃO, Daniel, *A Ética Médica e os Custos dos Cuidados de Saúde*, in «Ética em Cuidados de Saúde», Porto Editora, Porto, 1998, p. 158 e 159.

³ NEVES, Maria do Céu Patrão, *Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas*, in «Bioética - Revista do Conselho Federal de Medicina», vol. 7, n.º 2, 1999, disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307/446.

⁴ Cfr. DANIELS, Norman, *Just Health – Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, 2008, p. 25.

⁵ Cfr. DANIELS, Norman, *Justice, Health, and Healthcare*, in «The American Journal of Bioethics», vol. 1, n.º 2, 2001, p. 10 e ss., disponível em <http://crystal.lib.buffalo.edu/libraries/reserve/course/phi337/daniels.pdf>;

e DANIELS, Norman, *Just Health – Meeting Health Needs Fairly*, cit., p. 118 e 119.

minded)⁶. Se são fixados limites e esses limites públicos são considerados razoáveis, terão que ser tidos como justos.

III – Racionamento em razão da idade

À luz do que acaba de ser dito, impõe-se refletir sobre os critérios que devem presidir a estas escolhas. Ora, como refere MARIA DO CÉU PATRÃO NEVES, “os critérios apresentados têm sido vários, com particular incidência no económico, médico e da idade, a que não raramente se têm vindo a acrescentar outros com maior poder discriminatório tendo em vista facilitar o processo de escolha⁷”.

Sucedem que, não raras vezes, alguns modelos de alocação de recursos se baseiam na idade como critério decisório para a exclusão de pessoas concretas de determinados cuidados de saúde (nomeadamente, a hemodiálise), quer o façam de forma explícita ou implícita. Como salientou JOÃO LOBO ANTUNES, “a questão do envelhecimento...alvo preferencial de medidas de racionamento... deveria merecer a atenção da sociedade como uma indeclinável obrigação moral”⁸.

NORMAN DANIELS defende que o recurso à idade como critério de racionamento não pode ser considerado discriminatório, contrariamente ao que sucede com critérios de sexo e raça, na medida em que todos nós envelhecemos. Assim, o critério da idade não se trata de um critério de racionamento interpessoal (comparando jovens e idosos), mas antes de uma distribuição de recursos ao longo da vida, ao longo dos vários estádios da vida de uma mesma pessoa. Nesta medida, todas as pessoas gozariam dos mesmos recursos ao longo da sua existência, sendo perfeitamente coerente com a justa igualdade de oportunidade e com a dignidade da pessoa humana que perpassa todas as fases da vida⁹.

Também para DANIEL CALLAHAN, a medicina deve reconhecer que o envelhecimento não se trata de um “desastre a ser superado, mas uma condição a ser atenuada e melhorada”¹⁰. A medicina deveria então ter como objetivo apenas assegurar a «*duração natural da vida*» e evitar a «*morte prematura*», considerando que a morte que se verifique depois de decorrido esse dado tempo da vida (considerado normal) deverá ser encarada como uma «*morte tolerável*»¹¹. De acordo com a posição que sufraga, a morte será tolerável quando ocorra numa fase em que: **(i)** a pessoa já realizou a maior parte das oportunidades da vida, como sejam trabalho, amor, família, viagens e outros; **(ii)** a pessoa cumpriu já as obrigações morais que tinha para com a família e, sobretudo, para com os filhos; **(iii)** e a sua morte “*não signifique para outros uma ofensa ao sentido comum ou à sensibilidade, nem os leva a sentir desespero ou raiva pela finitude da existência humana*”¹².

⁶ Cfr. DANIELS, Norman, *Justice, Health, and Healthcare*, cit., p. 12.

⁷ Cfr. NEVES, Maria do Céu Patrão, *Alocação de Recursos...*, cit., p. 3.

⁸ ANTUNES, João Lobo, *Ética e Participação Pública*, in «Nanotecnologia e o.g.m., Ciência, ética, sociedade: Actas do 11.º Seminário do CNECV», Lisboa, 2011, p. 16, disponível em <http://www.cneqv.pt/admin/files>

/data/docs/1415190019_Livro%20bioetica_12_Nanotecnologia%20e%20OGM.pdf.

