

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Universidade
Federal
Fluminense

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

FABIANA PIRES PEREIRA

**A BIOÉTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19,
PELAS CORES DE VAN GOGH:
entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão**

Rio de Janeiro

2023

FABIANA PIRES PEREIRA

**A BIOÉTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19,
PELAS CORES DE VAN GOGH:
entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de instituições de ensino superior associadas, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Bioética orientada pelo Professor Doutor Rodrigo Siqueira-Batista.

Rio de Janeiro

2023

P436 Pereira, Fabiana Pires.

A bioética em tempos de pandemia de covid-19, pelas cores de Van Gogh:
entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão / Fabiana Pires Pereira.
– Rio de Janeiro, 2023.

106 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira-Batista.

Tese (Doutorado) - UFRJ/UFRJ/UERJ/FIOCRUZ. Programa de Pós-
Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, 2023.

Referências: f. 97-106.

1. Covid-19. 2. Bioética. 3. Escassez de recursos. 4. Van Gogh. I. Siqueira-
Batista, Rodrigo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 171.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA PIRES PEREIRA

A BIOÉTICA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19,

PELAS CORES DE VAN GOGH:

entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação UFRJ-FIOCRUZ-UERJ-UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2023.

Doutor. Rodrigo Siqueira-Batista (Orientador)

UFV, FADIP, UFRJ

Doutor. Aluisio Gomes da Silva

UFF

Doutora. Andréia Patrícia Gomes

UFV, FIOCRUZ

Doutora. Luciene Muniz Braga

UFV

Doutora. Roselee Pozzan

UERJ

Dedico este trabalho às mulheres que me ensinaram a ser forte: minha avó, minha mãe e minha filha Marcella Pereira.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível, pois pude contar com ajuda de pessoas especiais as quais gostaria de agradecer profundamente:

Ao meu querido orientador, Rodrigo Siqueira-Batista pelo acolhimento ao longo de todos esses anos de parceria, pelo auxílio carinhoso na construção do conhecimento e sobretudo, por me ensinar que é possível acalmar meu coração e minha mente nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais biológicos (Elizete e Bruno) e aos pais do coração que a vida me presenteou (Roberto e Roselee), por todo amor e auxílio incondicional.

Ao meu querido e amado irmão, Bruno Henrique, por estar sempre ao meu lado e por ter nos presenteado com a Marina, nosso grande amor.

Aos meus queridos familiares (Elizabete, Eliceia, Fernanda e Vânia) pelo apoio, amor e torcida.

A minha querida amiga, Aidê Galil, pelo exemplo, orgulho e torcida.

As queridas irmãs de jornada, Claudia Pilar e Daniela Murta pelos conselhos, apoio e sobretudo, risadas.

À querida amiga Débora Carvalho por estar sempre disposta a me ouvir e incentivar.

Aos queridos Cláudio Pereira e Luciana Obrecht pelas palavras de carinho e força.

Aos queridos companheiros de tantas jornadas, Adriana Orsi e Kilson Tadeu, por todo apoio.

Aos colegas e professores do PPGBIOS, em especial ao Prof. Alexandre Costa, pelo carinho e disponibilidade.

Aos queridos amigos e companheiros da Universidade Estacio de Sá, Prof^a Ana Paula Moliterno, Prof^a Daniela Fiúza, Prof^o Mário Rogério, Prof^o Roberto Fuchs, Prof^o Marcelo Jorge, Prof Frederico Medeiros, Prof^o Calos Mercês e tantos outros, pelos momentos de troca, aprendizado, companheirismo e risadas.

Aos queridos colegas da Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios, em especial Prof^o Plínio dos Santos Ramos e Prof^a Sônia Leidersnaider pelo respeitoso e carinhoso acolhimento.

E por fim, a todos os pacientes e colegas que, assim como eu, estiveram na linha de frente da COVID-19, se arriscando por um bem maior.

*Presentemente, eu posso me
Considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço
Me sinto são, e salvo, e forte
E tenho comigo pensado
Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer
No ano passado
Tenho sangrado demais
Tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro*

Sujeito de sorte, Belchior, 1976.

RESUMO

PEREIRA, Fabiana Pires. **A bioética em tempos de pandemia de COVID-19, pelas cores de Van Gogh:** entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A COVID-19, cujo agente etiológico da família Coronaviridae foi identificado como novo coronavírus tipo 2 (SARS-CoV-2), teve os primeiros casos diagnosticados na China em dezembro de 2019. A doença viral com alto poder de disseminação, se alastrou rapidamente para outros locais do globo, sendo considerada uma pandemia pela Organização mundial de saúde (OMS), em março de 2020. Devido a própria característica de evolução da doença, muitos pacientes desenvolveram quadros graves, necessitando de internação, por muitas vezes ventilação mecânica, sobrecarregando os serviços de saúde, que em muitos locais já sofriam com a escassez de recursos. A devida alocação dos recursos escassos, trouxe à tona verdadeiros dilemas bio(éticos) para gestares, profissionais de saúde e população em geral. Nesta perspectiva, o presente trabalho, teve o objetivo de discutir os principais problemas éticos ocasionados pela escassez de recursos durante a pandemia de COVID-19, sendo organizado em quatro artigos: (i) A pandemia de COVID-19 no Brasil: Sob as cores de Van Gogh, que sob a luz dos matizes deste pintor, esboçou-se uma narrativa crítica e reflexiva acerca da maior tragédia sanitária do século 21; (ii) Quem vai para o CTI? A tomada de decisão bioética em condições de escassez de recursos no contexto da pandemia de COVID-19, teve por objetivo discutir o contexto de tomada de decisão, agravado pela pandemia sob a luz das correntes bioéticas Principalista e Utilitarista; (iii) O uso de equipamentos de proteção individual na pandemia de COVID-9: Reflexões (bio)éticas, buscou abordar – e trazer para o debate – os aspectos bioéticos relacionados aos usos dos equipamentos de proteção individual (EPI), na perspectiva de proteção dos profissionais da saúde, em um contexto de escassez e de crise; (iv) Não ressuscitação no contexto da pandemias do novo coronavírus (SARS-COV-2): Debates bioéticos, neste último artigo buscou-se discorrer a respeito do embasamento teórico-ético para a tomada de decisão (bio)ética entre profissionais de saúde relacionadas a não ressuscitação em tempos de COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. Bioética. Escassez de recursos. Van Gogh.

ABSTRACT

PEREIRA, Fabiana Pires. **A bioética em tempos de pandemia de COVID-19, pelas cores de Van Gogh:** entre os princípios, o cuidado, a proteção e a compaixão. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – PPGBIOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

COVID-19, whose etiological agent from the Coronaviridae family was identified as the new coronavirus type 2 (SARS-CoV-2), had the first cases diagnosed in China in December 2019. The viral disease with high dissemination power, spread rapidly to other parts of the globe, being considered a pandemic by the World Health Organization (WHO), in March 2020. Due to the nature of the disease's evolution, many patients developed serious conditions, requiring hospitalization, often mechanical ventilation, overloading health services, which in many places were already suffering from scarce resources. The proper allocation of scarce resources has brought to the fore real bio(ethical) dilemmas for pregnant women, health professionals and the general population. In this perspective, the present work had the objective of discussing the main ethical problems caused by the scarcity of resources during the COVID-19 pandemic, being organized in four articles: (i) The COVID-19 pandemic in Brazil: Under the colors of Van Gogh, who under the light of this painter's nuances, outlined a critical and reflective narrative about the greatest health tragedy of the 21st century; (ii) Who goes to the CTI? Bioethical decision-making in conditions of scarce resources in the context of the COVID-19 pandemic, aimed to discuss the context of decision-making, aggravated by the pandemic in the light of Principialist and Utilitarian bioethical currents; (iii) The use of personal protective equipment in the COVID-9 pandemic: (bio)ethical reflections, sought to address – and bring to the debate – the bioethical aspects related to the use of personal protective equipment (PPE), from the perspective of protection of health professionals, in a context of scarcity and crisis; (iv) Non-resuscitation in the context of the new coronavirus pandemic (SARS-COV-2: Bioethical Debates), in this last article we sought to discuss the theoretical-ethical basis for (bio)ethical decision-making among related health professionals non-resuscitation in times of COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19. Bioethics. Scarcity of resources. Van Gogh.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Valores éticos para orientar o racionamento de recursos de saúde absolutamente escassos em uma pandemia de COVID-19	15
Figura 2 - Resumo das propostas de critérios e instrumentos utilizados pelas principais associações de classe.....	16
Figura 3 - O Café Terrace na Place du Forum, Arles, à noite	24
Figura 4 - Raposa voadora.....	25
Figura 5 - Paisagem de outono	26
Figura 6 - Velho triste	27
Figura 7 - Os comedores de batata.....	28
Figura 8 - Ronda dos prisioneiros.....	30
Figura 9 - Ronda dos prisioneiros.....	31
Figura 10 - Enfermaria de um hospital em Arles	32
Figura 11 - Trigal com corvos	33
Figura 12 - Ponte sobre o Sena em Asnieres	34
Figura 13 - Notícia referente à ordem de não reanimar	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 COVID-19, ALOCAÇÃO E ESCASSEZ DE RECURSOS EM SAÚDE	12
1.2 QUESTÃO NORTEADORA	19
1.3 HIPÓTESES	19
1.4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	20
1.5 DESENHO DO ESTUDO, MÉTODO E REFERENCIAIS TEÓRICOS	20
1.6 RESULTADOS.....	22
2 DESENVOLVIMENTO	23
2.1 ARTIGO 1 – A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: SOB AS CORES DE VAN GOGH	23
2.1.1 Introdução	23
2.1.2 Antes do caos	24
2.1.3 Os primórdios	25
2.1.4 Vazio	26
2.1.5 Isolamento e solidão	27
2.1.6 A fome se faz presente	28
2.1.7 A irresponsável negação.....	29
2.1.8 A morte entre nós	30
2.1.9 O SUS e o cuidado	32
2.1.10 A ciência como caminho	33
2.1.11 Conhecimento e liberdade	34
2.1.12 Composições finais	34
Referências	35
2.2 ARTIGO 2 – QUEM VAI PARA O CTI? A TOMADA DE DECISÃO BIOÉTICA EM CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DE RECURSOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	37
2.2.1 Introdução	38
2.2.2 A escassez de recursos de terapia intensiva: uma reflexão prévia e no decurso da pandemia	39
2.2.3 Reflexões no bojo das correntes (bio)éticas para a tomada de decisão.....	41
2.2.4 Quem vai para o CTI? Síntese de recomendações, baseada no observatório COVID-19 da Fiocruz.....	46

2.2.5 Considerações finais	49
Referências	49
2.3 ARTIGO 3 – O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES (BIO)ÉTICAS	51
2.3.1 Introdução	51
2.3.2 Transmissão da COVID-19 e riscos aos profissionais de saúde.....	52
2.3.3 Aspectos legais e deontológicos	55
2.3.4 Responsabilidade (bio)ética: alguns aspectos para reflexão moral	57
2.3.5 O dever de cuidar no contexto das doenças infectocontagiosas.....	59
2.3.6 (In)Conclusão	64
Referências	65
2.4 ARTIGO 4 – NÃO-RESSUSCITAÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2): DEBATES (BIO)ÉTICOS.....	68
2.4.1 Introdução	69
2.4.2 Resultados e Discussão	72
2.4.3 Considerações finais	82
Referências	84
3 DISCUSSÃO	87
4 CONCLUSÃO.....	95
REFERÊNCIAS.....	97

1 INTRODUÇÃO

A importância de uma breve apresentação sobre minha trajetória acadêmica e profissional tem por objetivo explicar por que uma fonoaudióloga de formação pretende discutir os processos de tomada de decisão em contextos de escassez de recursos, sob o olhar da bioética. Durante minha graduação em fonoaudiologia tentei por várias vezes me identificar e especializar em uma de suas áreas clássicas – Voz, Linguagem, Audição e Motricidade Orofacial –, porém em nenhuma delas eu me enxergava fazendo o que eu sempre acreditei, que seria o olhar do sujeito de forma global e humanizada não com enfoque limitado apenas ao tratamento das doenças. É sabido que algumas dessas áreas, principalmente as de voz e linguagem, necessitam de um olhar mais abrangente do sujeito em seu meio familiar e social e não apenas um olhar técnico científico, herdado de um modelo biomédico, focado na ética profissional, reproduzido na maioria das graduações em saúde e igualmente na fonoaudiologia.

Intrigada por tais questões, busquei uma especialização que pudesse me dar embasamento teórico para discutir o papel do fonoaudiólogo na Saúde Coletiva e principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) / Estratégia Saúde da Família (ESF), o lugar deste profissional no que diz respeito a aspectos de diagnóstico, tratamento, prevenção e de promoção da saúde e não apenas restrito à reabilitação, na lógica de uma visão “fragmentada” do paciente e ainda centrada no tecnicismo. Este papel é ainda pouco discutido no meio acadêmico, especificamente no curso de fonoaudiologia (LOURINHO *et al.*, 2018).

A partir daí, atuei efetivamente na APS/ESF, não apenas como fonoaudióloga, mas como profissional da saúde, com enfoque na saúde coletiva e nas relações multiprofissionais, extremamente importantes para o cuidado. Fui responsável pelo projeto e implantação do NASF no município de Belmiro Braga (MG), onde laborei por três anos, antes de me mudar para o Rio de Janeiro e trabalhar na Subsecretaria de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do RJ, até agosto de 2014, quando fui transferida para atuar no Complexo Regulador, aguçando ainda mais meus ensejos por discutir temas ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), à saúde coletiva e aos profissionais de saúde inseridos neste contexto.

Inserida num contexto de vasta escassez de recursos – os leitos hospitalares, em especial os de terapia intensiva – resolvi, junto ao meu orientador, organizar minha dissertação de mestrado para a investigação dessa temática. Esta foi defendida no final do mês de março de 2016 e como produtos foram confeccionados três artigos: i) *Regulação em Saúde: Marco histórico e conceitual no Brasil e no município do Rio de Janeiro*; ii) *Aspectos*

bioéticos da tomada de decisão clínica: correntes bioéticas; iii) Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão, artigo publicado na Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina (CFM), em seu volume 29 de 2021.

Seguindo minhas vivências no SUS, especialmente durante a pandemia de COVID-19, pude construir a presente tese a qual pretende dar continuidade à lógica do trabalho realizado no mestrado, na tentativa de aprimorar a discussão dos aspectos bioéticos da tomada de decisão dos profissionais de saúde, em especial, os da classe médica, diante da finitude de recursos e das crescentes demandas agravadas pelo contexto pandêmico.

1.1 COVID-19, ALOCAÇÃO E ESCASSEZ DE RECURSOS EM SAÚDE

O avanço da biotecnologia dentro das ciências da saúde passou a oferecer inúmeras possibilidades de diagnóstico e tratamento, porém, aumentou sobremaneira as desigualdades em relação ao acesso aos bens e aos serviços em saúde. Associado a este fato, houve aumento de custos, crescimento da população idosa, além do incremento da pobreza entre os povos. Tais fatores combinados, trouxeram como resultado problemas relacionados à justa oferta da melhor assistência de forma simultânea aos usuários e consequente necessidade de escolha destes, aos diversos serviços em diferentes modelos de saúde ao redor do mundo, independente do regime político ou condição socioeconômica do país (BERLIBGUER, 1996).

Todavia, a justa alocação de recursos imparcial e que respeite a liberdade, seria um discurso moralmente enganoso, segundo Engelhardt (1998). Para o autor, os sistemas de saúde têm limitações morais e financeiras e não as aceitar, criaria uma espécie de “ilusão coletiva” à construção de um sistema de saúde economicamente eficiente, estabelecido por meios de recursos comunitários, disposto a pagar um valor estabelecido para o salvamento de vidas humanas.

Dito isso, conclui-se que os problemas relativos à justa alocação de recursos em saúde são antigos, complexos e portanto, expõem diversas questões bioéticas, se tornando ainda mais delicados em um contexto excepcional, tal como a pandemia decretada em março de 2020 pela Organização Mundial de saúde (OMS), causada por um agente infecioso recentemente identificado, um coronavírus cuja variante foi denominada SARS-CoV-2, cujos primeiros casos foram detectados em humanos na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019 (DIAS; GONÇALVES, 2020; EMANUEL *et al.*, 2020).

Pela própria característica do vírus, sua rápida transmissibilidade e piores desfechos para pessoas idosas ou para aquelas acometidas por doenças crônicas, foi possível

acompanhar a fragilização dos sistemas de saúde ao redor do mundo, desde o quantitativo de recursos humanos especializados, até a infraestrutura necessária para o atendimento da população que como dito anteriormente, já padecia pela questão de finitude dos recursos.

Com efeito, os pacientes infectados pelo vírus SARS-CoV-2 e que desenvolveram a doença em sua forma mais grave, necessitavam de internação e precisavam ser atendidos no menor tempo possível, sendo necessário assim, alocar os recursos de forma a evitar desperdício, otimizar o tempo, além de evitar maiores danos. Dentro deste contexto foi possível observar, em vários países, maior esforço na alocação dos recursos, físicos (ventiladores, mecânicos, leitos gerais e de UTI), farmacológicos, humanos e financeiros. Nos Estados Unidos, por exemplo, houve racionamento e orientações de contingência sobre como reutilizar máscaras N-95 de alta filtragem projetadas para uso único (CDC, 2020). Médicos de associações de classe na Itália, como veremos mais adiante, propuseram direcionar recursos cruciais, como leitos de terapia intensiva e ventiladores, para pacientes que podem se beneficiar mais do tratamento. Já em Daegu, Coreia do Sul, enfrentou-se escassez de leitos hospitalares, com alguns pacientes morrendo em casa enquanto aguardavam admissão, ao passo que no Reino Unido, os requisitos de equipamentos de proteção para profissionais de saúde foram rebaixados, causando problemas aos provedores do cuidado em saúde (SILVA *et al.*, 2020; EMANUEL *et al.*, 2020).

A situação em território brasileiro não foi diferente dos demais países citados acima, no que tange a alocação de recursos há muito tempo escassos no SUS (Sistema único de Saúde), seja por falta de recursos orçamentários destinados à saúde ou por políticas que não priorizam o acesso universal e equânime, especialmente na rede pública – neste ponto, cabe salientar que não será aprofundado o motivo da falta de recursos pregressa ao evento pandêmico –, o que tornou evidente o agravamento produzido pela pandemia do cenário de dificuldades, especialmente em nível terciário, pelo aumento da demanda por leitos de CTI, deixando explicita uma realidade de desigualdade e injustiça social, também já conhecida em território nacional em relação ao acesso aos serviços de saúde, ou seja, usuários portadores de COVID-19 que tinham um melhor nível socioeconômico, puderam ser atendimentos em hospitais da rede particular, tendo melhores cuidados e acesso mais rápido (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2020).

Neste ponto, de grade desigualdade socioeconômica, a pandemia de COVID-19 no Brasil já dava indícios de se tornar – a crônica de uma “morte anunciada” desde os primeiros caso confirmados em março de 2020 – e seu alarmante aumento nos estados mais populosos da federação. Para autores como Cupertino e colaboradores, 2020, o grande empobrecimento,

tanto de áreas urbanas quanto rurais, aliado a falta de condições básicas como água potável e grandes densidades populacionais, como o que ocorre nas favelas dos grandes centros, contribuiriam para acelerar o processo de disseminação do vírus da COVID-19, tornando a situação cada vez mais complexa. Isso sem contar a possibilidade de disseminação da doença nas comunidades indígenas, tal como o surto de HINI em 2009 – tais aspectos relacionados ao itinerário da doença e sua disseminação, serão abordados com mais detalhes no *Artigo 1* deste manuscrito (CUPERTINO *et al.*, 2020).

Isto posto, dentro deste cenário de dificuldade em relação a rápida disseminação da doença e a dificuldade de alocação dos recursos parcos, cabe aos profissionais de saúde tomadores de decisão, robusta formação médico-técnico-científico, além de princípios éticos rigorosos, observância aos aspectos deontológicos e legais, como apostila para uma justa otimização dos recursos. Entretanto, nem sempre esses profissionais se sentem preparados para tomar decisões, muitas vezes permeadas por questões bioéticas que demandam a escolha individualizada de pessoas, trazendo muitas vezes desconforto, como falta de empoderamento e impotência, interferindo na saúde mental destes – e consequentemente na tomada de decisão – de modo que Siqueira-Batista e colaboradores (2020) consideram que:

De um modo geral, profissionais de saúde não são treinados – na graduação e na pós-graduação – para decidir quem irá para a UTI em uma esfera de escassez de recursos, ainda que esta seja ocorrência relativamente frequente no cotidiano. A situação torna-se ainda mais grave em um contexto de pandemia, no qual o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de cuidados intensivos se agudiza de modo particularmente dramático. Cabe, aos profissionais envolvidos, a tentativa de manutenção da serenidade, passo fundamental para que uma análise racional e/ou razoável – baseada em critérios técnicos e éticos – possa subsidiar as melhores decisões em um cenário que, muitas vezes, se configura como genuína escolha de Sofia. (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2020, p. 5).

Por este motivo, Satomi e colaboradores (2020) ressaltam que essa carga relativa à tomada de decisão não deve ficar sob a responsabilidade dos profissionais da linha de frente. No entanto, mesmo antes da pandemia, num contexto de internação intensivista, os profissionais já sofriam à pressão pelas decisões mediante leitos escassos (SATOMI *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; GONÇALVES; DIAS, 2020).

Neste cenário, Emanuel e colaboradores (2020) discutem propostas de alocação a partir de valores ético – conforme Figura 1 – onde cada um dos quatro valores descritos, pode ser operacionalizado de várias maneiras, a saber: (i) a maximização dos benefícios, por exemplo, pode ser entendida como salvar o maior número de vidas individuais ou como salvar o maior número de anos de vida, dando prioridade aos pacientes que provavelmente sobreviverão por mais tempo após o tratamento; (ii) tratar as pessoas igualmente pode ser

buscada por seleção aleatória, como uma loteria, ou por uma alocação por ordem de chegada; (iii) o valor instrumental pode ser promovido dando prioridade àqueles que podem salvar outros, ou recompensado dando prioridade àqueles que já salvaram outros no passado; e (iv) a prioridade aos mais pobres pode ser entendida como dar prioridade aos mais doentes ou aos mais jovens, que terão vivido as vidas mais curtas se morrerem sem tratamento. Os mesmos autores ressaltam ainda que nenhum valor isolado é suficiente para determinar quais pacientes devem receber recursos escassos. Assim, a alocação justa requer uma estrutura ética multivalorada que pode ser adaptada, dependendo do recurso e do contexto em questão.