⁹ Cfr. BOITTE, Pierre, *Éthique, justice et santé: allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*, Catalyses Artel-Fides, 1995, p. 194-208; BEAUCHAMP, Tom L., e CHILDRESS, James F., *Princípios de Ética Biomédica* (Edição espanhola), 1.ª edição, Reimpressão, Barcelona, Masson, 2002, p. 355 e 356; VALE, Luís Menezes do, *Racionamento e racionalização no acesso à saúde: contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional*, Dissertação de mestrado em Ciências Jurídico-Políticas apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Vol. III, Coimbra, 2007, p. 61-79.

¹⁰ Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Aging and the Goals of Medicine*, in «The Hastings Center Report», Vol. 24, N.º 5, 1994, p. 40, disponível em http://bioetyka.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2014/10/Callahan_Aging.pdf.

¹¹ CALLAHAN, Daniel, *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece* (Trad. Assumpta Mauri Mas y José Luis Puerta López-Cózar), Madrid, Editorial Tricastela, 2004, p. 83.

¹² *Idem*, p. 85.

Todavia, a morte apenas será tolerável se não for marcada por dor e por sofrimento, para que *“as pessoas idosas possam terminar os seus dias com a convicção de que as suas vidas tinham sentido e significado, com o menor sofrimento que possa ser alcançado e com toda a energia possível, mantendo a aspiração de contribuir para o bem-estar dos jovens e da comunidade de que eles mesmos formam parte”*¹³. Assim, a medicina deveria limitar-se a evitar que a morte se verifique antes de atingida a duração natural da vida e, depois de atingido esse patamar, preocupar-se apenas em garantir o cuidado necessário para a *«morte tolerável»*.

Portando, atingido esse estágio da vida – o que para DANIEL CALLAHAN aconteceria no final da década de 70 ou inícios de 80 – a medicina devia apenas procurar aliviar o sofrimento, garantindo sentido e significado ao envelhecimento. A partir dessa altura, a medicina deveria assumir as vestes de uma medicina de cuidado (e não apenas curativa), ou seja, *“uma medicina que se preocupe com a pessoa doente, não com a doença da pessoa”*¹⁴.

Tais finalidades da medicina permitiriam assegurar a equidade entre gerações, nos seguintes termos: (a) prolongando a vida dos mais jovens até atingirem a duração natural da vida; (b) aliviando o sofrimento e prestando cuidados aos mais velhos – i.e., que já ultrapassaram a duração natural da vida – por forma a assegurar sentido e significado à sua existência.

Ao longo da obra *“Settings Limits. Medical Goals in a Aging Society”* (*Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, edição espanhola, com tradução de Assumpta Mauri Mas y José Luis Puerta López-Cózar), DANIEL CALLAHAN sublinha, por isso, a necessidade de uma discussão séria e sem eufemismos que permita garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde, e evitar práticas censuráveis de racionamento indireto e encoberto. Para tal, assinala aqueles que no seu entender são os principais obstáculos à sustentabilidade do sistema de saúde e à implementação de um racionamento direto: (i) crescente expectativa no progresso médico; e (ii) dificuldade de encarar e aceitar o envelhecimento e a morte como fazendo parte do ciclo da vida. Ou seja, o crescente aumento do número de idosos e os meios científicos e tecnológicos desenvolvidos para ultrapassar o envelhecimento são, no seu entender, as causas que comprometem a almejada solidariedade entre gerações e o dever de assegurar aos mais jovens a duração natural da vida.

Assim, perante essa necessidade de racionamento em saúde, este pioneiro da bioética considera a *idade* o melhor critério de alocação de recursos, por se apresentar como um critério *objetivo, universal, transparente e não flexível* (usado, de resto, para determinar a capacidade de votar e conduzir), enquanto a *«necessidade médica»* se apresenta como critério demasiado elástico ao progresso alcançado pela ciência e pela tecnologia¹⁵. Nestes termos, CALLAHAN defende expressamente o racionamento dos cuidados e tecnologias de saúde para os doentes no final dos anos 70 ou inícios dos anos 80¹⁶.

Antecipando as críticas que lhe viriam a ser dirigidas, esclarece que a utilização da idade como critério de distribuição de recursos em saúde não tem um fundamento utilitarista de apreciação da produtividade dos mais velhos, visando apenas garantir a igualdade entre gerações e assegurar que todos atinjam a *«duração natural da vida»*. Atingida essa duração natural da vida, os mais velhos terão já usufruído da sua *“quota razoável de recursos”* e o racionamento será absolutamente legítimo¹⁷.

¹³ *Idem*, p. 97.

¹⁴ *Idem*, p. 99.

¹⁵ Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Poner límites...*, cit., p. 78.

¹⁶ Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Must We Ration Health Care for the Elderly?*, in «Journal of Law, Medicine & Ethics», Vol. 40, n.º 1, 2012, p. 10; CALLAHAN, Daniel e GAYLIN, Willard, *How Long a Life is Enough Life?*, in «The Hastings Center Report», Vol. 47, n.º 4, 2017, p. 18.

¹⁷ Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Poner límites...*, cit., p. 180 e 181.

Para tal, apresenta um esquema de *“política de distribuição de recursos e de um sistema de prioridade”*¹⁸, que se passará a expor de forma sintética: (i) em primeiro lugar, o racionamento em função da idade deverá começar por limitar a medicina de alta tecnologia, uma vez que apresenta um custo demasiado elevado e muitas vezes logra apenas prolongar a vida sem a adequada qualidade (apontando como exemplo, a hemodiálise)¹⁹; (ii) em segundo lugar, os montantes economizados com os tratamentos de alta tecnologia deverão ser reencaminhados para uma reforma do sistema de saúde que garanta a assistência aos idosos com poucos recursos; (iii) em terceiro lugar, proporcionar às pessoas de idade avançada (*rectius*, aquelas que já alcançaram a duração natural da vida) uma vida digna, colocando a reabilitação e a investigação médica em matéria de doenças crónicas como prioridade da assistência aos mais velhos; (iv) em quarto lugar, a suspensão e a retirada de cuidados para alargar a vida das pessoas de idade avançada, que analisaremos no próximo capítulo²⁰.

IV - Envelhecimento: dignidade humana, vulnerabilidade e políticas públicas

O artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa consagra os direitos das pessoas idosas, impondo ao Estado uma política social para a terceira idade que englobe *“medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”*.

Embora a Lei Fundamental do Estado faça apenas referência ao direito à segurança económica e às condições de habitação e convívio familiar e comunitário, aos idosos devem ainda ser garantidos o *“direito à saúde (bem-estar físico, mental e social); o direito de acesso a tratamentos de prevenção, cura e reabilitação; [e] o direito a serviços sanitários públicos”*²¹. Portanto, a política social para a terceira idade não pode deixar de incorporar e realizar uma política de saúde para os idosos, garantindo-lhe o acesso aos cuidados de saúde adequados.

Ora, como qualquer política de saúde, as políticas públicas de saúde para os idosos terão também de assentar nos *“princípios fundamentais dos direitos humanos: a dignidade da pessoa humana, a participação, a equidade e a solidariedade”*²². Apenas um critério de alocação de recursos que se oriente por valores e princípios éticos fundamentais poderá ser considerado um critério legítimo, pelo que, e ao que agora importa, analisaremos os valores e princípios bioéticos convocados pelo envelhecimento que deverão ser tomados em consideração em qualquer modelo de priorização e racionamento de cuidados de saúde²³.

A dignidade humana encontra-se consagrada no artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que estabelece que *“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos...”*, mantendo-se essa dignidade desde o nascimento até à morte. Por tal, como refere o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no Parecer 80/CNECV/2014, *“a pessoa humana tem igual*

¹⁸ *Idem*, p. 181.

¹⁹ DANIEL CALLAHAN aponta a diálise como uma tecnologia que prolonga a vida com duvidosa qualidade, pelo que argumenta que a idade poderia também ser usada como critério de racionamento deste tratamento (Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Societal Allocation of Resources for Patients with ERSD*, in «The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death», New York, Oxford University Press, 2012, p. 145-158).

²⁰ Cfr. CALLAHAN, Daniel, *Poner límites...*, cit., p. 182-195.

²¹ CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. 1, 4.ª edição revista, reimpressão, Coimbra Editora, 2014, p. 884.

²² BISCAIA, José Luís, *Dimensão social, económica e política da bioética*, in «Bioética», Lisboa-São Paulo, Editorial Verbo, 1996, p.108.

²³ Cfr. NUNES, Lucília, *Olhares Bioéticos para o Envelhecimento. Dos documentos produzidos pelos Conselhos de Ética*, in «Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento», Vol. 1, n.º 2, 2015, p. 234-260.