Figura 1 - Valores éticos para orientar o racionamento de recursos de saúde absolutamente escassos em uma pandemia de COVID-19

Valores Éticos e Princípios Orientadores	Aplicação à Pandemia de COVID-19
Maximize os benefícios	
Salve o máximo de vidas	Recebe a mais alta prioridade
Economize mais anos de vida - maximize o prognóstico	Recebe a mais alta prioridade
Trate as pessoas igualmente	
Primeiro a chegar, primeiro a ser servido	Não deve ser usado
Seleção aleatória	Usado para selecionar entre pacientes com prognóstico semelhante
Promover e recompensar o valor instrumental (benefício para os outros)	
Retrospectiva — prioridade para aqueles que fizeram contribuições relevantes	Dá prioridade aos participantes da pesquisa e aos profissionais de saúde quando outros fatores, como maximizar os benefícios, são iguais
Prospectiva - prioridade para aqueles que provavelmente farão contribuições relevantes	Dá prioridade aos profissionais de saúde
Dê prioridade aos piores	
Mais doente primeiro	Usado quando se alinha com a maximização de benefícios
Mais novo primeiro	Usado quando se alinha com a maximização de benefícios, como a prevenção da propagação do vírus

Fonte: Emanuel *et al.* (2020, p. 2052).

Ainda neste contexto, diante do colapso dos sistemas de saúde em alguns países do mundo, protocolos foram criados na tentativa de embasar a tomada de decisão diante da alocação de recursos parcos, norteando por exemplo, a ocupação de leitos de UTI e tendo como foco a tentativa de salvar o maior número de vidas. Ocorre que protocolo semelhante ao criado na pandemia já vigia no Brasil desde 2016, através da Resolução nº 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina, prevendo cinco escalas de prioridade na triagem, sendo a primeira “Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico” e a quinta que “Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos)” (CFM, 2016; SATOMI *et al.*, 2020; GONÇALVES; DIAS, 2020). As discussões bioéticas relativas a este contexto serão aprofundadas no *Artigo 2* deste manuscrito.

No entanto, durante a pandemia, Gonçalves e Dias (2020) ressaltam que nenhum protocolo foi criado pelo Ministério da Saúde, levando as associações de classe entre outros órgãos a elaborarem protocolos para embasar a tomada de decisão dos profissionais, sendo muito destes, forjados a partir de referenciais éticos de conduta. Dentre os documentos, algumas semelhanças puderam ser observadas, como o objetivo de salvar o maior número de vidas, adoção de parâmetros técnicos dentro da lógica médica, inibição de nexo discriminatório. Entre os pontos polêmicos, podem ser citados o critério de escolha por idade, aleatoriedade e priorização dos profissionais de saúde. Este ponto, específico, será mais bem discutido no *Artigo 3* deste manuscrito.

Gonçalves e Dias (2020) propuseram um resumo das propostas de critérios e instrumentos utilizados pelas principais associações de classe¹ com objetivo de embasar as tomadas de decisão:

Figura 2 - Resumo das propostas de critérios e instrumentos utilizados pelas principais associações de classe

Grupo	Critério	SOFA	Score funcionalidade	Comorbidade grave*	Faixa etária*	Profis. de saúde	sorteio
Professores de ética	X				X	X	X
AMIB 1	X	X		X	X		
AMIB 2	X	X		X			
SBB	X	X		X			
CREMERJ	X	X		X			

*com expectativa de sobrevida menor que um ano.

**Os critérios "faixa etária", "profissionais de saúde" e "sorteio", são sugeridos como alternativas para desempate.

Fonte: Gonçalves e Dias (2020, p. 24).

¹ Professores de Ética: Professores ligados a canais jornalísticos como a “Folha de São Paulo” e o “Estado de São Paulo”;

SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) escore é considerado, pela medicina, o mais elevado instrumento para triagem de pacientes para UTI, implica na avaliação de seis sistemas fundamentais: 1) respiratório; 2) coagulação; 3) hepático; 4) circulatório; 5) neurológico; 6) renal. Os pontos variam de 0 a 4, sendo que a atribuição de 0 ocorre quando o sistema não foi atingido, 1 e 2 quando há disfunção do órgão, 3 e 4 quando há falência dos órgãos. A aferição não é rápida e exige, além da avaliação clínica, exames laboratoriais, por exemplo para medir a quantidade de bilirrubina e creatinina em 24 horas;

AMIB: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, sendo que na tabela AMIB 1 representa a primeira versão do protocolo onde a faixa etária aparecia como critério de desempate, sendo retirado no segundo texto divulgado, representado pela sigla AMIB 2;

SBB: Sociedade Brasileira de Bioética;

CREMERJ: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Ainda sobre os critérios recomendados nos protocolos as mesmas autoras destacam que apesar do critério técnico-científico ser unânime entre os documentos propostos pelas associações, este não está isento de parcialidade. De fato, cabe salientar que pode haver um viés na construção deste, tendo em vista que no Brasil, ainda há homogeneidade da corporação médica em relação a pertencimento de determinada classe social e que a participação popular e de demais profissionais da saúde seria fundamental nessa discussão, bem como a inclusão de comitês de bioética para melhor embasamento das discussões morais. E destacam ainda:

Bioeticistas possuem reconhecida capacidade de colaborarem com situações como esta e devem se engajar na identificação de critérios e justificativas morais que minimizem o estresse e a carga psíquica dos profissionais de saúde, que no seu dia a dia são confrontados com a necessidade de tomar tais decisões. Sobretudo, colaborando para a ampliação das discussões, a eliminação de desigualdades e a busca por Justiça. (GONÇALVES; DIAS, 2020, p. 33).

Associações semelhantes às brasileiras também se posicionaram ao redor do globo, intentando fomentar reflexões éticas a respeito dos critérios para a justa alocação de recursos parcos durante a pandemia e, entre elas, cabe citar o documento construído pela Sociedade Italiana de Anestesiologia Analgesia Ressuscitação e Terapia Intensiva (SIAARTI) cuja publicação foi denominada *Recomendações de Ética Clínica para Admissão e Suspensão de Terapia Intensiva em Condições Excepcionais de Desequilíbrio entre Necessidades e Recursos Disponíveis* e se propunha a trazer “Recomendações de Ética Clínica para Admissão e Suspensão de Terapia Intensiva em Condições Excepcionais de Desequilíbrio entre Necessidades e Recursos Disponíveis”, já escassos no país mesmo antes da pandemia, segundo Piccinni (2020, p. 213). Tal documento causou fortes reações, na comunidade médico-científica, no meio acadêmico e na mídia em um dos países mais afetados pela disseminação do vírus no Ocidente.

No intuito de compreender e contextualizar os critérios decisórios propostos nas quinze recomendações contidas no Documento, Piccinni e colaboradores publicaram um estudo, em abril de 2020, no qual discutem os pontos mais polêmicos do documento a partir de bases (bio)éticas, deontológicas e jurídicas, colocando a situação de falta de recursos num patamar muito mais grave quando comparado a situações de desastres como terremotos, inundações e acidentes aéreos, por exemplo, onde a emergência se concentra num determinado espaço, tempo e com número “definido” de pessoas, ao contrário de uma pandemia causada por um agente viral, onde a emergência se torna sistêmica com progressivo aumento de doentes e necessidade de aplicação de critérios extraordinários de racionamento.

Neste ponto, o documento da SIAARTI vai ao encontro as propostas feitas pelas associações de classe brasileiras, uma vez que concordam que ao se atingir o nível extremo de escassez, “os cuidadores podem não conseguir mais distribuir benefícios, riscos e custos de forma igualitária e portanto, será necessário distribuir os recursos com base no critério da ‘maior probabilidade de sobrevivência’ dos pacientes”. Em particular, trata-se de dar prioridade àqueles que apresentam maior chance de sobrevivência com menor chance de sequelas e/ou comorbidades (PICCINNI *et al.*, 2020, p. 213).

Contudo, ao contrário da maioria das orientações produzidas no Brasil, o documento de SIAARTI, considera a utilização de critérios de idade como extraordinário na orientação do processo decisório para ocupação de leitos de UTI, porém ressalta que os “critérios extraordinários” previstos sejam “flexíveis” e “adaptáveis” aos parâmetros relevantes da “disponibilidade de recursos”, da “possibilidade concreta de transferência de pacientes” e do “número de acessos realizados ou previstos” e indicam ainda que “não deve haver prejuízo do critério de adequação clínica, que deve em todo o caso orientar a atuação do médico, o forte desequilíbrio entre a necessidade de cuidados e os recursos disponíveis exige um equilíbrio de valores mais complexo. Com efeito, esta deve ter em conta, para além da adequação clínica, também a maximização dos benefícios para o maior número de pessoas, embora procurando preservar, na medida do possível, a consideração da justiça em termos de equidade” (PICCINNI *et al.*, 2020).

Diante do exposto é possível concluir que o raciocínio bioético inspirou, ainda, várias instruções operacionais para o campo da medicina de desastres e, neste ponto, os prestadores de cuidados em saúde devem ser apoiados durante o seu difícil processo de tomada de decisão, ficando clara a extensão do princípio da proporcionalidade dos cuidados, no contexto de grave escassez de recursos, como exemplo de leitos de UTI, onde a maioria dos protocolos e diretrizes concluem que estes recursos devem ser preferencialmente alocados aos pacientes com maior possibilidade de sucesso terapêutico. Assim, o objetivo é privilegiar a maior chance de superar com sucesso a doença crítica com maior probabilidade de manter uma boa qualidade de vida (VERGANO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, fica claro que a pandemia de COVID-19 exacerbou situações que já eram dilemáticas dentro dos sistemas de saúde contemporâneos, onde protocolos auxiliam, porém não resolvem, situações que ainda necessitam de muita discussão a partir de conceitos (bio)éticos. Neste ponto, a presente tese pretende aprofundar tais discussões sob a luz das principais correntes bioéticas e, para tanto, alguns eixos importantes desse debate foram

escolhidos para melhor aprofundamento das decisões tomadas diante de recursos escassos. Deste modo, foram construídos quatro textos, a saber:

- (1) A pandemia de COVID-19 no Brasil: sob as cores de Van Gogh;
- (2) Aumento da demanda por leitos de terapia intensiva e os aspectos de tomada de decisão, a partir do Principialismo e Utilitarismo.
- (3) Consideração do valor instrumental: profissionais de saúde fundamentais no enfrentamento da crise gerada pela pandemia e a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), discutido a partir da filosofia Kantiana, bioética de proteção, além de conceitos de bioeticistas da contemporaneidade; e
- (4) Ordem de não reanimação em tempo de COVID-19: escassez de leitos de CTI e risco de infecção do ambiente por aerossóis, questões abordadas à luz do conceito de compaixão.

Por fim, critérios de decisão terapêutica diante de desequilíbrios excepcionais entre necessidades e recursos de saúde, suscitam muitas reações, na comunidade em geral, no meio acadêmico e na mídia. no contexto da emergência de saúde pública internacional pela epidemia de COVID-19, infelizmente, ainda em curso, tais reações serão mais bem discutidos no *Artigo 4* deste manuscrito. Logo, o desafio neste momento se concentra em tentar esclarecer as bases (bio)éticas, deontológicas e legais, bem como prever aditamentos de natureza metodológica e argumentativa úteis para a compreensão e contextualização dos critérios de tomada de decisão, sendo este o objetivo dos textos da tese que ora seguem.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

De que maneira os recursos médicos e humanos podem ser alocados de forma mais justa e ética durante a pandemia de COVID-19?

1.3 HIPÓTESES

A partir as considerações introdutórias – e da questão norteadora –, foram eleitas como principais hipóteses de trabalho as seguintes:

H1: O curso da pandemia de COVID-19 no Brasil foi marcado pelo sofrimento e morte – potencializado pelo negacionismo – e, também, pelo protagonismo do Sistema Único de Saúde e por uma vitória da ciência.

H2: Os aspectos técnico-científicos não são capazes, por si só, de definir a seleção do melhor candidato, a luz da equidade, para ocupar o leito de CTI.

H3: A suposta obrigação dos profissionais de saúde, sem acesso aos EPI, de atender pacientes infectados por COVID-19, é um genuíno dilema bioético.

H4: A RCP (Ressuscitação Cárdio Pulmonar) emite aerossóis responsáveis pelo aumento do risco de transmissibilidade da COVID-19. Portanto, a não ressuscitação cardiopulmonar (NRCP) seria uma alternativa para poupar recursos humanos e leitos de CTI para pacientes com prognóstico desfavorável em cenário de calamidade.

1.4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral desta tese tem como foco discutir os principais problemas éticos ligados à escassez de recursos em saúde, no contexto da pandemia de COVID-19.

De forma específica, pretende-se:

- Narrar, através de pinturas de Van Gogh, o itinerário da pandemia de COVID-19, desde a descoberta dos primeiros casos de pneumonia de causa desconhecida, na China, até a descoberta da vacina e a retomada de um “novo padrão de normalidade” que passam pelo negacionismo e o reconhecimento da importância de um sistema de saúde universal.
- Discutir a alocação de leitos de UTI escassos num contexto de pandemia, sob a luz dos princípios da ética biomédica Principialista e do Utilitarismo;
- Abordar os aspectos éticos relacionados ao reuso ou não-uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), na perspectiva de proteção dos profissionais da saúde, em um contexto de escassez e de crise;
- Discorrer a respeito do embasamento teórico-ético para a tomada de decisão bio(ética) entre profissionais de saúde relacionadas a não ressuscitação em tempos de COVID-19.

1.5 DESENHO DO ESTUDO, MÉTODO E REFERENCIAIS TEÓRICOS

Para a realização deste estudo propõe-se uma reflexão ética (filosófica) a respeito da tomada de decisão sobre a justa alocação de recursos num contexto da pandemia de COVID-

19. A escolha da reflexão filosófica enquanto método é própria à filosofia, pois segundo Wunenburger e Folscheid (2005):

só é possível adquirir métodos de trabalho em filosofia se antes for compreendido que o método é inerente à própria filosofia. Elaborar uma metodologia, com efeito, já é fazer filosofia, já que isso envolve necessariamente uma concepção filosófica da filosofia. (WUNENBURGER; FOLSCHEID, 2005, p. 8).

Com efeito, para construção deste manuscrito, houve exaustiva revisão da literatura, bem como análise crítica e reflexões dos principais problemas causados pela escassez de recursos, a partir das mais relevantes correntes bioéticas e teóricos que discutem dilemas que se aplicam a tomada de decisão em saúde.

Artigo 1 – Através de obras do pintor holandês Vincent Van Gogh, buscou-se fazer uma narrativa crítica que vai desde a descoberta da infecção do novo coronavírus, SARS-CoV-2, em Wuhan na China, passando pelos períodos críticos da pandemia até a descoberta da vacina e o retorno à “normalidade”.

Artigo 2 – Para discussão do segundo texto deste manuscrito, que trata sobre a tomada de decisão diante da escassez de leitos de UTI, foram propostas correntes bioéticas, como o Principialismo de Beuchamp e Childress, onde os quatro princípios norteadores se bem ponderados, tendem a auxiliar os processos de tomada de decisão e também, a corrente utilitarista defendida por Jeremy Bentham, David Hume e John Stuart Mill, que desempenha um papel importante na consolidação de políticas públicas, por priorizar a maximização do bem-estar humano, tendo como consequência o máximo de benefícios para o maior número de pessoas.

Artigo 3 – Já para o terceiro texto, foram propostas reflexões acerca da filosofia moral de Immanuel Kant e a bioética de proteção, na medida em que discutem as responsabilidades, autonomia/direitos e deveres dos profissionais de saúde como cuidadores e demandantes de cuidados enquanto sujeitos vulnerados em contextos de escassez de EPI. Neste ponto destaca-se, também, os conceitos propostos por bioeticistas contemporâneos.

Artigo 4 – Por fim, o quarto e último texto que se propõe a discutir a não ressuscitação cardiopulmonar em contexto de COVID-19, se fundamentou em discussões baseadas na ética do cuidado a luz do filósofo alemão Martin Heidegger, bem como no Principialismo de Beuchamp e Childress, a fim de discutir o dilema em torno da não reanimação após parada cardiorrespiratória em pacientes infectados pela corona vírus.

1.6 RESULTADOS

Esse estudo centrou-se na área de estudos da Bioética e está composto por quatro artigos em cujas temáticas centrais temos em comum as palavras-chave: escassez de recursos, bioética e COVID-19, onde o *primeiro texto* buscou narrar a itinerário da COVID-19 desde a descoberta do novo coronavírus, até a declaração de pandemia pela OMS através das obras do pintor holandês Vicent Van Gogh. Já o *segundo texto* – publicado sob a forma de capítulo no terceiro volume do livro Caminhos da Bioética, publicado pela editora UNIFESO em 2020, abordou a temática dos aspectos éticos envolvidos nas Tomadas de Decisões em Terapia Intensiva e buscou ser um ensaio baseado em documentos legais e técnicos (publicados por associações e instituições da área de saúde) e na análise ética do problema. Quanto ao *terceiro texto*, este versou sobre reflexões bioéticas quanto ao uso de Equipamento de Proteção Individual no atendimento aos pacientes acometidos pelo COVID-19, desde 2020, quando se iniciou a pandemia. E por fim, o quarto e último artigo que compõe essa tese, tratou de um mote de igual forma importante e atual: a temática pandêmica envolvendo a reflexão sobre o processo de não ressuscitação de pacientes pós parada cardiorrespiratória.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ARTIGO 1 – A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: SOB AS CORES DE VAN GOGH

Rodrigo Siqueira-Batista
Fabiana Pires Pereira

RESUMO

À luz dos matizes de Vicent Van Gogh, esboçou-se uma narrativa crítica e reflexiva acerca da maior tragédia sanitária do século 21: a pandemia de COVID-19. A partir das telas, organizou-se a apresentação de diferentes momentos do processo de origem e disseminação da enfermidade, nos seguintes termos: (1) Antes do caos, (2) Os primórdios, (3) Vazio, (4) Isolamento e solidão, (5) A fome se faz presente, (6) A irresponsável negação, (7) A morte entre nós, (8) O SUS e o cuidado, (9) A ciência como caminho e (10) Conhecimento e liberdade. As composições entre conhecimento, ética e arte representam as pontes para uma sociedade que, de fato, valorize a saúde, a equidade e, quiçá, a felicidade.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemia; Van Gogh.

ABSTRACT

In the light of the nuances of Vincent Van Gogh, a critical and reflective narrative was outlined about the greatest health tragedy of the 21st century: the COVID-19 pandemic. From the screens, the presentation of different moments of the process of origin and dissemination of the disease was organized, in the following terms: (1) Before the chaos, (2) The beginnings, (3) Emptiness, (4) Isolation and loneliness, (5) Hunger is present, (6) Irresponsible denial, (7) Death among us, (8) SUS and care, (9) Science as a path and (10) Knowledge and freedom. The compositions between knowledge, ethics and art represent the bridges for a society that, in fact, values health, equity and, perhaps, happiness.

Keywords: COVID-19; Pandemics; Van Gogh.

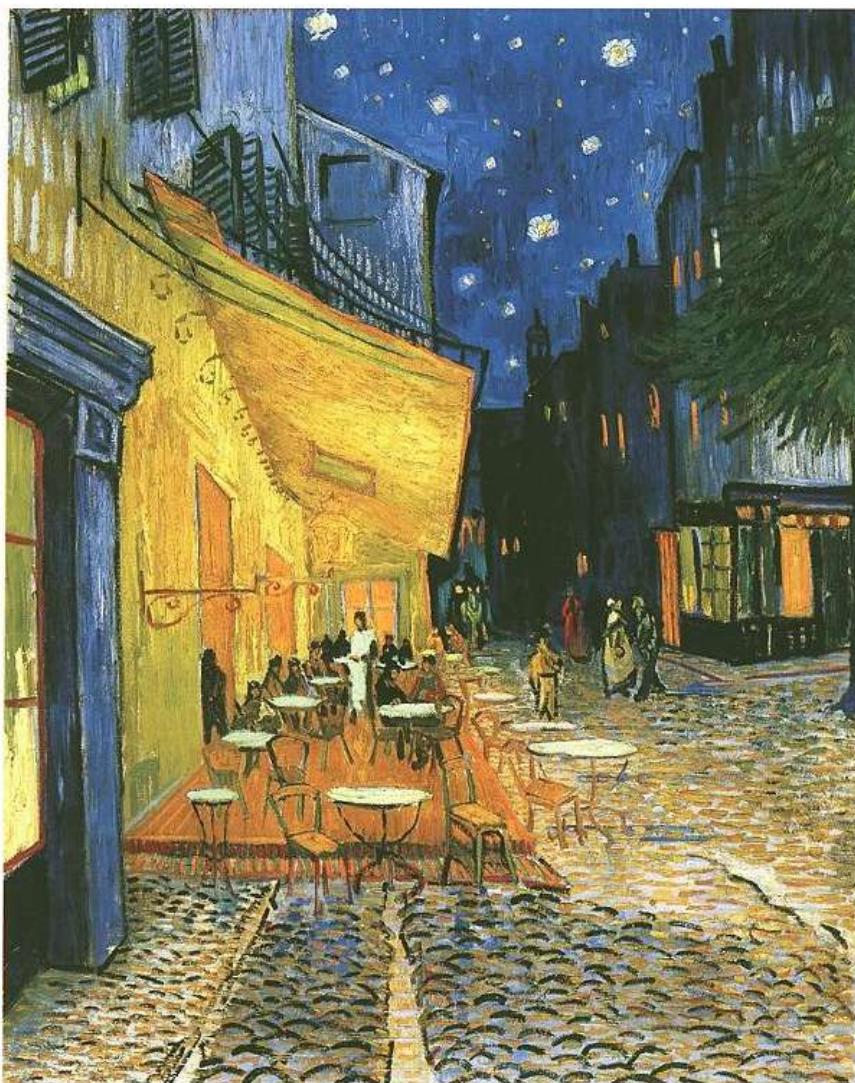
2.1.1 Introdução

Ocaso do ano de 2019, dezembro. Notam-se os primeiros casos de uma pneumonia de etiologia desconhecida, de algum modo relacionados ao Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, em Wuhan, na província de Hubei (Sul da China). Estabelecidos os procedimentos de vigilância, anuncia-se ao mundo, nos primórdios de 2020, um surto de síndrome respiratória aguda grave provocado por um novo coronavírus, posteriormente

batizado de SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19. O presente manuscrito busca rememorar, sob as cores de Van Gogh, os principais tons da pandemia de COVID-19.

2.1.2 Antes do caos

Figura 3 - O Café Terrace na Place du Forum, Arles, à noite



Fonte: <https://www.vangoghgallery.com/catalog/gallery.html>

Nota: *The Café Terrace on the Place du Forum, Arles, at Night*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. Arles, França: setembro de 1888. Museu Kröller-Müller Otterlo, Holanda, Europa F: 467, JH: 1580.

Do povo oprimido nas filas, nas vilas, favelas
 Da força da grana que ergue e destrói coisas belas
 Da feia fumaça que sobe, apagando as estrelas
 Eu vejo surgir teus poetas de campos e espaços
 Tuas oficinas de florestas, teus deuses da chuva.
 (CAETANO VELOSO)².

² <https://www.letras.mus.br/caetano-veloso/41670/>

A vida seguia seu curso. Dias e noites se sucediam em meio a agitação das cidades e a quietude aparente dos campos. O fluxo incessante de pessoas, em seu ir e vir, desconhecia a peste incubada, “aneurisma de pedra” (BATISTA, 1998), prestes a romper...

2.1.3 Os primórdios

Figura 4 - Raposa voadora



Fonte: <https://www.vangoghgallery.com/catalog/gallery.html>

Nota: *Flying Fox*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. Nuenen, Holanda: outubro - final de novembro de 1885. Museu Van Gogh Amsterdã, Holanda, Europa F: 177a, JH: 1192.

Os morcegos não são culpados. Eles não trazem a morte e, sim, disseminam o gérmen. Desde o surto da síndrome respiratória aguda grave (SARS), em 2002-2003, grande número de coronavírus relacionados à SARS (SARSr-CoVs) foi descoberto nesses animais, os quais agem reservatórios naturais. Tais agentes virais – incluindo o vírus (SARS-CoV-2) responsável pela COVID-19.

“Fico arrepiado toda vez que passo por aqui”, relata o taxista ao parar perto do Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, em Wuhan, China. O mercado úmido – onde aves e mamíferos vivos são vendidos e abatidos no local – é onde a maioria dos primeiros pacientes com COVID-19 trabalhou ou visitou antes de serem hospitalizados em dezembro de 2019. “Huanan se tornou sinônimo do vírus”, diz ele. (NATIONAL, 2022, n.p.).

A partir dos casos iniciais, uma onda de disseminação formou-se rapidamente. O número de pessoa doentes dobrava aproximadamente a cada 7,4 dias. A velocidade absoluta da expansão geográfica e do aumento repentino no número de casos surpreendeu e sobrecarregou rapidamente vários serviços de saúde ao redor do globo, sendo decretada pandemia pela OMS em março de 2020. A COVID-19 desconheceu fronteiras, desrespeitou limites e, paulatinamente, os tempos tornaram-se mais lentos e o mundo tornou-se vazio...

2.1.4 Vazio

Figura 5 - Paisagem de outono



Fonte: <https://www.vangoghgallery.com/catalog/gallery.html>

Nota: *Autumn Landscape*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. Nuenen, Holanda: outubro de 1885. Fitzwilliam Museum Cambridge, Reino Unido, Europa F: 119, JH: 949.

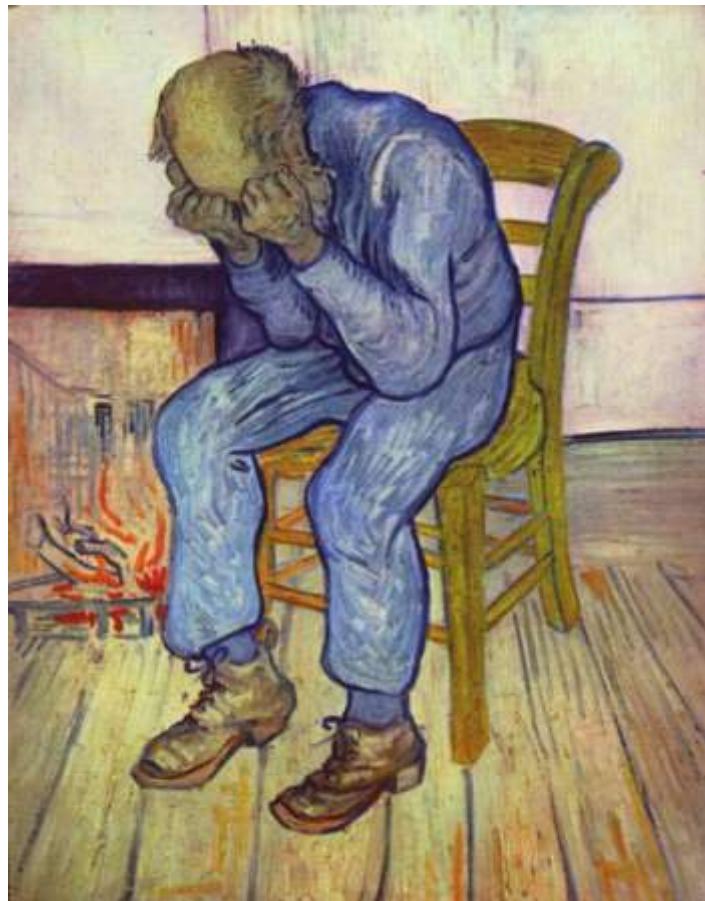
O outono é a estação em que a natureza se parece mais com o que a passagem do tempo faz à lembrança daqueles que amei. No começo, estão diante de mim, quase os vejo, ainda são nítidos as mãos e as caras. Vão-se desbotando, com a passagem dos anos, primeiro ainda fantasmas, depois nem isso, quero lembrar-me de como eram. Não consigo. (DIAS *et al.*, 2020, n.p.).

O isolamento social foi uma das medidas adotadas em diferentes partes do mundo, com objetivo de impedir a disseminação do vírus (SARS-CoV-2) e o consequente colapso dos serviços de saúde. A despeito da importância sanitária, tal medida trouxe consequências

emocionais, psicológicas, biológicas, sociais, políticas, espirituais e culturais, particularmente naqueles países nos quais o tato, o toque entre as pessoas, são usuais nas manifestações diuturnas de afeto.

2.1.5 Isolamento e solidão

Figura 6 - Velho triste



Fonte: <https://artpaintingartist.org/sorrowing-old-man-by-vincent-van-gogh/>.

Nota: *Sorrowing Old Man*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. França: 1890. Museu Kröller-Müller Otterlo Holanda.

Saudade do quê? Saudade de mato, de andar livre pelos caminhos. Saudade do calor das pessoas, já me deu uma saudade do abraço, de respirar o ar que é nosso, de respirar junto, sabe? Eu, você, eles e nós. Já me deu uma saudade; saudade essa que eu não supunha antes: saudade do trivial, saudade de dizer: Vamos tomar um café qualquer dia desses, estou com saudades. Então é isso, pronto falei! Estou com saudades do café que não tomamos — porque certamente estávamos ocupados demais vivendo nosso script, nossos passos tão bem coreografados, nossos segundos tão bem cronometrados. Ai, se você atrasa cinco minutos, ai de você. Pois é, agora eu bem que toleraria o seu atraso, afinal qualquer atraso poderia ser melhor do que ficar presa (ou segura) em casa. Já me deu uma saudade, saudade que eu teria de

casa se estivesse longe — só que ao contrário, de cabeça para baixo. (GAERTNER , 2020, p. 12).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) considerou a saúde mental dos idosos como uma preocupação particular na pandemia de COVID-19, especialmente aqueles que estiveram isolados ou com algum tipo de declínio cognitivo, uma vez que a população idosa correu maior risco de complicações e morte pela doença provocada pelo SARS-CoV-2.

A solidão golpeou a alma... Tal fato foi constatado em um estudo realizado em 26 países europeus, donde se conclui que houve uma deterioração substancial da saúde mental em pessoas com 50 anos ou mais entre o início da pandemia e junho a agosto de 2020. Isso foi fortemente associado à maior gravidade das medidas de distanciamento social e exibiu desigualdades sociais estruturais e agravamento das dificuldades financeiras de tantas famílias... Os famintos se avolumam (MENDEZ-LOPEZ *et al.*, 2022).

2.1.6 A fome se faz presente

Figura 7 - Os comedores de batata



Fonte: <http://www.artenarede.com/nos-dias-de-van-gogh-as-batatas-eram-assim/>.

Nota: *The Potato Eaters*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. 1885. Museu van Gogh, Amsterdam.

Em 1987, o grupo Titãs lotava casas de shows e embalava multidões com os refrões da música “Comida”, composição de Arnaldo Antunes e Marcelo Fromer. Destaco aqui uma parte da letra: “A gente não quer só comida / A gente quer comida,

diversão e arte / A gente não quer só comida / A gente quer saída para qualquer parte”. De volta ao presente. O ano é 2021, Jair Bolsonaro é o presidente da República e os brasileiros morrem de fome. Já não é mais possível gritar a plenos pulmões “a gente não quer só comida”, porque o estômago está vazio. (FERRARI, 2021, n.p.).

Dentre as consequências da pandemia, a fome, sem dúvida, foi uma das mais pungentes. Em 2020, 811 milhões de pessoas sofriam pela falta do que comer no mundo, mais da metade de todas as pessoas enfrentando a fome (418 milhões) vive na Ásia; mais de um terço (282 milhões) na África; e uma proporção menor (60 milhões) na América Latina e no Caribe. Porém, o aumento mais acentuado da fome foi na África, onde a prevalência estimada – em 21% da população – é mais do que o dobro de qualquer outra região (UNICEF, 2021).

No Brasil, a fome não tem apenas o caráter circunstancial trazido pela pandemia (MACHADO, 2020). Trata-se de um problema crônico que se agravou com a estagnação econômica, aumento da pobreza e o enfraquecimento das políticas públicas que visavam garantir a segurança alimentar e nutricional, desde o início do governo Bolsonaro. Com isso, o país retorna ao mapa mundial da fome, uma vez que milhões de brasileiros voltaram a padecer desse mal (SIPIONI *et al.*, 2020).

2.1.7 A irresponsável negação

Negar a pandemia: um “*ensaio sobre a cegueira*”. Países do mundo, particularmente aqueles regidos por governos de direita, negaram o enorme potencial letal da pandemia e se opuseram às medidas de distanciamento social. O cenário só começou a ser repensado após a segunda quinzena de março, quando o agravamento dos quadros se intensificou em países como Espanha e Itália.

A história, a despeito dos ecos europeus, se repete no Brasil. As declarações do então presidente da república, o senhor Jair Messias Bolsonaro, eram disseminadas e amplificadas pelas redes sociais, através de estruturas como o “Gabinete do Ódio”:

“O que está errado é a histeria, como se fosse o fim do mundo. Uma nação como o Brasil só estará livre quando certo número de pessoas for infectado e criar anticorpos”; “Não vai ser uma gripezinha que vai me derrubar, tá o.k.”; “O povo foi enganado esse tempo todo sobre o vírus”; “Se o vírus pegar em mim, não vou sentir quase nada”; “Eu não sou coveiro, tá certo?”; “Está começando a ir embora essa questão do vírus”; “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”. (WEBER, 2021, p. 41).

Figura 8 - Ronda dos prisioneiros



Fonte: <https://artpaintingartist.org/?s=Van+Gogh&x=14&y=19>.

Nota: *Prisoners' Round*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. 1890. Museu Pushkin de Belas Artes.

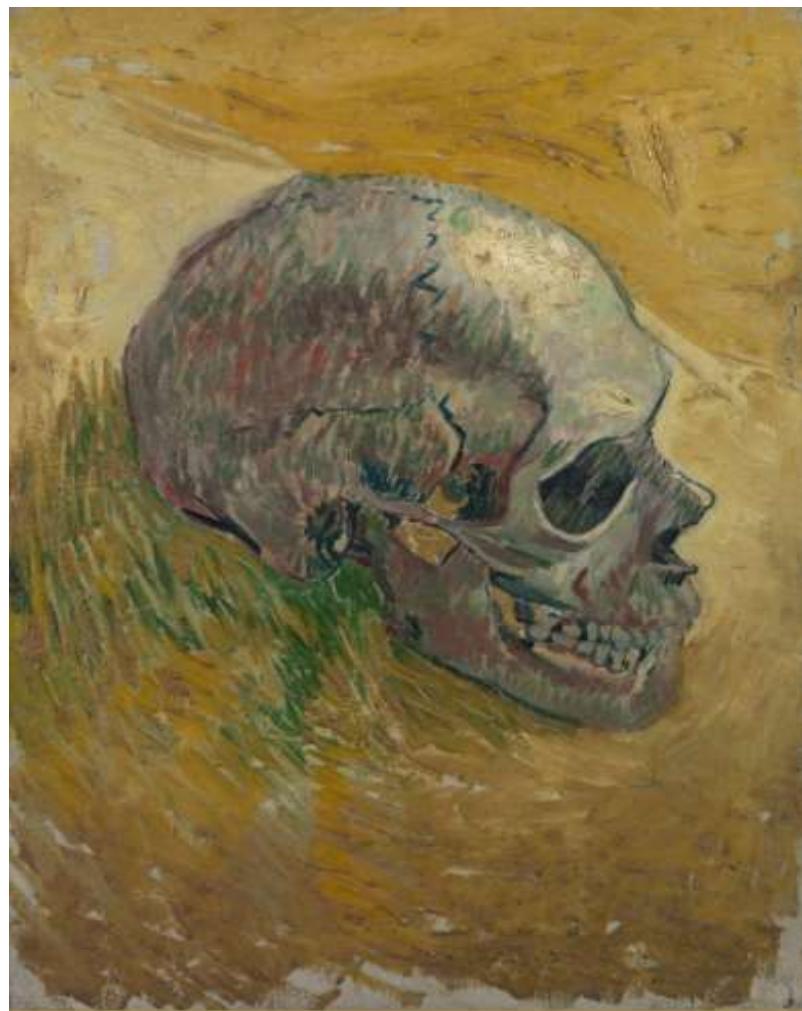
Enquanto isso, de 16 de março a 16 de abril de 2019, o número de casos registrados aumentou mais de 130 vezes (de 234 para 30.683) e o país registrou 1.947 óbitos (CALIL, 2021).

2.1.8 A morte entre nós

O Brasil se transformou no segundo país com maior número de mortes no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Muitas mortes poderiam ter sido evitadas se o trabalho das distintas esferas de governo, mormente em nível federal, fosse conduzido a partir de um planejamento científico que priorizasse a contenção da disseminação do vírus e investimento precoce na compra e distribuição de vacinas.

No entanto, o que pôde ser visto foi uma proliferação de notícias falsas, especialmente através de grupos de aplicativos e redes sociais, incentivando o uso de “Kits-Covid” – composto por fármacos sem eficácia comprovada para a prevenção e o tratamento da COVID-19 – legitimados por documentos publicados pelo Ministério da Saúde (CNS, 2021).

Figura 9 - Caveira



Fonte: <https://www.vangoghmuseum.nl/en/collection/s0123V1962>.

Nota: Skull. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. 1887. Museu Van Gogh, Amsterdam.

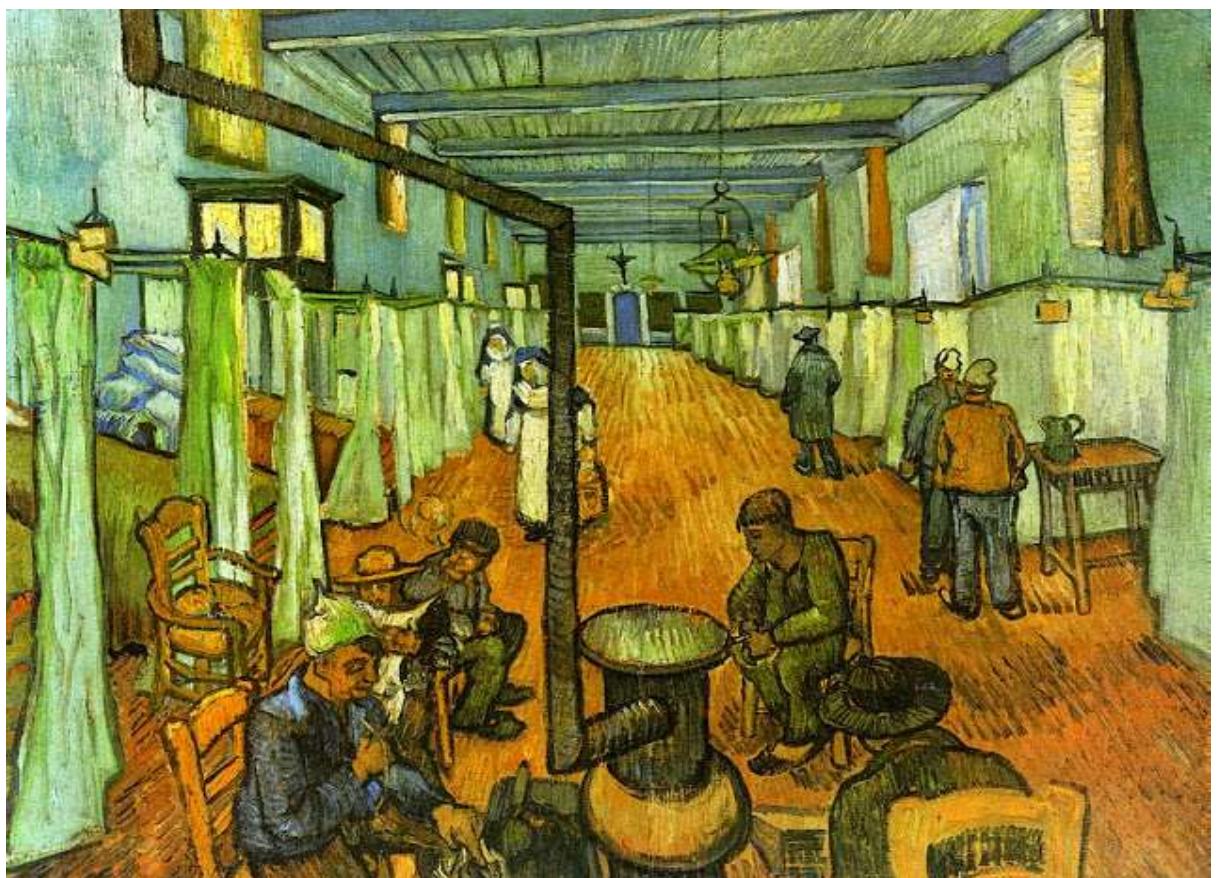
Em 11/01/21, foi lançado em Manaus, Amazonas, o aplicativo TrateCov, do Ministério da Saúde, que recomendava o tratamento precoce com medicamentos sem comprovação científica de sua eficácia para COVID-19. O lançamento contou com o então Ministro da Saúde Eduardo Pazuello e a presença do governador do estado Wilson Lima. Em 15/01/21, em meio ao colapso no sistema de saúde de Manaus, com pacientes sendo transferidos para outros estados, falta de oxigênio e leitos nos hospitais, o presidente

continuou insistindo em recomendar medicamentos ineficazes como cloroquina e hidroxicloroquina (DANTAS, 2021).

Não bastasse isso, a sociedade brasileira pode assistir, atônita, ao atraso na compra de vacinas, o que poderia ter evitado a morte de milhares de brasileiros. Responsabilidade do então presidente do Brasil, “único chefe de estado em todo o mundo a dizer que não iria se vacinar” (HALLAL; VICTORA, 2021, p. 933).

2.1.9 O SUS e o cuidado

Figura 10 - Enfermaria de um hospital em Arles



Fonte: <https://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/49/Bridge-across-the-Seine-at-Asnieres.html>.

Nota: *Hospital ward in Arles*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. 1889. Coleção Oska Renhart (Winterthur).

O SUS – Sistema Único de Saúde – deve ser motivo de orgulho, pois, o acesso universal fez diferença como pode ser observado no texto abaixo de Costa, 2020:

entre nós contrasta com o que vemos na experiência americana, em que, sem sistema público, muitos cidadãos com sintomas da COVID-19 fogem do tratamento, morrem em casa, nas ruas e parques por medo da conta que não podem pagar. Aqui, mesmo

a duras penas, o SUS atende todos os brasileiros que dele dependem, sem nenhum custo. É um direito de todos. (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

O SUS, até então criticado pela imprensa e por veículos de economia neoliberais favoráveis à privatização, através da sua potente atuação nos diversos níveis de atenção, fez com que houvesse mudança de discurso no transcorrer da pandemia. Houve grande articulação entre os entes federativos em relação a distribuição e ofertas de leitos, vigilância e distribuição de vacinas e, neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto de Estratégia de Saúde da Família, tornou-se um espaço fundamental para o enfrentamento da COVID-19.

A aproximação do individual ao coletivo, pela articulação e vínculo das equipes de saúde com o território e com os equipamentos sociais disponíveis, além do empoderamento e do aumento a participação popular, foram essenciais para minimizar os impactos devastadores da pandemia protagonizada pelo SARS-CoV-2.

2.1.10 A ciência como caminho

Figura 11 - Trigo com corvos



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Vincent-van-Gogh-1853-1890-Trigo-com-corvos-1890-óleo-sobre-tela-50-2_fig1_323840722

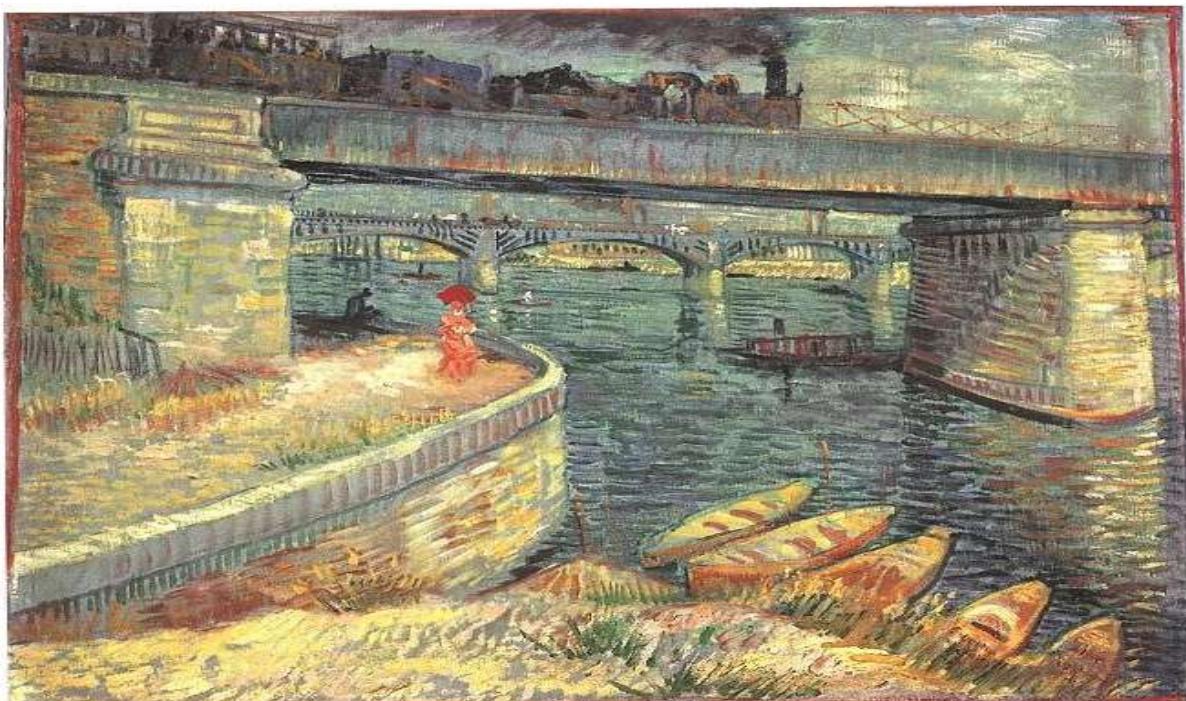
Nota: *Skull*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. 1890. Museu Van Gogh, Amsterdam.