*dignidade em todas as fases da sua vida, condição que deve ser respeitada sobretudo nas fases em que está presente uma especial vulnerabilidade*²⁴.

Se todos nós, enquanto seres humanos, somos vulneráveis (condição universal do homem), essa vulnerabilidade é agravada com o envelhecimento e a fragilidade que o acompanha. Tal vulnerabilidade que caracteriza as pessoas de idade avançada – enquanto grupo particularmente vulnerável – convoca um especial dever de solidariedade e responsabilidade que sobre todos recai. Aliás, tal resulta do artigo 8.º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, que expressamente refere que *“os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa”*.

De facto, como sublinha MARIA DO CÉU PATRÃO NEVES, *“O princípio da vulnerabilidade excede a lógica preponderante da reivindicação dos direitos que assistem às pessoas e anuncia a lógica da solicitude dos deveres que a todas competem ... e uma urgente ética dos deveres, firmada na responsabilidade do outro e desenvolvida pelo reforço da solidariedade”*²⁵. Assim, a alocação de recursos em saúde deverá sempre guiar-se por este dever de solidariedade de todos para com o outro vulnerável, nomeadamente para com as pessoas de idade avançada.

Por tudo isso, como bem salienta o parecer 80/CNECV/2014, *“é incumbência do Estado e dever da sociedade civil, diretamente ou através de todas as comunidades intermédias, garantir os direitos das pessoas idosas e promover a prestação dos cuidados que lhes são necessários, designadamente apoiando as suas famílias nessa tarefa”*.

Ora, tendo em conta a vulnerabilidade que caracteriza as pessoas de idade avançada, e o dever de solidariedade e proteção que sobre todos recai, não podemos simplesmente excluir os mais velhos do acesso aos cuidados e tecnologias de saúde, sem atender às necessidades médicas específicas. A utilização da idade como um critério puro de suspensão ou interrupção de tratamentos, mesmo diante de pacientes que – como propõe DANIEL CALLAHAN – *apresentem apenas uma leve deterioração da competência ou uma competência flutuante, com uma qualidade de vida aceitável* (raciocinando, interagindo e sentindo emoções) ou *pacientes fisicamente delicados mas em estado mental consciente*, não se compatibiliza com o dever de solidariedade que se impõe na distribuição de recursos em saúde.

Na verdade, a existência de um dever de solidariedade intergeracional tem de ser entendido num duplo sentido: **(a)** por um lado, como salienta DANIEL CALLAHAN, impondo que as pessoas idosas não beneficiem dos cuidados e tecnologias de saúde de acordo com os seus meros desejos de prolongamento ilimitado da vida, salvaguardando a existência de recursos necessários aos mais jovens; mas **(b)** por outro lado, não pode deixar de impor aos mais novos que contribuam para o financiamento de um sistema de saúde que assista os mais velhos em situações de vulnerabilidade e necessidade médica, da mesma forma que essa geração assegurou a prestação de tais cuidados às gerações precedentes.

V - Ageism: discriminação em razão da idade

O termo *«ageism»* (em português, *idadismo*) foi usado pela primeira vez por Robert Butler, em 1969, quando tentava explicar o preconceito de determinada população relativamente à construção de um lar de idosos nas imediações²⁶. Assim, o *ageism* procura significar um conjunto de *“atitudes e práticas negativas*

24

Disponível

em

http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413212959_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf.

²⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão, *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*, in «Revista Brasileira de Bioética», Vol. 2, n.º 2, 2006, p. 171.

²⁶ Cfr. MARQUES, Sibila, *Discriminação da Terceira Idade*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016, p. 17.

*generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente numa característica — a sua idade*²⁷”.

Apesar do carácter também estigmatizante, o certo é que esta forma de discriminação não tem merecido o mesmo destaque que outros tipos de preconceito (v.g., o racismo ou o sexismo), em relação aos quais se distingue apenas por o fator de discriminação (idade) ser universal e todos nós caminharmos para o envelhecimento.

As atitudes idadistas, como refere SIBILA MARQUES, assumem três elementos essenciais: **(i)** a tendência para olharmos as pessoas idosas como um grupo homogéneo, com características comuns; **(ii)** preconceito em relação a este grupo etário, que pode muitas vezes ser bem-intencionado e um tanto “paternalista”; e **(iii)** atos efetivos de discriminação relativamente às pessoas idosas²⁸.