Por entre a paisagem lúgubre, povoada de corvos, em meio a noite mais escura, o que levou mulheres e homens à salvação foi a ciência como caminho. Nas medidas de

biossegurança, nos estudos dos quadros graves, nas vacinas e nos fármacos atuais para o tratamento da enfermidade, todos os passos foram dados pela vereda do conhecimento científico, o qual permitiu que as portas fossem novamente abertas, rumo à liberdade...

2.1.11 Conhecimento e liberdade

Figura 12 - Ponte sobre o Sena em Asnieres



Fonte: <https://www.vangoghgallery.com/catalog/Painting/49/Bridge-across-the-Seine-at-Asnieres.html>.

Nota: *Bridges Across The Seine At Asnieres*. Pintura de Vincent van Gogh, óleo sobre tela. Paris, França: verão, 1887. Stiftung Sammlung EG Bührle Zurique, Suíça, Europa F: 301, JH: 1327.

O conhecimento, a estrada para a libertação da peste... A ética, o mapa para que a caminhada seja responsável e segura. A arte, a potência que nos salva... Composições que se articulam como pontes para uma sociedade mais saudável, mais equânime e, quiçá, mais feliz.

2.1.12 Composições finais

O evento da Pandemia de COVID-19, alterou o curso da história mundial em proporções que só poderão ser calculadas no futuro. Literalmente da noite para o dia, o *modus operandi* de agir, pensar e viver foi alterado. Todos foram obrigados a refletir o sentido da liberdade, de forma consciente ou não. Nesta ordem, a forma de estar no mundo também foi compulsoriamente alterada. A sensação para muitos de nós era estar vivendo em uma distopia,

onde a realidade parecia não fazer mais sentido. Neste momento, uma das formas de existir, foi através da arte e da filosofia.

Neste sentido, optamos por seguir a lógica da arte para narrar, recontar e criticar, através das obras do pintor Vicent Van Gogh, a tragédia da maior crise sanitária do século 21: a pandemia de COVID-19.

A seguir e por fim, um trecho de uma das cartas de Van Gogh a seu irmão Theo, onde a publicação do trecho da carta que segue, pretende ser uma homenagem aos profissionais de saúde que cumpriram bravamente seu papel durante a pandemia, bem como os mortos dessa tragédia:

A vida de um cavalo. Esta gravura representa um velho cavalo branco, mirrado e esquelético, e totalmente esgotado por uma longa vida de dura faina, de um trabalho longo e penoso. O pobre animal se encontra num lugar indescritivelmente solitário e abandonado, uma campina onde cresce um capim seco e árido, tendo aqui e ali uma árvore retorcida, dobrada e despedaçada pela borracha. Uma caveira jaz por terra e ao longe, em segundo plano, o esqueleto descorado de um cavalo, ao lado de uma choupana onde mora um homem que trabalha de esfolador. Um céu tempestuoso sobrepuja ao conjunto, é um dia acre e rude, um tempo sombrio e escuro. É uma cena triste e profundamente melancólica e que deve impressionar qualquer um que saiba e senta que um dia nós também deveremos passar pelo que se chama de morte, e “que o fim da vida humana são lágrimas ou cabelos brancos”. O que existe além é um grande mistério que só Deus conhece, e que nos revelou de maneira irrefutável por sua palavra, que há uma ressurreição dos mortos. O pobre cavalo, o velho servidor fiel, está lá paciente e passivo, corajoso apesar de tudo, e por assim dizer decidido, como a velha guarda que disse: “A guarda morre, mas não se rende”, e espera sua última hora. Involuntariamente esta gravura me veio à memória quando vi esta tarde os cavalos da Granja do Barro. E os próprios carroceiros, com suas roupas sujas e imundas, pareciam mergulhados e enraizados ainda mais profundamente na miséria do que aquela longa procissão, ou melhor, aquele grupo de pobres que o mestre De Groux desenhou em seu Banco dos pobres. Veja você, isto continua a me impressionar e é característico que, ao vermos a imagem de um abandono indizível e indescritível – da solidão, da pobreza e da miséria, o fim das coisas ou seu extremo –, surja então em nosso espírito a ideia de Deus. Pelo menos para mim é sempre o caso e o Pai também diz: “É no cemitério que eu prefiro tomar a palavra, porque ali todos pisamos o mesmo chão, e não somente pisamos o mesmo chão, mas também sempre percebemos isto”. (VAN GOGH, 1878, p. 18-19).

Referências

BATISTA, R.S. **Angústia**. Rio de Janeiro: KroArt, 1998.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, p. 30-47, 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **CNS pede que Ministério da Saúde retire publicações sobre tratamento precoce para COVID-19**. 19 jan. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1570-cns-pede-que-ministerio-da-saude-retire-publicacoes-sobre-tratamento-precoce-para-COVID-19>. Acesso em: 15 abr. 2022.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 289-296, 2020.

DANTAS, D. Ministério da Saúde retira do ar documento que orientava médicos sobre uso da cloroquina. **O Globo**, 07 maio 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministerio-da-sauderetira-do-ar-documento-que-orientava-medicos-sobreuso-da-cloroquina-25008897>. Acesso em: 15 abr. 2022.

DIAS, J. A. A. *et al.* Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.379> .

FERRARI, Mariana. Sinfonia de estômagos vazios. **Isto É**, 20 set. 2021. Disponível em: <https://istoe.com.br/sinfonia-de-estomagos-vazios/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GAERTNER, Caroline Beatriz Machado. Se a vida te der saudade, faça arte. In: CAMBI, Educando (org.). **Pandemia da COVID-19**: reflexões sobre a sociedade e o planeta [recurso eletrônico] Curitiba : Escola Superior do MPPR, 2020. Disponível em: https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCOVID-19Reflexoes_sobreasociedadeeoplaneta.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

HALLAL, P. C., VICTORA, C. G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action [superar o monumental fracasso da COVID-19 no Brasil: um apelo urgente à ação]. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 933, 2021.

MACHADO, Neila Maria Viçosa. Pandemia, fome e miséria: uma relação destruidora. **Pandemia, Políticas Públicas e Sociedade**, v. 1, 2020.

MENDEZ-LOPEZ, A. *et al.* The mental health crisis during the COVID-19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries. **SSM-Population Health**, v. 17, 101017, 2022.

NATIONAL GEOGRAPHIC. **COVID-19**: Qual o papel do mercado úmido de Wuhan, na China, no início da pandemia? 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.nationalgeographic.brasil.com/ciencia/2022/07/COVID-19-qual-o-papel-do-mercado-umido-de-wuhan-na-china-no-inicio-da-pandemia>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.* Saúde mental e considerações psicossociais durante o surto de COVID-19, 18 de março de 2020 . Organização Mundial da Saúde, 2020.

SIPIONI, M. E. *et al.* Masks cover the face, hunger unmasks the rest: COVID-19 and the fighting against hunger in Brazil, 2020. **SciELO Preprints**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pps-660>. Acesso em: 15 abr. 2022.

UNICEF. Relatório da ONU: ano pandêmico marcado por aumento da fome no mundo. Comunicado de imprensa. 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/relatorio-da-onu-ano-pandemico-marcado-por-aumento-da-fome-no-mundo>. Acesso em: 15 abr. 2022.

VAN GOGH, V. Cartas a Theo. Bruxelas (agosto de 1878 – 15 de novembro de 1878) Laeken, 15 de novembro de 1878.

WEBER, Maria Helena. A perversa narrativa presidencial e a comunicação pública. **Comunicação e política no contexto da pandemia:** Breves reflexões, v. 1, p. 31-40, 2021.

2.2 ARTIGO 2 – QUEM VAI PARA O CTI? A TOMADA DE DECISÃO BIOÉTICA EM CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DE RECURSOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19



*Mulher sentada em uma cesta de mão*³

³ <https://www.vincent-van-gogh-gallery.org/the-complete-works.html?ps=96&pageno=1>

2.2.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição de 1988, é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e funciona de maneira composta no que diz respeito a sua gestão, no qual funciona concomitantemente uma rede pública de assistência gratuita e uma rede privada de forma complementar. e vem sendo construído em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas e sociais a partir dos referenciais da Reforma Sanitária, a qual propunha a capacidade de construir a partir do coletivo e social a ideia do direito democrático-popular de acesso de todos os cidadãos aos serviço de saúde gratuito, tendo com principais ideias-força: O modelo de democracia; uma proposta de reconceitualização da saúde e uma crítica às práticas hegemônicas de saúde.⁴

Em consonância com a consolidação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do SUS foram constituídas e em suma, deveriam garantir assistência à saúde gratuita a todos, através de acesso universal e igualitário às ações de prevenção, promoção e recuperação, prestadas por instituições federais, estaduais e municipais na garantia do atendimento integral e equânime e a descentralização das ações do serviço de saúde.^{5, 6}

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, de 19.09.90), mais especificamente no artigo 7º, são definidas as diretrizes do SUS, destacando a universalização de acesso, a integralidade de assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, e a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, para alocação dos recursos e para orientação programática.⁷

Segundo Paim, apesar dos avanços o SUS ainda existem algumas ameaças e obstáculos a serem vencidos, como privatização dos serviços; ⁸dificuldades na profissionalização da gerência; dependência do Setor privado contratado; desestruturação da atenção primária; desvalorização dos trabalhadores e o subfinanciamento que interfere especialmente na alocação de recursos escassos.

Com efeito, cabe ponderar que os problemas relativos à alocação de recursos em saúde não afligem unicamente países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. O agravamento do problema dos custos – associado à assunção de uma medicina tecnológica e

⁴ FEUERWERKER, L. M. Modelos técnicos de saúde, gestão e organização do trabalho na área da saúde: nada é indiferente na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Interface**, v. 9, n. 18, p.489-506, 2005.

⁵ BRASIL, 2001 - PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

⁶ MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

⁸ PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

aos fenômenos de transição demográfica e epidemiológica – é vivenciado, talvez em momentos e percepções ligeiramente distintos ou em maior ou menor extensão, em todas as regiões do globo, desenvolvidas ou não. Em poucas palavras, deve ser encarado como um problema global e comum a todos os países.⁹

Tais problemas ficaram mais evidentes, recentemente, a partir do surgimento da Covid 19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, identificada pela primeira vez em Wuhan na China em dezembro de 2019. Devido a seu alto potencial de contágio, a doença se alastrou rapidamente por diversos locais ao redor do mundo, fazendo com que fosse decretada pandemia pela OMS – Organização Mundial de Saúde em março de 2020. De fato, atualmente contabilizam-se 44.726.708 casos no mundo, sendo que destes, 5.469.755 são no Brasil com 1.178.375 mortes no mundo e 158.468 no Brasil – Worldmeter.¹⁰

Com base nessas considerações, o presente capítulo pretende trazer reflexões sobre a importância da bioética em contextos de tomada de decisão em cenários de recursos escassos, como atualmente em um cenário de pandemia.

2.2.2 A escassez de recursos de terapia intensiva: uma reflexão prévia e no decurso da pandemia

O desequilíbrio entre necessidade e oferta de leitos de terapia intensiva não se iniciou, evidentemente, com a pandemia de COVID-19. Com efeito, tomando como base o estado do Rio de Janeiro afirmam que faltam leitos de CTI adulto e descrevem a escassez de leitos de terapia intensiva como sendo uma situação complexa e multifatorial, além de um problema de saúde pública. Para tal afirmativa, os autores se baseiam nos parâmetros definidos pela portaria GM/MS n.º 1.101/02, do Ministério da Saúde, a qual leva em conta a média populacional como um substituto para a demanda epidemiológica, sem considerar critérios como tempo de espera na fila, tempo de permanência no leito, entre outros.^{11,12,13}

Ainda tendo como referência tal portaria, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro apresentou um estudo para embasar uma ação civil pública – **Processo: 0283688-**

⁹ GLOBEKNER, O. A. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 1 p. 123-145, 2010.

¹⁰ Site de referência que fornece contadores e estatísticas em tempo real para diversos tópicos. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

¹¹ TORRES, A.; APARECIDA ARAÚJO FÉLIX, A.; SILVEIRA DE OLIVEIRA, P. L. Escolhas de Sofia e a pandemia de COVID-19 no Brasil: reflexões bioéticas. **Revista Bioética y Derecho**, v. 50, p. 333-352, 2020.

¹² GOLDWASSER, R. S., LOBO, M. S. D. C., ARRUDA, E. F. D., ANGELO, S. A., RIBEIRO, E. C. D. O., & SILVA, J. R. L. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 347-357, 2018.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.101, de 12 de junho de 2002**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html.

82.2011.8.19.0001 de 15/10/2019¹⁴ – disponível na internet, a fim de requerer entre outros, a criação e a utilização de protocolos para selecionar os casos de candidatos prioritários a vaga de CTI, além da imediata ampliação de 349 leitos de terapia intensiva que segundo o estudo apresentado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), deveria suprir o déficit de leitos para o Estado, visto que diariamente 06 (pacientes) perdem a vida à espera de um leito de CTI.

Ocorre que em 2015 o Ministério da Saúde revoga a portaria **GM/MS n.º 1.101/02** e em substituição, publica a portaria **GM/MS n°1631/15¹⁵**, estabelecendo novas diretrizes para programação do quantitativo de leitos hospitalares, entre eles leitos de CTI. Além de prever critérios, já citados acima como, tempo de espera, média de permanência, entre outros. Tal portaria justifica sua atualização, por considerar as mudanças tecnológicas e de modelos de atenção ocorridos após o ano de 2002. Todavia, até o momento, são inexistentes os estudos publicados tomando como referência a portaria vigente para o Estado do Rio de Janeiro.

Outrossim, mesmo diante de um cenário de poucas publicações científicas a respeito do tema, os principais veículos de comunicação divulgam a realidade de escassez de leitos de CTI. Neste interim, entre os anos de 2010 e 2019 foram divulgadas 210 notícias relacionadas a falta de leitos, conforme pesquisa feita no site do arquivo digital do Jornal O Globo através do termo: “falta de leitos de CTI” (Site do Acervo Digital do Jornal O Globo, 2020).¹⁶

Dito isto, cabe ressaltar que os problemas (bio)éticos relacionados à tomada de decisão dos médicos, emergem da necessidade de escolha de pacientes candidatos a um único leito de CTI, colocando-os em situações em que se explicita, de forma mais aguda, que o saber técnico é *necessário*, mas não *suficiente*, para que se decida qual seria o paciente – tomando-se dois ou mais enfermos, com iguais condições clínicas – mais indicado a ocupar a única vaga disponível, em uma unidade de terapia intensiva, por exemplo.

Este cenário se agravou no Brasil, após a identificação dos primeiros casos de COVID-19, em meados de março de 2020, situação que se seguiu do exponencial aumento de casos graves da doença a qual atingiu especialmente *pessoas com maior risco de evolução desfavorável da moléstia* – a saber: pessoas com doenças crônicas não transmissíveis – tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* –, imunodeprimidos, idosos e enfermos com câncer. Neste contexto, as “escolhas de Sofia” se fizeram mais presentes e urgentes e protocolos de tomada de decisão foram criados na tentativa de orientar a tomada de decisão técnica e ética, e assim minimizar o sofrimento psicológico dos profissionais da área

¹⁴ Petição Inicial da Ação Civil Pública, processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro, do déficit de leitos de CTI ante a demanda existente.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.631, de 01 de outubro de 2015.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.

¹⁶ Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/>

médica, frente a tais escolhas.¹⁷

Tais protocolos, foram divulgados pelas principais associações e conselhos da classe médica do país, como Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Brasileira de Medicina de Emergência, (ABRAMEDE), Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Observatório de COVID-19 da FIOCRUZ, professores de (bio)ética dentre outros, e todos têm em comum a orientação de tomar decisões a partir do critério de gravidade baseado na aplicação protocolos validados com sistema de pontuação para triagem de pessoas, tais como:

¹⁸ *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)* simplificado, *Charlson Comorbidity Index (CCI)*, *Clinical Frailty Scale (CFS)* e *Karnofsky Performance Status (KPS)*. É consenso em todos esses protocolos, a orientação quanto a escolhas pautadas em critérios objetivos e claros, para que não ocorra discriminação por faixa etária, etnia; cor; raça; religião; gênero; orientação sexual; condição/status social; origem geográfica/naturalidade; nacionalidade; nível de instrução/escolaridade; concepções políticas; antecedentes criminais; existência de desordens psíquicas; existência de deficiências; profissão; aumento dos recursos de saúde, foco em salvar o maior número de vidas, entre outras.^{19,20,21}

Sendo assim, podemos concluir que mesmo os critérios técnicos-científicos necessitam de discernimento, sendo, portanto, moralmente dependentes. Neste sentido, torna-se importante uma reflexão sobre as principais correntes bioéticas que poderiam embasar a tomada de decisão dos profissionais de saúde.

2.2.3 Reflexões no bojo das correntes (bio)éticas para a tomada de decisão

A análise de questões análogas a esta, fazem parte do surgimento da bioética desde meados do século passado. Nesse âmbito, como um dos mais emblemáticos exemplos pode-se citar o dilema ético surgido no Hospital Universitário de Seattle. Conforme relatado por Cr

¹⁷ PAKULA, A. J. *A escolha de Sofia* [filme]. Distribuição: Universal Pictures, 1982.

¹⁸ Observatório de COVID-19 da FIOCRUZ. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/>

¹⁹ Marik PE, Taeb AM. SIRS, qSOFA e nova definição de sepse. *Revista da doença torácica*, v. 9, n. 4, p. 943, 2017; Roffman C, Buchanan J, Índice de Comorbidades Allison G. Charlson. *Revista de Fisioterapia*, v. 62, n. 3, 2016; Wallis SJ, Wall JB, Biram RW, Romero-Ortuno R. Associação da escala de fragilidade clínica com resultados hospitalares. *QJM: An International Journal of Medicine*, v. 108, n. 12, p. 943-9, 2015; Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Status de desempenho de Karnofsky revisitado: confiabilidade, validade e diretrizes. *Journal of Clinical Oncology*, v. 2, n. 3, p. 187-93, 1984.

²⁰ FORTES, P.A.D.C. Selecionar quem deve viver: m estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 48, n. 2, p. 129-34, 2002.

²¹ GONÇALVES, L.; DIAS, M.C. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brazil. *DIVERSITATES*, v. 12, p. 18-37, 2020.

Blagg em seu artigo: *Development of ethical concepts in dialysis: Seattle in the 1960s* após a implantação de um programa que desenvolveu os primeiros aparelhos de diálise para tratamento a longo prazo de pacientes com insuficiência renal crônica, percebeu-se que a estimativa anual seria de 5 a 20 candidatos para terapia renal substitutiva e apenas nove aparelhos disponíveis. Diante da situação, ficaram estabelecidos dois comitês com objetivo de auxiliar a escolha dos pacientes.

O primeiro comitê formado por médicos locais interessados em doença renal, fazia a seleção dos pacientes dentro de critérios médicos rigorosos e os encaminhava para um comitê consultivo. Os critérios originais levavam em conta: ser cidadão estável, emocionalmente maduro e responsável incapacitado pelos sintomas da uremia; ausência de hipertensão arterial sistêmica de longa data e suas complicações permanentes, principalmente, doença cerebrovascular; disposição demonstrada em cooperar na realização o tratamento prescrito, principalmente a dieta restrições; idade 25-45 anos; deterioração lenta da função renal (creatinina sérica 8-12 mg%), uma vez que qualquer função residual simplifica o problema terapêutico; seis meses de residência na área (Washington, Alaska, Idaho, Montana e Oregon); ajuda financeira; valor para a comunidade; potencial de reabilitação; compatibilidade psicológica e psiquiátrica. Crianças e jovens adultos que não eram potencialmente autossustentáveis, foram excluídos.

O segundo comitê, o consultivo, era composto por 7 (sete) pessoas de diferentes formações, a saber: 2 (dois) médicos não envolvidos com no atendimento a pacientes de diálise, uma dona de casa, um advogado; um empresário; um líder sindical e um ministro e tinha como atribuição, decidir dentre os critérios estabelecidos. Seu papel era avaliar o valor relativo de um candidato à família e à comunidade em termos do grau de dependência, o potencial de reabilitação e valor moral do candidato.

Segundo o autor, na ocasião, surgiram diversas publicações de estudiosos de grandes universidades nas áreas de direito, filosofia e teologia que criticavam o comitê e os critérios por este utilizado. A maioria deles, questionava o critério de utilidade social e aspectos ligados a justiça, tendo em vista que se tratava de um programa experimental e desta forma, suscitava reflexões como – Quem é realmente o paciente mais adequado sob as regras atuais do comitê? O homem que, se lhe for permitido continuar vivendo, pode dar a maior contribuição para a sociedade? Ou o homem que morrendo abandonaria o maior fardo para a sociedade? Tais questões reverberam até os dias atuais, sem consenso. Diante deste contexto, Fortes defende que:

“(...) É preciso que a questão seja debatida amplamente com os profissionais de saúde e com a sociedade, não se olvidando que, enquanto não existem políticas públicas que adequem a oferta de serviços às necessidades de atendimento de situações de emergências médicas da população, os dilemas de tomada de decisão em situação de escassez continuarão a estar presentes e sendo solucionados por critérios de preferência pessoal”.²²

Neste contexto, a escolha da (bio)ética como fundamentação teórica se justifica por sua multiplicidade de teorias, paradigmas e pluralidade de metodologias de análise em campos de conhecimento interdisciplinares, que são capazes de embasar debates a respeito dos problemas éticos surgidos, principalmente, após o advento das (novas) tecnologias biomédicas, visando abordar os problemas atendendo a totalidade da pessoa e da coletividade, na tentativa de ultrapassar códigos deontológicos de obrigações, de regras absolutas e – supostamente – irrevogáveis.^{23,24}

Desta forma, faz-se necessária uma breve explanação das duas principais teorias de tomada de decisão ética, segundo Fortes. A teleológica (do grego²⁵ *telos* = “fim”) e a deontológica (do grego *deon* = “dever”), as quais servirão embasamento teórico para discussão em torno de critérios da alocação de recursos escassos, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS, além de subsidiar as justificativas e os argumentos que serão utilizadas pelos médicos na escolha do candidato ao único leito de CTI disponível, se este for o caso.