Tais comportamentos discriminatórios verificam-se em variadas áreas, como o trabalho, o uso de equipamentos sociais e mesmo dentro da própria família. Todavia – e ao que aqui importa – são também muitas vezes percecionados ao nível da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através da: **(a)** utilização de um discurso infantil que diminui as pessoas idosas e as considera *a priori* incapazes de tomar decisões sobre a sua saúde; **(b)** assunção de que este grupo etário não deseja submeter-se a determinados tratamentos (v.g., quimioterapia ou cirurgia) sem previamente o esclarecer devidamente²⁹; **(c)** desvalorização dos sintomas da doença associando-as ao processo normal de envelhecimento³⁰; **(d)** ou mesmo, à exclusão dos mais idosos dos ensaios clínicos³¹.

Sucedem que, cada vez mais, a escassez de recursos em saúde tende a impulsionar comportamentos estigmatizantes dos mais novos em relação aos mais velhos³², o que faz com que o racionamento em função da idade domine o debate em questões relacionadas com a discriminação das pessoas idosas. Procuraremos, pois, ao longo das próximas linhas refletir se a utilização da idade como critério de racionamento de cuidados de saúde – v.g., como critério da decisão clínica de suspender ou interromper tratamentos – poderá ser considerada uma prática discriminatória e, enquanto tal, censurável.

Como refere ROGER W. HUNT, o autor de “*Settings Limits. Medical Goals in a Aging Society*” assume uma postura essencialmente coletivista acerca do envelhecimento, acabando por desconsiderar o indivíduo, enquanto ser ontologicamente anterior e fundante da sociedade, e os princípios éticos reclamados pela sua condição de humano e doente³³. De facto, ao utilizar a idade como critério puro e exclusivo de racionamento, sem considerar a necessidade médica do paciente, DANIEL CALLAHAN acaba por assumir as pessoas idosas como um

²⁷ *Idem*, p.18.

²⁸ *Idem*, p. 18 e 19.

²⁹ Chamando a atenção para estas e outras formas de «ageism», WILLIAMS, Phoebe, *Age Discrimination in the Delivery of Health Care Services to Our Elders*, in «Marquette Elder's Advisor», Vol. 11, 2010, p. 18, disponível em <https://ssrn.com/abstract=1554060>.

³⁰ *Idem*, p. 19.

³¹ Cfr. KOLB, G./REHMANN, N./KARBE-VOIGT, N./ WOSTMANN, B., *Are old patients not fit for clinical trials, or do clinical trials not fit to old patients? A survey in 35 pharmaceutical companies*, in «European, Geriatric Medicine», Vol. 6, n.º 4, 2015, p. 354-357. Este artigo chama a atenção para a prática de exclusão ou de sub-representação dos idosos nos ensaios clínicos, mediante a invocação de argumentos vários como a toma de medicamentos, comorbidades ou demência. Todavia, esta prática pode colocar os idosos numa situação de fragilidade através da toma de medicamentos não testados, e configurar uma prática discriminatória com exclusão de um grupo etário que implicaria um maior custo dos ensaios clínicos.

³² Cfr. NORTH, Michael S. e FISKE, Susan, *An Inconvenienced Youth? Ageism and its Potential Intergenerational Roots*, in *Psychological Bulletin*, 138, n.º 5, 2012, p. 9, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838706/>.

³³ Cfr. HUNT, Roger W., *A critique of using age to ration health care*, in «Journal of medical ethics», Vol. 19, n.º 1, 1993, p. 20, disponível em <http://jme.bmj.com/content/medethics/19/1/19.full.pdf>.

grupo etário homogéneo e não relevar a individualidade própria de cada idoso, quando a idade cronológica não *"indica praticamente nada sobre outras considerações clínicas mais importantes, como a qualidade de vida do paciente, a recetividade de uma condição ao tratamento e aos desejos expressos do paciente e da família"*³⁴.

Na verdade, as pessoas idosas constituem um grupo heterogéneo, com características distintas e estados de saúde diversos, que não se compadece com a suspensão e interrupção de tratamentos apenas e exclusivamente pelo facto de terem atingido os 70 ou 80 anos, como DANIEL CALLAHAN parece apontar.