Corrente Teleológica

A corrente teleológica – em geral, caracterizada como uma ética das consequências – se caracteriza pela avaliação dos resultados, ou seja, um ato será julgado eticamente a partir do alcance dos objetivos e pela maximização das consequências no intuito de atingir o “*maior bem-estar possível, para o maior número de pessoas*”. Tal corrente de pensamento foi concebida pelos pensadores anglo-saxões, Jeremy Bentham, David Hume e John Stuart Mill.²⁶

Ferrer e Álvarez, consideram que para decisões de priorização de cuidados em

²² FORTES, P.A.D.C. *Op. Cit.*, 2002, pp. 129-134

²³ FERRER, J. J.; ALVAREZ, J.C. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola, 2005.

²⁴ PORTO, D. **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Conselho Federal de Medicina / Cátedra Unesco de Bioética / Sociedade Brasileira de Bioética, Brasília, 2012.

²⁵ FORTES, P.A.D.C. *Op. Cit.*, 2002, pp. 129-134.

²⁶ FORTES, P. A. D. C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomadas de decisão, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo, EPU, 1998, p. 31.

saúde, o princípio utilitarista se volta para uma reflexão de ²⁷*utilidade social*, na medida em que descreve que a melhor decisão seria aquela que trouxesse mais saúde e menos dor para o maior número de pessoas.

Em um contexto de pandemia, onde a escassez de recursos aumenta flagrantemente, como exposto acima, as orientações dos protocolos sugerem critérios utilitaristas, na medida em que visam o salvamento do maior número de vidas, desde que as escolhas estejam dentro de critérios bem definidos de triagem técnica e de que não haja discriminação, especialmente, por faixa etária e ciclo de vida, uma vez que a vida dos pacientes, possuem o mesmo valor. Sendo assim, cabe considerar que:

*“A atribuição de um valor moral formal ao “tempo ou ciclo de vida” desconsidera o conteúdo concreto das vidas vividas – o valor que cada indivíduo atribui a suas escolhas, realizações e projetos de vida. Cabe ressaltar que a apostila no critério do tempo/ciclo de vida pode ter consequências bastante questionáveis, quando pensamos sobre outros temas caros à bioética”.*²⁸

Dentro da lógica utilitarista outro aspecto importante a ser observado, leva em conta a exigência da maximização da felicidade, ou ainda, maximização do bem-estar coletivo, às custas dos direitos de cada indivíduo, especialmente no campo da saúde, onde não é possível o cálculo de todas as consequências devido à complexidade de decisões a serem tomadas. Neste ponto, argumenta que uma ação ao tentar garantir o maior bem-estar para maioria, pode causar prejuízos a uma minoria pela dificuldade de conceituação do bem-estar.²⁹

Ainda nessa linha, chamam atenção para que não haja amento da desigualdade social e vulnerabilidade no Brasil, ao passo que qualquer escolha, mesmo que moralmente justificadas não estão isentas de consequências.³⁰

Corrente Deontológica

Importância deve ser dada às correntes deontológicas, nas quais o ato ético depende apenas valores e das normas, independente das consequências. Tais correntes, por sua vez, estão expressas em múltiplas teorias, porém nem sempre em forma de deontologia pura, cujo exemplo clássico encontra-se descrito na filosofia moral de Immanuel Kant. Sendo assim, fazem a seguinte colocação, a fim de exemplificar um pouco melhor a teoria deontológica:

“Uma abordagem deontológica estrita, como a Kantiana, oferece-nos um fundamento sólido para

²⁷ FERRER, J.J.; ALVAREZ, J.C., *Op. Cit.*

²⁸ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C., *Op. Cit.*

²⁹ FORTES, P.A.D.C. *Op. Cit.*, 1998.

³⁰ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C., *Op. Cit.*

*a proteção dos direitos humanos inalienáveis, tanto no campo biomédico como em outros âmbitos da vida. Por outra parte, um deontologismo tão estrito pode colocar-nos em graves apuros em situações de conflito de deveres. Segundo Kant, não se pode jamais quebrar uma promessa. Suponhamos que uma pessoa fez a promessa de comer com amigos num restaurante às 3h da tarde. Às 2h30, está saindo de casa quando, na escada, encontra seu vizinho, que acaba de sofrer um infarto do miocárdio. Deve cumprir a promessa feita a seus amigos ou deve atender a seu vizinho? Parece que, para um Kantiano rigoroso, o cumprimento da promessa teria prioridade. Pois bem, a compreensão de Beauchamp e Childress do deontologismo não é tão rigorosa. Bastaria que a teoria em questão aceitasse que existem outros critérios de retidão moral, além das consequências”.*³¹

Outrossim, faz-se importante destacar que a deontologia, vista como respeito aos princípios, às regras e às normas, está presente nos padrões de conduta de diversas categorias. Especialmente em relação a categoria médica, destaca-se o juramento de Hipócrates, segundo o qual, cada médico tem o dever de respeitar o código antigo e universal da ética médica, bem como o código interno da prática médica.³²³³

Fortes, destaca que as normas deontológicas em outros países, são apenas orientações diretrizes para os profissionais e não têm poder, coercitivo, como no caso dos conselhos de ética dos profissionais brasileiros. Neste ponto, é importante lembrar que o conteúdo dessas dos códigos de ética vigentes, muitas das vezes, escapam das reais discussões éticas, como ações ligadas a beneficência e não-maleficência que legitimam, muitas das vezes o paternalismo médico, no instante em que desconsideram a autonomia do sujeito.³⁴

No contexto de luta à pandemia de COVID-19, simboliza que as escolhas devem ser realizadas com base no benefício do paciente e o seu não malefício. É necessário portanto, a observância à possibilidade de maximização desses benefícios

Na possibilidade de existência de outros critérios de retidão moral, além das consequências e aceitando que os critérios de objetividade médico-científica podem ser iguais entre os candidatos nos casos de distribuição ineficiente de recursos, Beauchamp e Childress propõe mecanismos interpessoais de sorteio como sendo a opção mais justa e de igual respeito e complementam que: “*s³⁵ e o grupo de pacientes com necessidades médicas iguais excede a oferta do serviço, então devem ser desenvolvidos procedimentos para alguma forma de*

³¹ FERRER, J. J.; ALVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea.** São Paulo: Loyola. 2005, p. 113.

³² FORTES, P.A.D.C., *Ibid.*

³³ MALLOY, D.C. WILLIAMS, J.; HADJISTAVROPOULOS, T; KRISHNAN, B.; JEVARAI, M.; MCCARTHY, EF.; MURAKAMI, M; PAHOLPAK. S; MAFUKIDZE, J.; HILLIS, B. A realização de scissions éticas sobre idosos e intensidade moral: um estudo internacional de médicos. *Journal of Medical Ethics*, v. 34, n. 4, p. 285-296, 2008.

³⁴ FORTES, P.A.D.C., *Op. Cit. Cit.*, 2002, pp. 129-134.

³⁵ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F., *Op. Cit.*, p. 418.

seleção aleatória. Critérios de valor não devem ser usados”.

Ainda entre as teorias deontológicas destaca-se a teoria da justiça como equidade, elaborada nos anos 1970 pelo filósofo estadunidense John Rawls, o qual defende que estes dois termos não são usados como sinônimos, porém a justiça só se fará, em situações de equidade. Dentro deste contexto, em caso de conflitos de interesses por recursos, deva-se priorizar os menos favorecidos. No campo da saúde, seguindo o pensamento de Rawls, poderíamos avaliar o desfavorecimento pela condição social e econômica, pelo estado de saúde e gravidade, pela fragilidade ou vulnerabilidade pessoa.³⁶

Villas-Bôas ressalta a grande dificuldade em se definir o termo justiça, seja no direito, na filosofia ou em sua nova aplicação surgida na metade do século XX, ante a chegada da bioética e suas discussões acerca da justiça distributiva e suas contribuições relacionadas a área da saúde, biotecnologia e alocação de recursos.³⁷ Neste ponto, alertam para a questão de que a avaliação clínica, por si só, pode não ser justa o suficiente se levarmos em conta o quadro de grande desigualdade e vulnerabilidade social do povo brasileiro, na medida em que alguns estudos já estabelecem relação entre mortes por COVID-19 e determinantes sociais de saúde.³⁸

Com efeito, entendendo que os princípios são permanentes e universais dentro de uma lógica deontológica e que os indivíduos sempre devem ser tratados como um fim em si mesmo e não como meio, é importante ponderar que na escolha de qual enfermo deverá ocupar um leito de CTI, por exemplo, para que não incorra em injustiça, seria de extrema importância garantir o dever de não discriminar indivíduos sob nenhuma hipótese ou justificativa.

Por fim, na tentativa de sistematizar o que foi dito até o momento, propomos uma síntese de toda a discussão, na próxima seção.

2.2.4 Quem vai para o CTI? Síntese de recomendações, baseada no observatório COVID-19 da Fiocruz

No decorrer desta seção, será possível observar, que em geral, as recomendações feitas por especialistas em bioética e entidades médicas acerca da alocação de recursos escassos, especialmente durante a pandemia, convergem para as correntes bioéticas pontuadas acima, na medida em que trazem consigo a intenção de salvar o maior número de vidas,

³⁶ FORTES, P.A.D.C., *Op. Cit. Cit.*, 1998.

³⁷ VILLAS-BÔAS, M. E. **O Direito à Saúde no Brasil - reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2014.

³⁸ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

respeitando a autonomia dos sujeitos, de forma a compor beneficência e justiça^{39,40}.

Sendo assim, cumpre enfatizar que para que tais princípios éticos sejam seguidos, recomenda-se o diálogo, como ponto fundamental no processo de tomada de decisão. Este deve contar com a participação de toda equipe multiprofissional do serviço de urgência/emergência e CTI levando em conta os aspectos médico-técnico-científico, aspectos éticos envolvidos na decisão em questão, afim que sejam feitas as melhores escolhas dentro do quadro proposto.

Sugere-se também a criação de uma comissão de bioética, em cada unidade hospitalar, com caráter consultivo, composta, preferencialmente, por dois ou mais profissionais externos à equipe para, diante de cada caso dilemático, tendo em vista que não existem decisões isentas ou imparciais do ponto de vista moral.⁴¹

Importante ressaltar a relevância de consultar o paciente, sempre que possível ou à família para que se tenha clareza dos desejos deste, respeitando o princípio da autonomia, especialmente no tocante as questões de fim de vida e à sua qualidade e sempre levando em consideração os aspectos ligados as diretrizes antecipadas de vontade. Tal consulta visa conhecer o ponto de vista do paciente, ou de seu representante legal, sendo de relevante para análise do contexto. Deve-se, também, levar em conta os *scores* de gravidade, descritos acima, como SOFA e KPS, por exemplo, e a partir daí, sugere-se priorizar o paciente com maior chance de recuperação. No entanto, é fundamental avaliar o quadro clínico individual na tentativa de evitar vieses.

Considerando o que foi descrito no parágrafo anterior, cabe considerar de forma complementar a categorização proposta na Resolução CFM Nº 2.156/201612, conforme segue: “Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. (...) Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. (...) Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. (...) Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata,

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ SATOMI, E.; SOUZA, P. M. R.; THOMÉ, B. C.; REINGENHEIM, C.; WEREBE, E.; TROSTER, E. J.; SCARIN, F. C. La C.; BACHA, H. A.; GRUNSPUN, H.; FERRAZ, L. J. R.; BUENO, M. A. S.; BARROS FILHO, M. T. L.; BORGES, P. C. M. Alocação justa de recursos médicos escassos durante a pandemia de COVID-19: considerações éticas. *Einstein*, v. 18, eAE5775, 2020.

⁴¹ SIMAS, K. B. F.; GOMES, A. P.; FERREIRA, M. L. A.; RODRIGUES, D. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Comissão de Bioética e Atenção Primária à Saúde: uma proposta dirigida à realidade carioca.** In: PALÁCIOS, M. Bioética, saúde e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, p. 113-127

mas com limitação de intervenção terapêutica. (...) Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão no CTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

Conforme já discutido anteriormente mesmo antes da pandemia já existia uma enorme demanda em relação a oferta de leitos de CTI. Dito isso, importa chamar atenção para que a seleção de pacientes leve em conta todos os tipos de enfermidade e não apenas enfermos aquelas ligadas a infecção causada pela SARS-CoV-2.

Sendo assim, diante dos constantes avanços do conhecimento ético e científico, torna-se importante a constante atualização com base nestes conhecimentos para que as tomadas de decisão sejam aprimoradas em prol do benefício dos pacientes.

Diante das opções propostas:

*“Pode-se summarizar os quesitos sugeridos para subsidiar o processo decisório nos seguintes termos: a avaliação sobre qual enfermo deverá ser admitido na UTI, em um contexto de emergência sanitária por COVID-19 e de insuficiência do número de leitos de terapia intensiva, deverá considerar o respeito à autonomia do paciente – consubstanciada em seus desejos acerca do fim de vida (sua manifestação explícita sobre sua condição ou suas diretrizes antecipadas ou a posição de seu representante legal) – e uma estimativa cientificamente válida do potencial de recuperação do enfermo e das perspectivas de qualidade de vida após a alta hospitalar; em nenhuma hipótese poderão ser utilizados critérios que possam configurar discriminação de qualquer natureza”.*⁴²

Por fim, mesmo diante de todas as opções médico-técnico-científicas e (bio)éticas que visam a melhor tomada de decisão, é categórico ressaltar que qualquer deliberação, do ponto de vista da moralidade, pode ser falha, tendo em vista a impossibilidade de atitudes morais infalíveis ou princípios morais eternos e absolutos. A intenção de uma reflexão sobre os pontos de vistas expostos durante o texto, têm a intenção de não gerar mais injustiça e desigualdade entre os enfermos.⁴³

⁴² SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; BRAGA, L. M.; COSTA, A. S.; THOME, B.; SCHRAMM, F. R.; SALES JUNIOR, J. A. L.; FORTES, P. D.; REGO, S.; SANTOS, S.; MARINHO, S. **COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva?** Observatório COVID-19 Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. 6p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/ensaio-covid-19-e-o-fim-da-vida-quem-sera-admitido-na-unidade-de-terapia-intensiva>.

⁴³ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

2.2.5 Considerações finais

A COVID-19, no Brasil, disseminou-se rapidamente desde março deste ano, emergindo e intensificando debates acerca de alocação de recursos escassos que desde sempre são um dos maiores desafios sanitários, sociais e econômicos do país. Com efeito, diante de um contexto de recursos escassos, agravado por um panorama de pandemia, é razoável afirmar que o critério médico-científico seria consenso como sendo a melhor escolha para tomada de decisão, justamente pela aposta em sua objetividade e efetividade pragmática. O critério é considerado moralmente válido tendo em vista que aloca recursos para aquelas pessoas que apresentam mais perspectiva de recuperação, demandando menos tempo de cuidados intensivos e com isso maior rotatividade de leitos.

Como discutido, quando este critério se faz igual a mais de um indivíduo, tornando a aplicação deste inviável, a opção da aleatoriedade – ou seja, escolha por sorteio – seria moralmente justificável e aceitável e, inclusive, indicada por grupos de bioeticistas e filósofos^{44,45}. Contudo, como sugere Gonçalves e Dias, tal encaminhamento não exime aquele que escolhe das responsabilidades e das suas possíveis consequências. Ainda para as mesmas autoras se tornam necessários, no pós-pandemia, estudos mais robustos a respeito para saber se a alocação de recursos ocorreu de forma especialmente justa e se o conceito de máxima utilidade utilitarista foi de fato, cumprido.⁴⁶

Referências

Buller, J ‘Managing Wicked Problems: The National Institute for health and Care Excellence and the Depoliticisation of Health Care Rationing’, Commonwealth Innovations Review, 23(4): 4-13 (2017).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.814, de 01 de junho de 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 5 de novembro de 2002.

⁴⁴ PEREIRA, F. P. **Regulação do sistema único de saúde em contexto de escassez de recursos: aspectos bioéticos da tomada de decisão médica**. 2016.

⁴⁵ AZEVEDO, M; DALL’AGNOL, D.; BONE, A.; ARAÚJO, M. Por um debate sobre as diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia. *Jornal Estado de São Paulo*, 2020.

⁴⁶ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

BRASIL, Ministério da Saúde. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. *Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS*. Relatório Final. Brasília, agosto de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf> Acesso em: janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.559, de 1 de agosto de 2008. *Institui uma Política Nacional. Regulação do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 ago.2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559>. Acesso em: 1 nov. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Coleção: **Para Entender a Gestão do SUS**, Brasília, 2011.

FERRAZ, O.L.M. De quem é o SUS? **Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 dez. 2007. Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola. 2005.

FORTES, Antonio de Carvalho Fortes. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde - **Revista Bioética**, 2008.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina and GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis [online]**. 2012.

GLOBEKNER, O.A. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, 2010; São Paulo v. 11, n. 1 p. 123-145.

LOURINHO, Lídia Andrade *et al.* A formação do fonoaudiólogo e a sua interlocução com a Saúde Coletiva: percepções dos docentes e discentes. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 3, p. 17-25, 2018.

MALLOY, D. C. *et al.* Ethical decision-making about older adults and moral intensity:an international study of physicians. *Journal of Medical Ethics*, v. 34, n. 4, p. 285-296, 2008.

MELLO, Dirceu Raposo de; COUTINHO, Alda de Azevedo; SANTOS, Grazielle Felipe dos; et. al. Análise bioética do papel do Estado na garantia ao acesso a medicamentos. In. GARRAFA, Volnei; MELLO, Dirceu Raposo de; PORTO, Dora. Bioética e vigilância sanitária. Brasília: Anvisa, 2007.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3º edição. São Paulo/Rio de Janeiro: **HUCITEC/ABRASCO**, 1994.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015.

PENNALVA, J. Judicialização do direito à saúde: O caso do Distrito Federal. Belo Horizonte, 2011.

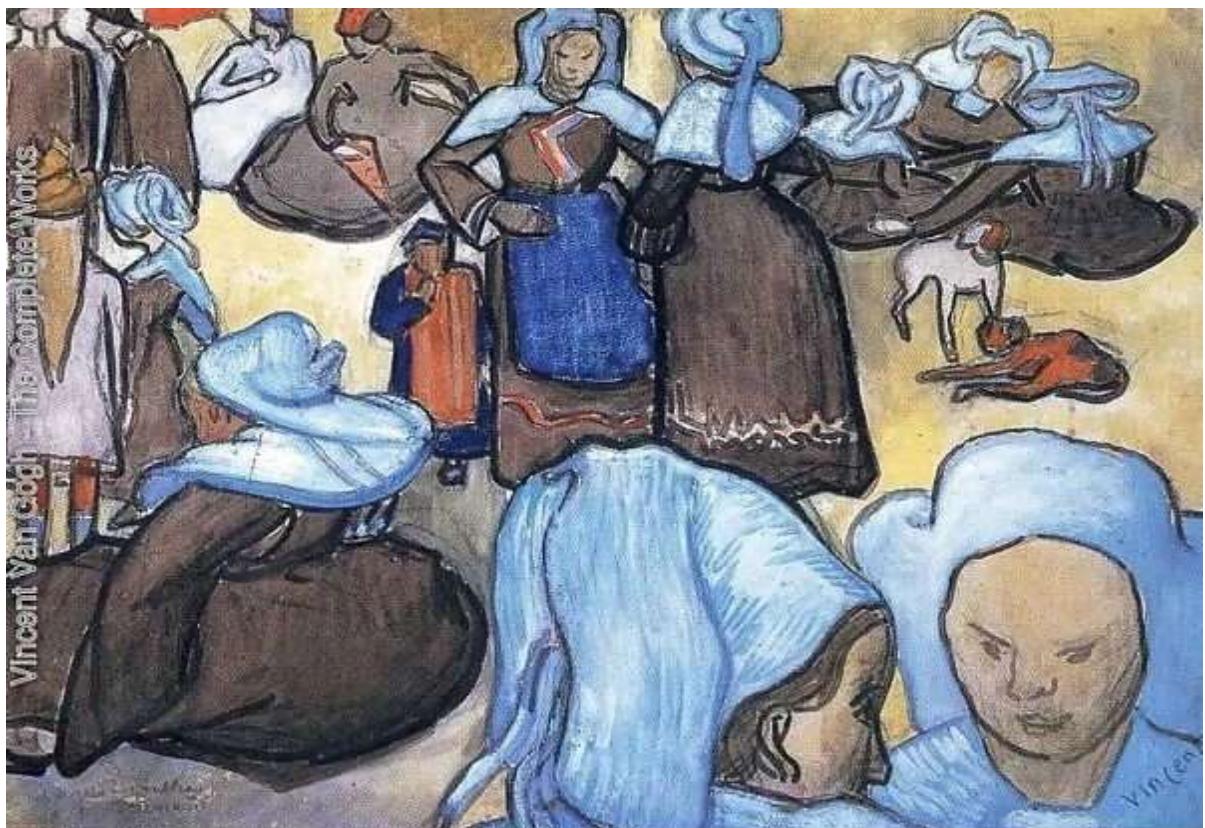
PORTO, Dora *et al.* Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois. **Conselho Federal de Medicina / Cátedra Unesco de Bioética / Sociedade Brasileira de Bioética, Brasília, 2012.**

SANTOS SR, Nóbrega MM. The search for theorypractice interaction in the nursing information system – approach from grounded theory. **Rev Latinoam Enferm.** 2004;12(3):460-8.

SANTOS, JS., JR PEREIRA, GA., BLIACHERINE, AC., FOSTER, AC. **Protocolos Clínicos de Regulação**, Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

2.3 ARTIGO 3 – O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES (BIO)ÉTICAS



*Mulheres Bretãs*⁴⁷

2.3.1 Introdução

A ocorrência de inúmeros casos de pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, província de Hubei, na China, no final do mês de dezembro de 2019, culminou na emissão de

⁴⁷ <https://www.vincent-van-gogh-gallery.org/the-complete-works.html?ps=96&pageno=1>

um alerta à Organização Mundial de Saúde (OMS). Logo em seguida, no início de janeiro de 2020, pesquisadores chineses isolaram e sequenciaram o agente etiológico, identificado como um novo coronavírus, posteriormente batizado de SARS-CoV-2 – causador da doença que passou a ser chamada COVID-19 – e protagonista da atual pandemia que se tornou uma ameaça real à saúde nas mais diversas regiões do planeta (GUAN *et al.*, 2020).

A enfermidade se disseminou rapidamente pelo continente asiático, atingindo – na sequência – a Europa, Américas, África e Oceania. No Brasil, chegou a São Paulo, a partir de um caso importado da Itália, no dia 25 de fevereiro de 2020 (CUPERTINO *et al.*, 2020). A pandemia trouxe consigo muitas dúvidas quanto aos modos de transmissão, à evolução clínica, aos tratamentos e às perspectivas de proteção. Expôs, também, problemas com os quais o mundo globalizado convivia diariamente sem a devida atenção: a desigualdade social, a falta de acesso universal à saúde, a escassez de leitos em hospitais e de recursos materiais e humanos, as formas precárias de trabalho e o baixo investimento em saúde, permitiram o surgimento de um cenário de desafios à tecnociência e à bioética, particularmente na esfera da proteção aos profissionais de saúde com atuação na frente da pandemia.

Com base nessas considerações, o presente manuscrito tem por objetivo abordar – e trazer para o debate – os aspectos bioéticos relacionados aos usos dos equipamentos de proteção individual (EPI), na perspectiva de proteção dos profissionais da saúde, em um contexto de escassez e de crise.

2.3.2 Transmissão da COVID-19 e riscos aos profissionais de saúde

A transmissão do SARS-CoV-2 em humanos ocorre, principalmente, por gotículas expelidas pelas vias respiratórias (durante a fala, a tosse ou o espirro, por exemplo) e por contato (as mãos se tornam contaminadas ao tocar superfícies contendo o vírus, os quais na sequência podem ser levados à boca, ao nariz ou aos olhos). A transmissão ocorre também de modo importante, por inalação de aerossóis. O vírus foi igualmente encontrado nas fezes e na urina, potenciais fontes de infecção (CDC, 2020; ZHANG *et al.*; SUN *et al.*, 2020).

Tendo em vista que a veiculação do SARS-CoV-2 envolve múltiplos mecanismos, devem ser implementas, nas instituições de saúde, com foco na proteção dos trabalhadores, a precaução padrão e a precaução baseada nas vias de transmissão – contato, gotículas e aerossóis – as quais abrangem a utilização dos EPI, a saber: avental impermeável, luvas, gorro, óculos ou protetor facial (*face shield*), propé, máscara cirúrgica e máscara N95/PFF2 (WHO, 2020

Ao longo da pandemia, os profissionais da área de saúde representaram um dos grupos que mais adoeceu – e, por vezes, morreu – pela COVID-19. Os exemplos, ao longo de 2020 e 2021, não podem ser subestimados:

O Brasil registrava ao menos **30 mortes de profissionais de enfermagem** causadas pela COVID-19 até esta quarta-feira (15), de acordo com balanço do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) (...) outros 4 mil profissionais estão afastados pela doença, sendo 552 com diagnóstico confirmado e mais de 3,5 mil em investigação. (COFEN, 2021, n.p., grifo nosso).

Na Itália, 23 profissionais da saúde morreram; há cerca de 4.000 médicos e enfermeiros infectados pelo coronavírus na Espanha. (OLIVEIRA, 2020, n.p.).

O secretário municipal da Saúde, Edson Aparecido dos Santos, disse neste sábado que São Paulo teve 10 profissionais de saúde mortos nos últimos três dias em decorrência do novo coronavírus. (ESPAÑA, 2020, n.p.).

Segundo dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), estima-se que entre janeiro de 2020 e maio de 2021, houve 180 mil mortes profissionais de saúde no mundo. Neste levantamento, publicado em setembro de 2021, o Brasil ocupa o quarto lugar com 13,6 mil mortos, sendo o primeiro lugar ocupado pelos EUA com registro de 62 mil mortos, seguidos de 22 mil na Rússia e 14 mil no Reino Unido (ONU BRASIL, 2021). Há, de fato, uma importante disseminação do microrganismo nos serviços de saúde. A maior exposição ao SARS-CoV-2, em decorrência das horas de trabalho a fio, e o complexo processo de remoção dos EPI são explicações para esse cenário, documentando-se que a transmissão do vírus ocorre mesmo nas situações em que os EPI estão disponíveis e são utilizados durante todo o tempo da atividade laboral (GHINAI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020; HEINZERLING *et al.*, 2020).

Outras justificativas para o alto índice de infecção pelo SARS-CoV-2 nos profissionais de saúde, além da provável baixa imunológica advinda do estresse e do “aumento das jornadas de trabalho e o contato diário de médicos e enfermeiros com pacientes críticos” (MEDEIROS *et al.*, 2021, p. 19582), é a falta de EPI para o atendimento dos pacientes com síndrome gripal e/ou suspeita de COVID-19. Um levantamento dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), em 5780 instituições de saúde, indicou um (...) alto índice de contágio na categoria, associado à escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). (...). Os conselhos de enfermagem receberam quase cinco mil denúncias ao longo de 2020 sobre inadequações no fornecimento de EPIs, a maioria delas validada pela fiscalização. A falta de máscaras, especialmente, tem levado as instituições a oferecerem, aos profissionais,

máscaras⁴⁸ “que não atendem às especificações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quanto às camadas de barreira e filtração, expondo profissionais à contaminação biológica”⁴⁹. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) “os profissionais de enfermagem do Brasil inteiro, linha de frente no tratamento a pacientes com o novo coronavírus, sofrem com a falta de equipamentos de proteção individual durante a crise, tanto em hospitais públicos quanto em hospitais privados”⁵⁰.

(...) a enfermagem representa o maior número de profissionais de saúde, cujo trabalho é centrado no cuidado ao ser humano, envolvendo uma ligação direta entre profissional/paciente e a vivência de vários fatores. Esses fatores são potenciais de impactos negativos psicossociais e psicossomáticos, gerando a diminuição da produtividade e o aumento do índice de acidentes de trabalho e uma assistência de enfermagem ineficaz. (DAL'BOSCO *et al.*, 2020, p. 2).

Aqui reside o problema que se pretende abordar: como deve agir, de uma perspectiva ética, um profissional de saúde se os EPI não são fornecidos pela unidade de saúde?

(...) o profissional fica exposto pode levar à ocorrência de desgastes psicológicos, estresse elevado, ansiedade, depressão. Essas comorbidades, quando se fazem presentes, podem impactar negativamente na satisfação com o trabalho, resultando em prejuízos na assistência, qualidade do cuidado e segurança do paciente. (DAL'BOSCO *et al.*, 2020, p. 2).

As consequências dessa situação abrangem, obviamente, o risco de infecção pelo SARS-CoV-2 e, para além disso, uma série de impactos profundamente negativos, em termos de saúde mental, nos trabalhadores da área de saúde. De fato, é comum identificar sintomas de ansiedade e depressão e o grande impacto que essas manifestações causam sobre o bem-estar e as atividades diárias dessa população. Na enfermagem, percebe-se significativa ocorrência dessas manifestações psíquicas entre os profissionais:

Dante desse cenário da pandemia e alta disseminação e mortalidade, os profissionais da saúde que ficaram diretamente ligados aos pacientes infectados e envolvidos tanto no diagnóstico, tratamento e no atendimento em geral, mostrou-se com altos índices de sofrimento psíquico como medo, ansiedade, depressão, angústia, sono prejudicado e outros sentimentos relacionados ao risco à exposição do vírus. (PRADO *et al.*, 2020, p. 6).

O problema em tela deve ser analisado de uma perspectiva legal, deontológica e bioética, como se procurará delimitar nas seções que estão por vir.

⁴⁸ Conselho Regional de Enfermagem Mato Grosso, 2020a. http://mt.corens.portalcofen.gov.br/fiscalizacao-identifica-4-602-profissionais-afastados-por-suspeita-de-covid-19_13321.html.

⁴⁹ Conselho Regional de Enfermagem Mato Grosso, 2020b. http://mt.corens.portalcofen.gov.br/coren-mt-notifica-hospitais-por-uso-de-mascara-artesanal-e-cobra-mais-seguranca_13326.html.

⁵⁰ Conselho Federal de Enfermagem, 2020. http://www.cofen.gov.br/enfermeiras-sao-expostas-ao-coronavirus-por-falta-de-equipamentos_78319.html.

2.3.3 Aspectos legais e deontológicos

Um primeiro aspecto chave: ninguém é obrigado a colocar a própria vida em risco para cuidar ou salvar a existência de outrem. Apesar do compromisso ético com a vida a ser cuidada – e, inclusive, da possibilidade de alguns pensarem que há omissão de socorro e tentar o enquadramento da situação por tipicidade no Art. 135 do Código Penal Brasileiro –, configura-se uma situação na qual o profissional, escolheu sua profissão conhecendo (ou devendo conhecer) a existência de riscos biológicos. Todavia, esta mesma escolha se pauta no conhecimento sobre a proteção conferida pelos EPI corretos à situação prescrita, os quais não zeram os riscos, mas minimizam-nos, a ponto da atuação laboral, nesse contexto, superar os limites de colocar a própria vida em xeque. Naquelas situações nas quais os profissionais estão exercendo sua atividade sem utilização⁵¹ de EPI adequados – ou mesmo, sem o uso desses artefatos de segurança –, está configurada um contexto crítico em que trabalhadores que desejam atender, que se vinculam eticamente aos seus pacientes, se infectam e podem adoecer, morrer e transmitir o agente infeccioso a outros enfermos sob seus cuidados.

Neste ponto, Rosenvald e colaboradores (2021) ressaltam que:

Quando a sociedade pede que alguns de seus membros corram grandes riscos pessoais ao servir os interesses do público, é razoável esperar que a sociedade assuma algumas responsabilidades por eles em troca dos riscos assumidos. Com efeito, segundo o Código de Ética Médica (RES. CFM Nº 2.217/2018), entre os direitos dos médicos, encontra-se o de ‘V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência...’ E destacam ainda: Não se trata aqui de uma proposta de não incidência de responsabilidade civil e do consequente dever de indenizar por força maior (art. 393, parágrafo único do Código Civil), pois o fato inevitável e irresistível da pandemia não acarreta uma impossibilidade absoluta, mesmo que temporária, de prestação de atendimento médico. Todavia, a objetiva alteração das circunstâncias impõe a adequação da análise judicial de padrões de conduta profissionais a um panorama de calamidade. Conforme o visto, decisões tomadas com base no estado da arte em abril/20 não mais se justificavam alguns meses depois. Isso reforçar a necessidade de adequação do manejo frente a novas descobertas. Portanto, respeitando-se a legislação aplicável, a responsabilidade pessoal do médico se mantém subjetiva (arts. 951, CC14 c/c 14, § 4º, CDC15) porém a avaliação casuística do cuidado razoavelmente exigível será contextualizada ao quadro de exceção. (ROSENVALD; PEREIRA; BARCELÓ-DOMÉNECH, 2021, p.156-157).

Assim, ao se abordar o problema do ponto de vista da prática da medicina, deve ser ressaltado, no Código de Ética Médica, Capítulo II, que é direito do médico

⁵¹ Código penal Brasileiro, Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver. (CFM, 2018, cap. II).

Cinco anos antes, na Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.077/14⁵², descrevia-se que: “Os médicos plantonistas deverão denunciar ao Ministério Público e ao Conselho Regional de Medicina todas as situações que ponham em risco sua segurança para o exercício profissional, esgotadas as tentativas de solução com as diretorias da instituição”. Com o advento da COVID-19, normatizações foram elaboradas pelos conselhos regionais, com destaque para Santa Catarina e Rio de Janeiro, sobre como proceder em caso de falta de EPI:

(...) o Responsável Técnico – e na sua ausência, os chefes de plantão ou médicos designados como responsáveis ou qualquer médico do corpo clínico – deve, de forma compulsória, notificar imediatamente o CRM-SC (...) não conseguindo providenciar os EPI, suspenderá o atendimento dessa instituição até que seja disponibilizado aos profissionais da saúde os equipamentos adequados. (CFM, 2014).

(...) o responsável técnico comunicará à autoridade sanitária e ao CREMERJ imediatamente e não conseguindo providenciar os EPI, suspenderá o atendimento dessa população até que exista o equipamento adequado. (CFM-SC, 2020).

A apreciação de tais dispositivos permite que se considere que “o profissional deve se afastar do atendimento e aguardar a disponibilização de EPI’s adequados, justificando por escrito as razões, em documento dirigido ao Diretor Técnico da instituição” (CREMERJ, 2020, p. 12), pois “(...) existe respaldo legal e ético para o profissional se recusar a atuar se não lhe forem disponibilizadas condições para o exercício seguro de sua atividade laborativa” (CRMMG, 2014).

No que concerne à Enfermagem, o Código de Ética da Enfermagem, descreve no Capítulo I, Art. 13, que é direito do profissional de enfermagem

suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem. (CÓDIGO DE ÉTICA DA ENFERMAGEM, 2017, art. 13).

Ainda no capítulo dos direitos, o Art. 22 ratifica o direito de “recusar-se a executar

⁵² CFM. Código de Ética Médica. 2018. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>.

atividades (...) que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade”.

Ao tratar das proibições (Capítulo III - Código de Ética da Enfermagem), o art. 76 descreve que o profissional não pode “negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional”. Portanto, na ausência de EPI adequado para o profissional de enfermagem desempenhar suas atividades laborais com segurança e havendo risco à sua integridade física, mesmo em situação de epidemia, como⁵³ tem ocorrido na pandemia de COVID-19, o profissional de enfermagem, de acordo com essas definições do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), poderá tomar a decisão se não a prestar assistência, caso sua vida seja colocada em risco.

2.3.4 Responsabilidade (bio)ética: alguns aspectos para reflexão moral

A bioética, segundo Schramm (2020) pode ser definida como

(...) uma ética aplicada à moralidade inscrita nas práticas humanas que podem ter efeitos, considerados negativos e, muitas vezes, irreversíveis, sobre os seres vivos; em particular, sobre indivíduos e populações humanas considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e biotecnocientíficos, socioculturais e biopolíticos, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas; e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los racionalmente, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral razoável, mais adequadas para prescrever os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais. (SCHRAMM, 2020, p. 217).

O contexto de escassez de recursos, como já mencionado, e particularmente a falta de equipamentos de proteção individual, produz um conflito (bio)ético, na medida em que levanta indagações a respeito da proteção dos sujeitos envolvidos – neste caso profissionais de saúde e pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 –, uma vez que a proteção dos pacientes depende do atendimento por um profissional saudável, sem COVID-19, e protegido (usando EPI), dado o risco de transmissão da doença.

Diante deste cenário, é possível realizar análise a partir da Bioética da proteção como caixa de ferramentas teórico-práticas com intuito de compreender conflitos na saúde pública,

⁵³ CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. O grifo (sublinhado) é dos autores do presente manuscrito.

tentar entendê-los, ponderar sem juízo de valores, para então tentar uma solução (SCHRAMM, 2012). Com efeito, segundo Schramm (2012), a origem do termo proteção pode ser encontrada na própria matriz do termo polissêmico grego *ethos*, cujo significado remete à “guarda” ou à “morada”, donde o autor conclui que a Bioética da proteção deveria ser pensada como instrumento prático de proteção, saúde e bem-estar de indivíduos e populações contra a ameaças a sua própria existência:

Assim, o campo de aplicação de um ‘princípio de proteção’ poderia ser visto também como sendo o mesmo daquele coberto pelo ‘princípio de vulnerabilidade’, considerando como o princípio que prescreve, como fundamento da ética, o respeito, a preocupação e proteção do outro e da vida em geral, com base na verificação universal da fragilidade, da finitude e da mortalidade dos seres. (SCHRAMM, 2012, n.p.).

Tal contexto pode ser pensado em termos da *compaixão laica*, cuja definição por Siqueira-Batista e Schramm (2009, p. 241) pode ser apresentada nos seguintes termos: “agir por compaixão laica é, na verdade, proteger o outro — especialmente em situações de desamparo, nas quais sua autonomia esteja muito limitada —, dando-lhe condições para exercer um mínimo de autodeterminação em relação às (graves) decisões a serem tomadas”.

Com efeito, em um contexto de pandemia – no qual, muitas vezes, os recursos são escassos, especialmente no setor público –, os profissionais de saúde, assim como os pacientes, são considerados vulneráveis – e, quiçá, vulnerados –, pois embora os profissionais tenham domínio técnico, sua autonomia encontra-se extremamente limitada diante do descaso estatal e, no caso da COVID-19, de uma doença cujo conhecimento é ainda recente e bastante provisório. Sendo assim, é perceptível o estreitamento da assimetria entre profissionais de saúde e pacientes em relação a vulnerabilidade (SILVA; ROSA, 2020).

Logo, alguns questionamentos se fazem latentes neste contexto: caso não seja possível o fornecimento de EPI por uma sobrecarga do sistema de saúde, como os profissionais de saúde deveriam organizar sua prática em termos da Bioética da proteção e da *compaixão laica*? Ou, em outros termos, os profissionais poderiam abster-se de fornecer atenção aos enfermos em decorrência da falta ou da inadequação dos EPI? Nesse âmbito, Silva e Rosa (2020) enfatizam que

os profissionais de saúde também são pessoas, também podem possuir comorbidades, ou seja, serem hipertensos, diabéticos, idosos, obesos, assim como também podem ter familiares inseridos nos chamados grupos de risco, serem pais ou mães. É importante que isso seja exposto em palavras para que se humanize o médico, por exemplo, e retire dele as sobras da deidade que lhe foi imposta ao longo dos anos. A Medicina, logo, é vulnerável por ser uma ciência, por conseguinte, as pessoas que a manipulam também o são, afinal são os primeiros a serem expostos ao

desconhecido ou pouco estudado pela comunidade científica. (SILVA; ROSA, 2020, p. 1373).

Para esses mesmos autores, ao considerar se os profissionais de saúde têm o dever de cuidar, é tentador perguntar simplesmente se os profissionais de saúde podem, no curso normal de seus dias, negar o tratamento de forma permissível a determinados pacientes devido ao seu estado de doença percebido. Neste ponto, Swazo e colaboradores (2020), convidam a fazer a seguinte reflexão: considera-se que um profissional de saúde ao se formar, faz o juramento de cuidar de doentes; neste contexto, aqueles que se recusam a tratar um paciente que sofre de uma doença contagiosa, como a COVID-19, violam seu juramento. Assim, a ação do médico é logicamente inconsistente com seu dever professado e, portanto, falha em um teste de racionalidade prática como o disposto por Kant propondo que “o sistema jurídico ligue todos os deveres a um princípio” (MATSUI; MACHADO; GARRAFA, 2018, p. 516). Desta feita, rompe-se com a primeira formulação do imperativo categórico, ou seja, o princípio da universalidade e portanto, o médico não age por dever (o que seria esperado, de uma perspectiva ética, em atenção à lei moral universal), o que tornaria a recusa em uma ação imoral.

Ainda dentro dessa lógica, não seria possível conceber variações dentro do princípio de Kant, ou seja, não seriam permitidas variações de um limite para o dever de cuidar de acordo com a mudança de cenários de infecção e doença. O limite pessoal à exposição e ao risco de se expor a doença não é moralmente convincente, na medida em que não está de acordo com o dever. Em suma, o fato de uma doença nova como a COVID-19 não diminui as responsabilidades (por exemplo, dever de beneficência) que os profissionais de saúde têm para com os pacientes, sendo os médicos moralmente culpados caso resolvem se desvincular dos cuidados devidos aos pacientes com COVID-19 (SWAZO *et al.*, 2020).

2.3.5 O dever de cuidar no contexto das doenças infectocontagiosas

As discussões acerca do dever de cuidar doenças infecciosas diante riscos de infecção por parte dos profissionais de saúde, são antigas e suscitam debates desde a descoberta da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) na década de 1980. No entanto, a polêmica em torno dessa discussão diminuiu à medida que vários grupos chegaram à conclusão de que profissionais de saúde relevantes não poderiam rejeitar pacientes com HIV/AIDS. Uma vez que os riscos de tratar pessoas com essa condição mórbida diminuíram, as preocupações em relação as discussões acerca do dever de

tratar, se tornaram meramente acadêmicas (MALM *et al.*, 2020).

A questão reapareceu quando outras doenças infectocontagiosas – por exemplo, Ebola, tuberculose multirresistente (TBMR) e tuberculose extensivamente resistente (XDR-TB), a nova varíola (monkeypox ou mpox) e, especialmente, a SARS – vieram à tona. No tocante a essas epidemias, as discussões sobre o dever de tratar voltaram a ser pauta de significativos debates, pois foi reconhecido que cumprir o dever poderia incluir horas de trabalho estendidas, quarentenas, transmissões rápidas e, ao contrário da AIDS, uma morte rápida.

De acordo com Swazo, Talukder e Ahsan (2020), recentemente no Egito, o Sindicato Médico queixou-se de “negligência” do governo no fornecimento de EPI para profissionais de saúde e de diretrizes operacionais clínicas inaceitáveis, visto que 19 médicos morreram em meio a 350 infecções por COVID-19. Em Bangladesh, relatou-se que de 2.458 médicos com teste positivo para COVID-19 na primeira semana de agosto, 92 (3,7%) morreram. Daí a relutância de alguns médicos em tratar pacientes com suspeita de COVID-19, devido à avaliação de risco pessoal e não à objeção de consciência per se, conforme tradicionalmente definido. Na verdade, tal relutância não é surpreendente à luz de um estudo relatando que os profissionais de saúde da linha de frente têm “mais de três vezes o risco de infecção por COVID-19 do que o público em geral” (SWAZO; TALUKDER; AHSAN, 2020 p. 2).

Na Rússia, uma terrível escassez de EPI e uma dificuldade de gestão de recursos, levaram a um alto número de mortes de médicos em meio à elevada ocorrência de infecções entre os profissionais de saúde, muitos continuando a trabalhar enquanto infectados: “Você não tinha escolha”, opinou um médico (SWAZO; TALUKDER; AHSAN, 2020 p. 3). Em Bangladesh, um médico designado para cuidar de pacientes COVID-19, isolados em um hotel durante o serviço e incapaz de visitar a família durante o feriado muçulmano Eid al-Adha devido à regra de ter que manter uma quarentena de 14 dias após o último dia de trabalho no hospital, opinou: “Entramos no trabalho com o juramento de servir as pessoas e tentarei da melhor forma” deixando explícito o conflito entre o dever de tratar os pacientes e o dever para com a família (SWAZO; TALUKDER; AHSAN, 2020 p. 3).

Neste sentido, Malm e colaboradores (2008) trazem uma reflexão sobre o dever de tratar dentro da teoria moral, onde a moralidade comum afirma que todos, em virtude da humanidade compartilhada, têm o dever moral de ajudar outros em grande necessidade, quando se possa fazê-lo com risco mínimo. Na teoria moral, tais deveres são comumente conhecidos como deveres positivos gerais, uma vez que obrigam a fazer algo para ajudar o outro, ao contrário dos deveres negativos que estariam relacionados ao dever de não fazer o mal a outrem, como por exemplo, o dever de não matar.