Pelo exposto, as políticas de saúde e racionamento não poderão recorrer a um critério de idade puro e exclusivo para acesso às tecnologias de saúde (v.g. hemodiálise) ou para suspensão e interrupção de tratamentos. Afinal, como refere o *Comité National d'Ethique Médicale* (Tunísia), *"há um princípio ético absoluto: toda a pessoa é respeitável, independentemente da sua idade, da sua saúde física e mental. A idade não pode ser um fator de discriminação"*³⁵.

VI - Conclusão

O aumento da expectativa de vida, que decorre do constante progresso tecnológico e científico, apresenta enormes desafios éticos que têm que ser repensados. A incessante busca pela longevidade e pelo retardar do envelhecimento deve levar-nos a refletir sobre os objetivos da medicina e da investigação, sobretudo numa época de acentuada escassez de recursos.

A posição de DANIEL CALLAHAN, assumida na controversa obra *"Settings Limits. Medical Goals in a Aging Society"* e em artigos posteriormente publicados, tem o inegável mérito de contribuir para esta reflexão e chamar a atenção para a inadequação da procura desmedida pelo prolongamento da vida, sem olhar a custos. Também nós, com DANIEL CALLAHAN, consideramos que a medicina e a investigação não devem enveredar por uma procura desenfreada pelo aumento da vida, mas devem assumir a morte como fazendo parte do seu curso natural, alocando recursos a outras necessidades médicas prementes e à melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Neste sentido, este pioneiro da bioética sublinha a importância de travar os interesses da ciência na busca da vida eterna e canalizar esses rendimentos para a promoção de uma medicina de cuidado (e não apenas curativa) que alivie o sofrimento e dê sentido e significado ao envelhecimento. Afinal, mais do que viver mais tempo, é importante viver melhor e viver com qualidade, impondo-se, por isso, melhores cuidados, nomeadamente domiciliários, paliativos e continuados.

Apesar disso, a utilização da idade como critério de alocação de recursos em saúde nem sempre acautela a especial vulnerabilidade que caracteriza as pessoas idosas e a solidariedade que essa condição reclama de todos nós enquanto cidadãos.

Ao preconizar que, atingida uma determinada idade, a medicina deveria apenas limitar-se ao alívio do sofrimento e não a uma oposição frontal à morte, acaba por pressupor que todas as pessoas que atingem o final da década de 70 ou inícios dos anos 80 fazem parte de um grupo homogéneo, isto é, um grupo que apresenta as mesmas condições de saúde, as mesmas doenças crónicas e o mesmo grau de autonomia e vitalidade.

No entanto, as pessoas idosas não fazem parte de um grupo homogéneo, mas de um grupo de pessoas com vitalidade e autonomia distintas e com necessidades médicas também diferenciadas. A idade cronológica nem sempre corresponde à idade biológica e, nessa medida, a sua utilização como critério puro e exclusivo de suspensão e interrupção de tratamentos ou acesso a tecnologias de saúde (v.g., o racionamento da hemodiálise), sem atender à necessidade médica, poderá

³⁴ *Idem*, p. 22.

³⁵ Conferida proferida pelo Prof. Béchir Hamza, Président du Comité National d'Ethique Médicale, disponível em www.comiteethique.rns.tn/ethique/CONFERENCES_ET_PUBLICATIONS/VIEILLISSEMENT.pdf.

constituir uma discriminação para com os mais velhos, não podendo ser considerado um critério legítimo de racionamento.

Efetivamente, a utilização da idade cronológica como critério puro de racionamento, sem considerar as necessidades médicas, não acautela a vulnerabilidade e solicitude reclamada pelas pessoas idosas.

Obviamente que a idade terá de ser ponderada, na medida em que faz parte da história e da narrativa do paciente, mas deverá ser ponderada juntamente com outros critérios, nomeadamente a «necessidade médica». E, perante essa necessidade médica para a preservação da vida (v.g., cuidados de urgência), não se deve negar a assistência apenas e só porque o paciente atingira a duração natural da vida e porque tais cuidados pesam no erário público. Afinal, o Estado tem a obrigação de assegurar a todos os cidadãos o mínimo de existência condigna, não podendo rejeitar cuidados de saúde elementares com base em mera contenção de custos.