Ocorre que no caso dos profissionais de saúde, os deveres positivos são especiais e estão relacionados aos deveres implícitos à atividade profissional. Em outras palavras, uma característica fundamental dos deveres positivos especiais é que eles podem obrigar as pessoas a incorrer em riscos maiores do que aqueles impostos pelos deveres positivos gerais. No entanto, o fato de o profissional de saúde estar tecnicamente capacitado a incorrer em riscos maiores, não significa que ele possa ser “obrigado” a incorrer em todo e qualquer grau de risco.

Outrossim, ainda segundo Malm e colaboradores (2008), inúmeros fundamentos foram apresentados como justificativa do dever de tratar dos profissionais de saúde – (1) consentimento expresso; (2) consentimento implícito; (3) treinamento especial; (4) reciprocidade; e (5) juramentos e códigos profissionais – conforme brevemente comentado na sequência.

Consentimento implícito: Malm e colaboradores (2008), explicam que tal consentimento é inerente a determinadas profissões, como por exemplo, bombeiros e profissionais de saúde. Sendo assim, quando uma pessoa aceita um emprego como prestador de cuidados de saúde, esta consente implicitamente com os riscos associados ao tratamento de doenças infecciosas, assim como um bombeiro consente com os riscos associados ao combate a incêndios quando aceita esse trabalho.

Porém, embora o consentimento implícito possa estabelecer uma obrigação de tratar em casos mais reais do que o consentimento baseado em contrato – *consentimento explícito*, ainda não é capaz de estabelecer uma obrigação de tratar para os profissionais de saúde em geral. Ao contrário dos bombeiros, por exemplo, o campo da saúde desenvolveu tantas especialidades que não é mais razoável considerar os riscos de tratar doenças infecciosas graves como parte essencial do trabalho. Talvez tenha começado assim, e pode ainda ser assim em alguns aspectos da saúde, mas não em outros. Com efeito, Malm e colaboradores (2008), desbancam o argumento do dever implícito de tratar alegando que um médico ou enfermeiro que seguiu carreira em oftalmologia, cirurgia cosmética ou dermatologia, bem como em muitas subáreas de outros campos, como radiologia, ortopedia e anestesiologia, pode razoavelmente sustentar que não consentiu com os riscos de tratamento de doenças infecciosas quando consentiram em exercer seu trabalho dentro da especialidade escolhida e requisitada para o trabalho em entidades de saúde. Os riscos do tratamento de doenças infecciosas simplesmente não são óbvios ou centrais para alguns campos, da mesma forma que o risco de combate a incêndios é óbvio e central para os profissionais da brigada de incêndio.

Neste ponto, Dunn e colaboradores (2020) trazem a discussão para o contexto da COVID-19 e afirmam que:

As razões baseadas no consentimento implícito podem ser mais fortes aqui, uma vez que aqueles que trabalham regularmente na UTI podem razoavelmente esperar que suas atividades clínicas habituais gerem alguns riscos adicionais. No entanto, é improvável que a equipe da UTI, por exemplo, tenha dado permissão explícita ou implícita para assumir riscos maiores do que o normal. Além disso, tal consentimento, mesmo se dado, normalmente não seria considerado obrigatório. Os profissionais podem revogar seu consentimento prévio e agora se recusar a cumprir essas tarefas. Nossa conclusão aqui é que os argumentos para o dever de cuidar, qualquer que seja a força que tenham, valem tanto para os que hoje trabalham em áreas de maior risco quanto para os que estão sendo remanejados. (DUNN *et al.*, 2020, p. 437).

Treinamento: Ainda como argumento sobre o dever de tratar, Malm e colaboradores (2008), trazem a discussão para as ponderações em torno do treinamento especial recebido pelos profissionais de saúde o que, em tese, aumenta a obrigação geral de prestar ajuda a outros necessitados “não só” porque maximiza o valor da ajuda, mas também pela redução do risco associado ao seu fornecimento. Da mesma forma, então, não decorre do mero fato de que os profissionais de saúde, seja por seu treinamento ou acesso a medidas de proteção, sejam capazes de fazer mais para ajudar os outros sem incorrer em risco significativo para si próprios do que outras pessoas são capazes de fazer. Dito isto, em suposição, os profissionais de saúde têm um dever especial de ajudar que pode exigir que incorram em um risco ainda maior do que esse. Se eles têm esse dever, ele não se baseia em sua mera capacidade de fazer mais. Na verdade, se as habilidades especiais por si só fossem suficientes para criar o dever de arriscar um dano significativo a si mesmo a fim de ajudar os outros, então ocorreriam consequências contraintuitivas, incluindo um desincentivo para o desenvolvimento de habilidades especiais.

Reciprocidade: Sob tal consideração afirma-se que em troca do treinamento especial oferecidos para os profissionais de saúde e subsidiado na maioria das vezes pela formação em universidades públicas – ou mesmo por patrocinadores privados – sustentam a ideia de que estes teriam o dever de tratar que pode obrigar-los a incorrer em um risco maior do que o normal para si próprios. A visão de reciprocidade também é conhecida como visão de contrato social. Desta feita, ao lado do argumento do consentimento expresso, a visão da reciprocidade fornece a segunda base mais forte para defender o dever de cuidar.

Assim, o argumento da reciprocidade pode ser útil para estimular e organizar os próprios pensamentos de um determinado indivíduo sobre o dever de tratar (pois ela conhecerá melhor os benefícios que recebeu), mas não fornece uma orientação clara sobre

quem, de fato, tem o dever, dentro das diversas categorias e subcategorias dos profissionais de saúde. Por um lado, ainda há a difícil tarefa de determinar o nível de benefícios que é suficiente para gerar um dever de tratar. Talvez se possa concordar que os médicos empregados pelo público têm o dever de tratar, e muitos argumentariam que os benefícios do licenciamento são suficientes para colocar um dever recíproco também para os médicos privados.

Juramentos e códigos: Uma última defesa do dever de tratar, ainda segundo Malm e colaboradores (2008), não se baseia nos benefícios que os profissionais de saúde recebem, mas nos juramentos que prestam ou nos códigos de ética aos quais se submetem ao ingressar na profissão. No entanto, mesmo ao se conceber que os médicos vinculados a códigos têm o dever de tratar quando o sistema está incontestavelmente sobrecarregado, esse tipo de dever não é o que se busca quando existe a preocupação com o planejamento de uma pandemia. Dado que um dos principais objetivos do planejamento – da pandemia em particular, e da política social que respeita a beneficência em geral – é ajudar a evitar que o sistema fique sobrecarregado e um dever de tratar que entraria em vigor somente depois que o sistema fosse indiscutivelmente sobrecarregado, teria seu uso limitado. O dever gerado pela emergência simplesmente não é suficiente quando se pretende prevenir que o sistema fique sobrecarregado. Além disso, e moralmente mais importante, ao se ignorar a necessidade de prevenção de crises (e nenhuma alegação está sendo feita de que tal prevenção é sempre bem-sucedida), mas, em vez disso, esperar até que uma crise realmente aconteça e, em seguida, contar com as funções geradas pela emergência para tratar para resolver então, a sociedade estaria evitando os próprios deveres gerais positivos de zelar pelo bem-estar dos seus membros e, em vez disso, sobrecarregando injustamente os seus profissionais de saúde.

Com efeito, os esforços para basear o dever de um profissional de tratar em um código de ética são repletos de problemas. Os códigos de ética muitas vezes não afirmam claramente o dever de tratar, e mesmo quando o fazem, seu escopo de aplicação e sua correta interpretação estão abertos a disputas significativas. É claro que tais problemas poderiam, pelo menos em teoria, ser remediados no futuro. Por exemplo, os códigos atuais podem ser ajustados para se tornarem mais explícitos, por exemplo em relação à noção de “emergência” (ou de um termo correlato) de uma forma que permitiria aos profissionais de saúde saíram mais claramente quando surge o dever de tratar. Mas até que isso aconteça, não é possível se basear apenas nos códigos ou juramentos atuais para estabelecer o dever de tratar, tendo em vista a heterogeneidade dos profissionais que compõe as equipes de saúde e seus respectivos códigos de ética.

E mesmo que houvesse uma estratégia que impusesse um dever de tratamento por parte de todos os profissionais de saúde com vistas a abordar alguns dos problemas práticos do planejamento pandêmico, ela poderia, no entanto, causar problemas maiores em geral, exacerbando a escassez de pessoal. Tal estratégia poderia estimular uma tensão interessante entre a existência de uma obrigação abrangente do serviço de saúde, para atender às necessidades dos pacientes e a visão persuasiva de que os deveres de um profissional de saúde individual não se estendem ao tratamento dos pacientes e ao fazê-lo, os colocariam em alto risco de danos. Este é essencialmente o vínculo ético que está no cerne da questão: o tratamento para a pandemia precisa ser fornecido, mas nenhum indivíduo em uma função de saúde é especificamente obrigado a fornecê-lo.

Por fim, Malm e colaboradores (2008), afirmam que nenhum dos cinco argumentos comuns para o dever de cuidar que foram cobertos nesta discussão fornece uma base convincente para afirmar que os trabalhadores da área de saúde têm o dever de tratar simplesmente pelo fato de serem profissionais. Talvez o argumento da reciprocidade pudesse ser mais bem desenvolvido e explicitamente incorporado nas regras de licenciamento que regem as várias categorias de profissionais de saúde (embora isso também não resolvesse todos os problemas). Ou, talvez, a melhor estratégia seria uma combinação dos argumentos que foram abordados, a fim de um caso convincente onde os argumentos considerados individualmente não se aplicariam.

2.3.6 (In)Conclusão

A garantia da segurança dos profissionais dos profissionais de saúde, no contexto do cuidado aos enfermos com doenças infectocontagiosas, dependerá do adequado fornecimento de EPI; ademais, será preciso – igualmente – capacitar os trabalhadores para seu correto uso. A disponibilidade dos EPI para a atividade laboral pode ser calculada – em termos utilitaristas – como uma possibilidade de maximização do bem à sociedade, a qual poderá contar com o trabalhador saudável, por mais tempo. Ademais, pode ser vista, igualmente, como uma ação de beneficência em relação ao profissional da saúde e, mesmo, de cuidado e proteção à sua integridade e à sua prática. De outro modo, impor ao trabalhador que o atendimento seja feito sem o EPI é imputar-lhe a possibilidade de um mal desfecho – em clara não observância ao *primum non nocere* – e furtar-lhe a justiça, na medida em que outros de seus pares tenham acesso à adequada proteção individual. Resta, nesse caso, respeitar a autonomia do trabalhador em recusar à submissão a espúrias condições para o exercício do seu mister.

Com base nessas considerações sugere-se que seja rejeitada à ideia de que os trabalhadores que atuam no *front* de atendimento à COVID-19 sejam tratados, pela mídia, como heróis; tal visão merece veemente rechaço. Mulheres e homens que abraçaram as profissões da área de saúde devem ser reconhecidos como *humanos, demasiado humanos*, capazes de adoecer, sofrer e morrer. É nessa perspectiva que precisam ser amparados, *compassivamente*, no exercício das suas funções, para que não se tornem meros números, frias estatísticas, de um sistema que os impele à expropriação da própria vida em prol da existência alheia.

Referências

- BOAVENTURA, Ana Lúcia Amorim *et al.* **Cartilha de Direitos e Deveres do Médico.** 2003. Disponível em: <https://cipe.org.br/novo/wp-content/uploads/2020/03/Cartilha-Direitos-e-Deveres-do-Medico-COVID-19-Versa%CC%83o-01-27.03-13h.pdf>.
- CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. **Coronavírus (COVID-19).** 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.077/14.** Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>.
- CRM-SC. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Resolução CRM-SC Nº 196/2020.** Dispõe sobre a obrigação do Responsável Técnico em garantir que os médicos da Unidade sob sua responsabilidade tenham à disposição Equipamento de Proteção Individual (EPI) indicado para atendimento a pacientes sintomáticos suspeitos de serem portadores de SARS-CoV2/COVID-19. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>.
- CRMMG. Conselho Regional de Medicina. **Parecer-Consulta Nº 5387/2014.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2014/5387>.
- CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Resolução CREMERJ Nº 304/2020.** Dispõe sobre a obrigação do Diretor Técnico em garantir que os médicos da Unidade sob sua responsabilidade tenham à disposição equipamento de proteção individual (EPI) indicado para atendimento a pacientes sintomáticos suspeitos de serem portadores de SARS-CoV2/COVID 19. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2020/304>.
- CUPERTINO, M. C. *et al.* COVID-19 no Brasil: atualização epidemiológica e perspectivas. **Asian Pac J Trop Med**, v.13, p. 193-196, 2020. Disponível em: <https://www.apjtm.org/text.asp?2020/13/5/193/282215>.

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 2, 2020.

DUNN, M.; SHEEHAN, M.; HORDERN, J. *et al.* 'Seu país precisa de você': a ética de alocar pessoal para funções clínicas de alto risco no manejo de pacientes com COVID-19. **Revista de Ética Médica**, v. 46, p. 436-440, 2020.

ESPAÑA: aumenta o número de profissionais da saúde contaminados pelo COVID-19. **G1 Mundo**. 23 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/03/23/espanha-aumenta-o-numero-de-profissionais-da-saude-contaminados-pelo-COVID-19.ghtml>. Acesso em: 24 abr. 2020.

GUAN, W. J. *et al.* Características clínicas da doença por coronavírus 2019 na China. **N Engl J Med.**, v. 382, n. 17, p. 711-712, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.

MALM, Heidi *et al.* Ethics, pandemics, and the duty to treat. **The American Journal of Bioethics**, v. 8, n. 8, p. 4-19, 2008.

MATSUI, S.; MACHADO, I. L. O.; GARRAFA, V. Contribuição da bioética de intervenção à releitura do conceito de “princípio”. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 514-522, 2018.

MEDEIROS, P. C de S.; ROMANI, M. L. T. R.; MARQUEZ, T. B.; TOLEDO, G. Q.; SOUTO, I. V.; DE MELO, M. A. M.; PIRES, D. G.; QUESSADA, F. do N. P. Prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19572-19587, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-090.

OLIVEIRA, E. **Brasil tem 30 mortes de profissionais de enfermagem por coronavírus e mais de 4 mil afastados pela doença**. G1. 17 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/17/brasil-tem-30-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-coronavirus-e-mais-de-4-mil-afastados-pela-doenca.ghtml>. Acesso em: 26 abr. 2020

PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVA, A. M. B.; SCALIA, L. A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 46, e4128, 2020. DOI: 10.25248/reas.e4128.2020.

ROSENVALD, N.; PEREIRA, A. D.; BARCELÓ-DOMÉNECH, J. Proteção jurídica dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento em contexto da pandemia da COVID-19. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 151-182, 2021.

SILVA, T. T. A.; ROSA, S. B. S. A necessária proteção dos profissionais da saúde diante do contexto pandêmico: uma análise a partir da perspectiva da vulnerabilidade. **RJLB**, n. 6, p. 1365-1384, 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1241-1250, 2009.

- SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética de proteção: uma antiga e nova ferramenta para o campo da saúde pública? In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARAES, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Caminhos da Bioética** (Vol. III). 1. ed. Teresópolis: Editora Unifeso, 2020.
- SUN, J. *et al.* Isolamento do SARS-CoV-2 infeccioso da urina de um paciente com COVID-19. **Micróbios Emerg Infectam**, v. 9, n. 1, p. 991-993, 2020. DOI: 10.1080/22221751.2020.1760144.
- SWAZO, N. K.; TALUKDER, M. M. H.; AHSAN, M. K. A *Duty to treat? A Right to refrain?* Bangladeshi physicians in moral dilemma during COVID-19. **Philos Ethics Humanit Med.**, v. 15, n. 7, n. 1, p. 1-23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00091-6>.
- WHO. Organização Mundial da Saúde. **Pandemia de doença por coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- ZHANG, T. *et al.* RNA viral detectável do SARS-CoV-2 em fezes de três crianças durante o período de recuperação da pneumonia por COVID-19. **J Med Virol.**, v. 92, n. 7, p. 909-914, 2020. DOI: 10.1002/jmv.25795.

2.4 ARTIGO 4 – NÃO-RESSUSCITAÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2): DEBATES (BIO)ÉTICOS

Fabiana Pires Pereira⁵⁴
Rodrigo Siqueira-Batista⁵⁵



*Salgueiro podado*⁵⁶

RESUMO

Introdução: A doença COVID-19 causada pelo novo vírus, SARS-COV-2, iniciou na cidade de Wuhan, na China, em 2019 e atingiu níveis pandêmicos em 2020. Desastres desse nível trazem imensos desafios ao sistema de saúde, à sociedade e aos profissionais, especialmente diante de complicações cardíacas que podem levar a condições de parada cardiorrespiratória (PCR), necessitando de tomada de decisão quanto à não ressuscitação. **Objetivo:** Sob o enfoque de correntes bioéticas, refletir sobre à sequência de não ressuscitação durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Método:** ensaio de reflexão com base em correntes e princípios da Bioética, discutindo ações e decisões para não ressuscitação na pandemia. **Resultados:** É importante considerar diversos fatores como a autonomia do paciente, posicionamento familiar, clínica do paciente ou baixa qualidade de vida, recursos escassos entre outros aspectos importantes para a tomada de decisão. **Conclusão:** a COVID-19

⁵⁴ Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS).

⁵⁵ Escola de Medicina. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP). Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁵⁶ <https://www.vincent-van-gogh-gallery.org/the-complete-works.html?ps=96&pageno=1>

aumenta a vulnerabilidade de pacientes, familiares e profissionais de saúde para a tomada de decisão, bem como demanda reflexões relacionadas ao respeito à autonomia do paciente e dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: COVID-19; SARS-CoV-2; Bioética; Reanimação cardiopulmonar, Ordem de não reanimar.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 disease caused by the new virus, SARS-CoV-2, started in the city of Wuhan, China, in 2019 and reached pandemic levels in 2020. Disasters of this level bring immense challenges to the health system, society and to professionals, especially in the face of cardiac complications that can lead to conditions of cardiorespiratory arrest (CRA), requiring decision-making regarding non-resuscitation. Objective: Under the approach of bioethical currents, reflect on the non-resuscitation sequence during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Method:** reflection study based on currents and principles of Bioethics, discussing actions and decisions for non-resuscitation in the pandemic. **Results:** It is important to consider several factors such as patient autonomy, family position, patient's clinic or low quality of life, reduced resources, among other important aspects for decision making. Conclusion: COVID-19 increases the vulnerability of patients, family members and health professionals for decision-making, as well as demands related to respect for patient autonomy and dependence on the human person.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; Bioethics; Cardiopulmonary resuscitation, Do-not-resuscitate order.

2.4.1 Introdução

A atual pandemia de COVID-19, declarada pela OMS em 2020, produziu significativa sobrecarga aos serviços de saúde – diferentes níveis de atenção – em distintas partes do mundo, em decorrência do número de pacientes acometidos e das – por vezes graves – manifestações clínicas da moléstia (EL TOGHLOBI *et al.*, 2021). De fato, muitos pacientes são encaminhados para Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde são submetidos a intubação endotraqueal e à medidas de suporte ventilatório. Os casos mais graves amiúde evoluem para parada cardiorrespiratória (PCR), de acordo com EL TOGHLOBI e colaboradores. A PCR pode levar a morte, caso não ocorra intervenção imediata, uma vez que se trata de um evento súbito, caracterizado pela não resposta a estímulos, ausência de batimentos cardíacos, pulso e movimentos respiratórios (EL TOGHLOBI *et al.*, 2021).

O aumento expressivo de casos de PCR consequentes à COVID-19, elevou ainda mais a demanda por cuidados de saúde – particularmente no ambiente de terapia intensiva –, com necessidade de tecnologias para manutenção da vida, bem como a demanda por cuidados assistenciais de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) (SHAO *et al.*, 2020; ANVISA, 2020). A

RCP é iniciada sem prescrição médica, mas sua interrupção só pode ocorrer por meio de ordem médica; retorno da circulação efetiva e ventilação espontânea; exaustão ou perigo para o socorrista; lesões incompatíveis com a vida; transferência para unidade de saúde que declare formalmente o óbito; ou a apresentação de um pedido de não-reanimar (EL TOGHLOBI *et al.*, 2021).

A não ressuscitação de pacientes (NRCP) ganhou novos contornos, tendo em vista que a principal forma de transmissão do vírus da COVID-19 se dá por via respiratória – através de aerossóis e gotículas expelidas através da via respiratória do indivíduo infectado – ou, ainda, pela contaminação superfícies e objetos. Dentro deste contexto, procedimentos hospitalares – como por exemplo, a RCP – emitem aerossóis com grande potencial de transmissibilidade do vírus, o que elevou sobremaneira, o risco de contágio dos trabalhadores da linha de frente (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Tal compreensão – associada à pressão da utilização dos serviços, muitas vezes superlotados, e a sobrecarga dos profissionais de saúde no atendimento aos enfermos internados nas unidades hospitalares (LOPES *et al.*, 2020) – levou à proposição, em alguns serviços como em alguns estados dos EUA e Itália, por exemplo, de que doentes graves, com COVID-19, que evoluíssem para PCR não fossem reanimados.

Neste sentido, de acordo com Sultan *et al.* (2020), a Ordem de Não reanimar (ODR) se torna uma opção quando nem a RCP básica (compressões cardíacas e ventilação) nem avançada (desfibrilador ou medicamentos) são indicadas. Pacientes com doenças terminais para os quais uma intervenção médica adicional é considerada inútil, quando a qualidade de vida é considerada ruim ou que se espera que sejam permanentemente dependentes de ventiladores são os casos em que a Ordem de Não Reanimar é considerada uma decisão plausível. A decisão de ONR geralmente é tomada com base na combinação das decisões médicas e dos desejos e valores do paciente. Curiosamente, porém, o *status* legal desse procedimento varia entre os países, da permissão total, a proibição completa com consequências legais (SULTAN *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, diante da sobrecarga dos sistemas de saúde e necessidade de racionamento de recursos, a ordem de não reanimar, foi notícia em jornais de grande circulação em várias cidades do mundo, a exemplo da matéria intitulada - *Do Not Resuscitate We need to be honest with ourselves and our patients. We can't "do everything" and "save everyone* -publicada pelo jornal *The New York Times*, em 04 de maio de 2020” (FIGURA 13)⁵⁷, a qual ilustra o dilema vivido pelos médicos das emergências de grandes hospitais, ao terem que optar pela Ordem de Não Reanimação em um contexto de escassez de recursos,

⁵⁷ <https://www.nytimes.com/2020/05/04/opinion/coronavirus-doctors-do-not-resuscitate.html>

conforme relato de Yoojin Na, um médico de emergência em um hospital na região metropolitana de Nova York:

(...) Como médicos de emergência, geralmente tratamos primeiro e perguntamos mais tarde. Quem tem tempo para ligar para três parentes para confirmar o status do código quando o paciente à nossa frente está desaparecendo? E se o paciente estiver estável o suficiente para ser admitido, tendemos a levar a discussão demorada para a equipe de internação. Mas estamos vivendo em um tempo diferente. (...) Reconhecemos que tínhamos chegado a um ponto crítico em nosso sistema de saúde. Não podíamos mais nos dar ao luxo de "fazer tudo" e "salvar a todos". Mas qual era a alternativa? (...) Não éramos especialistas em ética ou legisladores. Nós éramos médicos – médicos que seguem as regras, médicos que foram ensinados a valorizar toda a vida igualmente. Como deveríamos decidir quem tem uma chance de ser revivido e quem não tem? (NYTIMES, 2020, n. p.).