Muito embora se compreenda a importância da *equidade intergeracional*, entendemos que essa equidade entre gerações não poderá deixar de ser recíproca. Assim, se os mais velhos não podem esperar da medicina a satisfação de todos os seus desejos de prolongamento indefinido da vida, por outro lado, os mais novos têm o dever de financiar um sistema de saúde que acautele os mais velhos em situações de fragilidade.

Pelo exposto, consideramos que a «idade» apenas poderá ser usada como critério de racionamento em situações específicas e excepcionais e sempre conjugada com outros critérios, nomeadamente a necessidade médica.

Referências Bibliográficas:

- ANTUNES, João Lobo, *Ética e Participação Pública*, in «Nanotecnologia e o.g.m., Ciência, ética, sociedade: Actas do 11.º Seminário do CNECV», Lisboa, 2011.
- BEAUCHAMP, Tom L., e CHILDRESS, James F., *Princípios de Ética Biomédica* (Edição espanhola), 1.ª edição, Reimpressão, Barcelona, Masson, 2002.
- BISCAIA, José Luís, *Dimensão social, económica e política da bioética*, in «Bioética», Lisboa-São Paulo, Editorial Verbo, 1996.
- BOITTE, Pierre, *Éthique, justice et santé: allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*, Catalyses Artel-Fides, 1995.
- CALLAHAN, Daniel, *Aging and the Goals of Medicine*, in «The Hastings Center Report», Vol. 24, N.º 5, 1994.
- CALLAHAN, Daniel, *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece* (Trad. Assumpta Mauri Mas y José Luis Puerta López-Cózar), Madrid, Editorial Tricastela, 2004.
- CALLAHAN, Daniel, *Must We Ration Health Care for the Elderly?*, in «Journal of Law, Medicine & Ethics», Vol. 40, n.º 1, 2012.
- CALLAHAN, Daniel, *Societal Allocation of Resources for Patients with ERSD*, in «The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death», New York, Oxford University Press, 2012.
- CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. 1, 4.ª edição revista, reimpressão, Coimbra Editora, 2014.
- DANIELS, Norman, *Just Health – Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, 2008.
- DANIELS, Norman, *Justice, Health, and Healthcare*, in «The American Journal of Bioethics», vol. 1, n.º 2, 2001.
- HUNT, Roger W., *A critique of using age to ration health care*, in «Journal of medical ethics», Vol. 19, n.º 1, 1993, disponível em <http://jme.bmj.com/content/medethics/19/1/19.full.pdf>.
- KOLB, G./REHMANN, N./KARBE-VOIGT, N./ WOSTMANN, B., *Are old patients not fit for clinical trials, or do clinical trials not fit to old patients? A survey in 35 pharmaceutical companies*, in «European, Geriatric Medicine», Vol. 6, n.º 4, 2015.

- MARQUES, Sibila, *Discriminação da Terceira Idade*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.
- NEVES, Maria do Céu Patrão, *Alocação de Recursos em Saúde: Considerações Éticas*, in «Bioética - Revista do Conselho Federal de Medicina», vol. 7, n.º 2, 1999, disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307/446.
- NEVES, Maria do Céu Patrão, *Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio*, in «Revista Brasileira de Bioética», Vol. 2, n.º 2, 2006.
- NORTH, Michael S. e FISKE, Susan, *An Inconvenienced Youth? Ageism and its Potential Intergenerational Roots*, in *Psychological Bulletin*, 138, n.º 5, 2012, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838706/>.
- NUNES, Lucília, *Olhares Bioéticos para o Envelhecimento. Dos documentos produzidos pelos Conselhos de Ética*, in «Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento», Vol. 1, n.º 2, 2015.
- SERRÃO, Daniel, *A Ética Médica e os Custos dos Cuidados de Saúde*, in «Ética em Cuidados de Saúde», Porto Editora, Porto, 1998.
- VALE, Luís Menezes do, *Racionamento e racionalização no acesso à saúde : contributo para uma perspectiva jurídico-constitucional*, Dissertação de mestrado em Ciências Jurídico-Políticas apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Vol. III, Coimbra, 2007.
- WILLIAMS, Phoebe, *Age Discrimination in the Delivery of Health Care Services to Our Elders*, in «Marquette Elder's Advisor», Vol. 11, 2010, disponível em <https://ssrn.com/abstract=1554060>.