Figura 13 - Notícia referente à ordem de não reanimar

The New York Times

“do everything” and “save everyone.”

May 4, 2020



A woman held her grandmother's hand as she died of Covid-19. She had been on a ventilator for two weeks and declining steadily, and the family agreed with doctors to remove her from the machine. Victor J. Blue for The New York Times

Neste sentido, fica claro, segundo Sultan e colaboradores (2021) que a condição sem precedentes da pandemia de COVID-19 deixa os sistemas de saúde em todo o mundo confrontados com decisões difíceis. A ordem de não reanimação foi indicada em alguns países onde o sistema de saúde é limitado na capacidade de internação e/ou colapsado pelo aumento da demanda frente aos quadros graves provocados pela COVID-19. Portanto, intubar e ressuscitar pacientes quando necessário pode ser um ponto de discussão a respeito de

alocação dos recursos, onde os benefícios coletivos devem superar os individuais. Ainda neste contexto, alguns países foram forçados a adotar uma política unilateral de ONR para determinados grupos de pacientes: a idade mais jovem foi usada como discriminador em alguns, enquanto a condição médica geral com expectativa de bom resultado foi usada em outros.

Logo, o desafio ético de como equilibrar autonomia do paciente versus beneficência, igualdade versus equidade é uma preocupação premente e neste sentido, o presente manuscrito propõe a análise (bio)ética da proposta de não ressuscitação de enfermos com COVID-19.

2.4.2 Resultados e Discussão

2.4.2.1 Não ressuscitação no contexto da COVID-19: implausibilidade (bio)ética

Embora as decisões de não reanimar sejam tomadas com antecedência em certas situações médicas, em particular no cenário de mau prognóstico, como na oncologia avançada, a discussão de ONR em relação a condições médicas agudas como no caso da pandemia de COVID-19, podem impor dilemas éticos ao paciente e à família, aos profissionais de saúde incluindo médicos e enfermeiras, e à instituição (SULTAN *et al.*, 2021).

Neste contexto, os dilemas surgem, pois as decisões a respeito da ONR, são tensionadas por questões que saem do escopo puramente clínico da tomada de decisão, ou seja, a decisão deve ser tomada para além do quadro clínico e condições de saúde do doente e outros fatores precisam ser levados em consideração, tais como (i) a alocação justa dos recursos escassos, como leitos de UTI, EPI's, respiradores e medicamentos, uma vez que cabe aos profissionais evitar tratamentos fúteis ou obstinados, pelo princípio hipocrático da não-maleficência – que será melhor discutido no decorrer no texto (ii) A segurança da equipe de saúde, a qual deve ser prioridade, pois sem eles não há como combater a pandemia, uma vez que a RCP pode colocar toda equipe e o ambiente em risco devido a aerolização de gotículas contaminadas e por fim e, não menos importante, (iii) o distanciamento sanitário entre o paciente e seus familiares, que influenciam no compartilhamento de informações para tomada de decisão conjunta.

Neste ponto, a ética é considerada uma aptidão básica na área da saúde, e a capacidade de lidar com dilemas éticos em tempos difíceis exige um ambiente adequado, responsável e

isento de culpa e que as decisões devem ser pautadas em princípios bioéticos com objetivo de evitar as decisões de não reanimar sejam unilaterais e autocráticas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Neste contexto, este manuscrito pretende discutir tais situações dilemáticas que envolvem a ONR, agravadas num contexto de pandemia, sob a luz de conceitos (bio)éticos, tais como: (i) princípios (principialismo), (ii) cuidado, (iii) proteção e (iv) compaixão.

Isso posto, dentro da bioética dos princípios, Sanches e colaboradores explicam que em uma conjuntura de “excepcionalidade social” das pandemias, a aplicação dos quatro princípios da ética principialista de Beuchamp e Childress auxilia os profissionais de saúde nas tomadas de decisão, dando-lhes o devido respaldo ético, mesmo admitindo que tal corrente apresenta limitações e que as escolhas dependem das virtudes e da capacidade de discernimento destes profissionais. Para os autores, essa corrente sempre deverá ser levada em conta nas tomadas de decisão em contextos de sobrecarga de recursos sanitários, contudo, sugere-se que a aplicação dos preceitos seja feita de forma ponderada, levando em conta o contexto (SANCHES *et al.*, 2020).

Neste sentido, Oliveira *et al.* (2020) colocam que os princípios podem ser deontológicos – não maleficência e justiça e teleológicos – beneficência e autonomia que dizem respeito a finalidade das ações. Dito isto, os autores esclarecem que o princípio da autonomia deve ser sempre respeitado, pacientes e familiares devem estar cientes das opções de tratamentos e suas consequências e dessa forma poder decidir por si só sobre sua morte de acordo com seus valores e crenças. Todavia, Sanches *et al.* (2020) enfatizam que a autonomia deve ser privilegiada, contanto que não prejudique outras pessoas.

Já Sultan *et al.* (2021) salientam que decidir sobre a ONR de forma unilateral para salvar outros com maior probabilidade de sobrevivência e proteger os profissionais de saúde pode servir aos princípios da equidade e não da igualdade, e parece violar o princípio da autonomia, que honra a preferência dos pacientes e desejos em relação a qualquer decisão sobre seus cuidados médicos.

No que tange a beneficência, segundo princípio teleológico, Pereira e colaboradores (2021) destacam que tal princípio pode ser definido como “qualquer ação humana em prol de outra pessoa – remete à tradição iniciada com Hipócrates e está relacionada à prática da “benevolência”: traço de caráter ou virtude de agir beneficamente” (PEREIRA, SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2021). Neste sentido, Alhatem e colaboradores (2021) colocam que agir de forma beneficente em casos de parada cardiorrespiratória, seria tomar decisão sobre suspensão da ressuscitação cardiopulmonar em pacientes portadores de doença grave, prognóstico ruim da doença e deterioração do estado de saúde com morte iminente, a fim de

evitar o sofrimento desnecessário e terapias fúteis, agindo forma a não causar dano ao paciente – princípio da não-maleficência. Contudo, faltam dados sobre a capacidade de sobrevivência de parada cardíaca hospitalar para pacientes com COVID-19 e, portanto, a decisão ética e médica depende da ponderação dos benefícios terapêuticos contra os riscos (ALHATEM *et al.*, 2021; SULTAN *et al.*, 2021).

Dentro do exposto, Oliveira e colaboradores (2020), complementam que nos casos de COVID-19, cabe uma avaliação médica minuciosa, uma vez que os casos de maior gravidade são configurados pelo recrutamento de células imunobiológicas em vários órgãos, resultando em disfunção endotelial e presença de células infamatórios nos pulões, rins, fígado, coração e cérebro. Dessa forma, se os riscos superam os benefícios, os autores alertam que a ordem deve ser, de não reanimar e a decisão deve ser alinhada claramente com todos os envolvidos no processo, em especial, os familiares, garantindo que a devidas medidas de conforto, serão ofertadas ao paciente.

Outrossim, cabe ressaltar, que as decisões sobre a ONR devem ser isentas de influências relacionadas a questões sociais, religiosas, econômicas, de forma que se respeite o princípio deontológico da justiça, o qual visa distribuir os recursos em saúde de forma equilibrada ao maior número de pessoas possível (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Dito isto, Sultan *et al.* (2021) consideram que em relação à pandemia de COVID-19 e ONR, ressurge o termo “justiça distributiva”, que considera a alocação justa de recursos, tratamentos e benefícios em um momento de escassez de recursos médicos. Os médicos começaram a tratar os pacientes de forma equitativa, mas não igual, e outros fatores entraram na equação quando se tratava de prestar cuidados, pois os pacientes com a melhor chance de recuperação foram priorizados sobre os outros. Tal forma de priorizar, de certa forma, cede a pressão das demandas utilitaristas, onde as prioridades são deslocadas de fazer o que é necessário para salvar um paciente individual para fazer o que é necessário para alcançar o bem público maior neste sentido, a abordagem utilitarista exige um certo grau de racionamento, necessário para preservar o bem-estar geral da sociedade (CHU *et al.*, 2020).

Neste sentido, a opção utilitarista traz consequências psicológicas/morais, no cenário específico da pandemia de COVID-19, em relação a iniciar ou encerrar um ventilador de suporte à vida, podem estar entre os atos mais difíceis que um médico pode realizar durante sua carreira. Como exemplo, médicos italianos choraram nos corredores do hospital por causa das decisões difíceis que tiveram que tomar (FERRARESI, 2020; TRUOG *et al.*, 2020).

Desta feita, discutir a não ressuscitação de pacientes é inevitavelmente discutir sobre a morte, um dos maiores tabus dentro da sociedade. Com isso, debater tais temas torna-se a

disputa e interrelação de dois princípios, o de Sacralidade da vida (PSV) e de Qualidade de vida (PQV). Enquanto o primeiro defende o valor inerente da vida de toda forma, independente da circunstância, o segundo permite uma avaliação não *a priori*, mas a partir do que seria uma boa vida ou vida digna de ser vivida de acordo com quem a vive. A bioética da proteção, justamente pela sua dimensão em que busca a proteção do outro, em casos específicos e voltados para um referencial sul-americano. Dentro do escopo da Bioética da proteção, salta-nos aos olhos a discussão trazida pela compaixão laica, como força motriz de uma ação de não reanimação eticamente justificada.

A compaixão laica surge como forma de trazer a definição dessa emoção fora do escopo originalmente cristão e oriental de sua origem, e, portanto, com uma pretensão universal, para além de religiões. Compaixão laica seria o entendimento da igualdade radical e irrestrita entre todos os seres viventes enquanto sujeitos à morte ou deixar-de-ser, e dentre eles, aos seres vivos que sencientes, a igualdade radical do sofrimento (Siqueira-Batista, 2021).

Apaziguar ou findar um sofrimento constante, ao tal que cause um desgosto profundo no viver de um ser que sofre, é um ato de compaixão que deve ser entendido como tal e não julgado e dentro desse entendimento, há, portanto, uma relação de igualdade e interdependência entre os seres envolvidos, considerados todos em si e em suas relações, partes de um todo, uma existência única. A adoção da compaixão laica portanto implica em uma mudança de abordagem nas relações construídas, em especial dentro das questões de saúde. Através da ótica da compaixão laica evitamos de incorrer no risco do paternalismo, já que não há uma superioridade de um ser em detrimento de outro, mas sim uma relação igual, baseada na identificação de igualdade de existência e totalidade.

A interdependência calcada nesse conceito nos convida a observar o sofrimento do outro como o nosso, de forma que um acolhimento, uma “proteção” do outro, é também uma proteção de si, que só existe no encontro com o outro. Parte importante da compaixão laica se dá na própria construção das relações sociais. Partindo-se dessa ideia, o escutar torna-se uma prática ativa e constante, de forma a entender melhor o outro e suas necessidades. Essa escuta é parte de uma acolhida irrestrita e radical, e, portanto, livre de julgamentos.

O sofrimento de um paciente com COVID-19, dentro de um contexto pandêmico passa por além de simplesmente uma questão clínica e fisiológica. Há questões de ordem psicológicas e sociais, que devem ser trazidas à tona para um entendimento melhor do cenário existente. O isolamento necessário para a não difusão da doença, apesar de necessário do ponto de vista sanitário e uma medida de saúde coletiva, impõe sofrimento ao paciente

hospitalizado. A ausência de pessoas queridas, de informações advindas de suas famílias e amigos, impactam o psicológico do paciente, que se vê e se sente sozinho.

Até mesmo o direito a retornar para casa em caso de prognóstico terapêutico negativo, o direito de morrer entre os seus, uma ação comum dentro do paliativismo de fim de vida, lhe é negado devido à questão do novo coronavírus e da facilidade de contaminação da doença. As medidas sanitárias, portanto, podem também causar um sofrimento psíquico ao paciente. Outra fonte possível de sofrimento do paciente é a questão da intubação, prática comum dentro do panorama de uma pandemia de doença respiratória.

Neste ponto, cabe discutir os impactos de tais práticas que se tornaram comuns na pandemia sob a lógica dos cuidadores, a partir de conceitos (bio)éticos como a ética do cuidado.

2.4.2.2 Sobre a ética do cuidado e cuidadores

De acordo com as diretrizes da OMS e do próprio SUS, a equipe deve estar primeiramente protegida para poder então atuar, do contrário está incapacitada. Porém o fato de muitas vezes não ter o equipamento necessário mínimo não evita que um profissional de saúde, tomado no momento por valores, ideais, juramento hipocrático, além de uma forte emoção, possa tentar auxiliar um paciente, correndo o risco de infectar-se.

Sendo assim, além da alta demanda de internações hospitalares, houve também um alta na demanda pela produção de Equipamento de Proteção Individual (EPI), como por exemplo álcool gel, máscaras de proteção, luvas cirúrgicas, configurando um cenário de escassez de abastecendo desses equipamentos de proteção, deixando os profissionais de saúde em situação de vulnerabilidade.

No corpo de profissionais de enfermagem “17.414 casos suspeitos, 5.732 confirmados e 134 óbitos ocorreram no período. A região Sudeste apresentou o maior número de casos (46,35%) e de óbitos (44,78%). A faixa etária mais afetada para casos foi de 31-40 anos (n = 2.515) e para óbitos foi de 41-50 anos (n = 38). A taxa de letalidade foi maior nos homens. As variáveis “faixa etária”, “sexo” e “região geográfica de trabalho” estiveram significativamente associadas aos óbitos por COVID-19 ($p < 0,05$). Os estados do Amapá, Roraima e Bahia apresentaram a maior taxa de casos por 1.000 profissionais inscritos no conselho da categoria (6,28, 6,10 e 5,99, respectivamente)” (DUPRATA; MELO, 2020, p. 1).

Além do risco inerente às suas vidas, incluindo aí todo o sofrimento emocional, psíquico físico e social que o profissional pode experientar com a doença, estamos falando também de um profissional qualificado, uma mão de obra especializada, a menos na frente de combate à pandemia, acirrando um já complicado cenário de alta demanda. Ademais, devido à exposição prolongada, contato próximo e falta de EPI, os profissionais de saúde correm um risco significativamente maior de adquirir infecção, e devem ser priorizados na prestação de cuidados intensivos quando se trata de suporte avançado de vida (SULTAN *et al.*, 2021; EMANUEL *et al.*, 2020).

Essa questão deve ser levantada e discutida seriamente, especialmente à luz de um panorama já complicado atualmente para a saúde do trabalhador de saúde, que padece de problemas de saúde mental referente ao medo constante do contágio, excesso de trabalho e cobranças (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, estão submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho, frequentemente, inadequadas. Ressalta-se ainda que a força de trabalho em saúde não é homogênea, porquanto apresenta diferença de gênero, raça e classe social, estruturantes do acesso aos diversos níveis e cursos de formação profissional, bem como das oportunidades de inserção no mercado de trabalho. (TEIXEIRA *et al.*, 2020, p. 3466).

Na perspectiva ontológica, o cuidado deve ser definido como estrutura originária do ser humano, sem o qual seria impossível estar no mundo, assumindo o papel fundamental no modo de agir das pessoas, uma vez que desde o nascimento o ser humano precisa de cuidado, sendo, portanto, vulnerável, como bem colocado por Carrilho (2010), ao definir a ideia de cuidado proposta por Heidegger e Pintasilgo. Dessa lógica surge a ideia do cuidado como manutenção da espécie, da necessidade de estar conectado ao outro, agindo moralmente de modo a cumprir a obrigação moral que parte das relações do cotidiano e não de imperativos abstratos baseados apenas na filosofia moral (CARRILHO, 2010; NODDINGS, 1986).

Assim sendo, os profissionais que atuam na saúde, parte do campo ontológico da existencialidade, contudo nem sempre conseguem a organização inerente ao cuidado em âmbitos diversos, ficando expostos à fatores e eventos favorecedores de estresse, tais como: ritmo intenso de atividades, contato com sofrimento, dor, morte, perdas.

Tal conjunto de fatores tem interferido como contributo prevalente ao quadro depressivo entre profissionais de saúde, os quais não raro enfrentam questões de doença em seus lares. Isso possibilita que a circularidade crônica do adoecimento torne o cotidiano como

um só ambiente relativo à preocupação constante. Além disso, a obrigação moral do cuidado não se dá de forma igualitária entre os seres humanos, ou seja, é natural e correto do ponto de vista moral, priorizar as relações mais próximas, àquelas em que são nutridos os maiores afetos (DAL'BOSCO *et al.*, 2020; NODDINGS, 1986).

Outro ponto a ser considerado dentro do estresse emocional vivido pelos profissionais de saúde, versa sobre a escassez de material de proteção individual. Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) no período de menos de 1 mês, de 19 de março a 1º de abril de 2020, foram registradas cerca de 273 denúncias diferentes de falta de EPI em instituições de saúde. Dentre elas a maior parte era com relação a falta de máscaras N95, óculos e capote, além de álcool gel para higienização (OLIVA, 2020).

Por tudo isso, torna-se importante refletir sobre as situações de cuidado ontológico tão comuns aos profissionais de saúde, especialmente de enfermagem, uma vez que em nome de um agir ético e dentro de uma lógica de cuidado tão inerente a seu cotidiano, muitas das vezes ficam expostos e sob risco de contaminação sem fazer a devida reflexão. Neste ponto, Oliveira e Carraro (2010) citam um exemplo em que Heidegger chama a atenção para importância de refletir sobre os automatismos do dia a dia:

Não percebo como uma tábua laqueada a que eu habitualmente abro. Quando estou familiarizado com ela, nem a percebo. Eu a abro para ir ao meu escritório. Ela tem seu ‘lugar’ no meu espaço vital, mas também no meu tempo vital: ela desempenha determinado papel no ritual de meu cotidiano. Seu ranger faz parte dele, os rastros de seu uso, as lembranças que se prendem nela etc. Essa porta segundo a expressão de Heidegger está disponível (*zuhanden*). Se caso alguma vez, surpreendentemente, ela estiver trancada e eu bater com a cabeça nela, perceberei doloridamente a porta como tábua dura que ela realmente é. Então a porta disponível (*zuhanden*) se tornará uma porta simplesmente existente (*vorhanden*). (OLIVEIRA; CARRARO, 2010, p. 377).

Dento desse contexto, cabe aos profissionais de saúde um olhar sob o cuidado para além da sua perspectiva técnica, dando espaço as reflexões sobre a responsabilidade e o compromisso com o outro, tornando-o, portanto, uma ação humanizada. Dessa forma, em casos de doenças respiratórias derivadas de coronavírus, a manobra técnica de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em casos de doenças respiratórias derivadas de coronavírus, seria a mais indicada e utilizada para ressuscitação rápida e emergencial de um paciente, porém durante o procedimento, ocorre a liberação efetiva de aerossóis contaminantes pelo paciente que podem expor ao risco de contágio toda a equipe de saúde envolvida, bem como comprometer até mesmo o espaço hospitalar utilizado. Dessa forma é recomendado pela Guideline da American Heart Association de 2020 que sejam elencados apenas quatro

profissionais com funções bem definidas para o atendimento em casos de RCP (MACHADO *et al.*, 2021; CHRISTIAN *et al.*, 2004; OLIVEIRA; CARRARO, 2010).

Ainda Segundo Machado *et al.* (2021):

(...) manter a utilização dos EPIs durante as manobras de RCP pode ser desafiador. Os movimentos gerados pelo socorrista ao comprimir o tórax podem levar ao despositionamento dos dispositivos de segurança do profissional de saúde. Manter qualquer dispositivo fixado ao rosto no momento da manobra se torna um grande desafio para estes profissionais. O impacto da paramentação na qualidade da RCP foi questionado em estudo onde foram investigados 136 casos de pacientes que sofreram PCR e que foram submetidos à manobra de ressuscitação. Destes apenas quatro pacientes sobreviveram aos 30 dias a contar da data da parada cardiorrespiratória, o que representou apenas 2,9% da amostra. (MACHADO *et al.*, 2021, p. 3).

Os autores também enfatizam que a qualidade das manobras de reanimação pode variar dependendo do EPI utilizado, uma vez que este pode limitar movimentos para adequada compressão cardíaca, sendo considerado um dos fatores primordiais que levam os profissionais a pensar em optar pela não reanimação. Sendo assim, tal opção deverá ser individualizada, tendo em vista os desfechos imprevisíveis da PCR, onde observa-se alta mortalidade, especialmente quando existem comorbidades e fatores de risco associados, como doenças cardiovasculares, por exemplo. Em suma, segundo Oliveira *et al.* (2021):

Esta pandemia alterou a relação risco benefício na PCR: de ‘não há mal em tentar’ para ‘há pouco benefício para o paciente e danos potencialmente significativos para a equipe’. O que nos remete à vulnerabilidade, tanto de pacientes quanto dos profissionais, como elemento bioético a ser considerado nas reflexões sobre o tema, em que por dignidade humana e direito do paciente a reanimação passa a ser não indicada e, considerando a vulnerabilidade dos profissionais com maior risco por aerossóis, estes passam a ter como prioridade a manutenção da biossegurança para manterem-se vivos e atuantes nos cuidados aos demais acometidos pela COVID-19. (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 5).

Por fim, cabe aos profissionais de saúde manter uma boa comunicação a respeito do que foi pactuado com familiares e demais membros da equipe a respeito das Ordens de não reanimação, bem como se certificar da documentação adequada para este fim, uma vez um comportamento ético e responsável também está alinhado com a proteção individual e coletiva, além da percepção de vulnerabilidade própria, uma vez que as mortes de profissionais e as quarentenas oriundas das epidemias, assolam os sistemas de saúde e impactam na saúde mental dos profissionais.

2.4.2.3 A escassez de recursos e a Ordem de não reanimar no SUS

A nova pandemia de COVID-19 está desafiando os sistemas de saúde em todo o mundo e levantando importantes questões éticas, especialmente em relação à necessidade potencial de rationamento de cuidados de saúde no contexto de recursos escassos e capacidade de crise. Mesmo que a capacidade de prestar cuidados seja suficiente, uma prioridade deve ser abordar os objetivos dos cuidados no contexto de doenças agudas que ameaçam a vida, especialmente para pacientes com doenças crônicas que limitam a vida (CURTIS; KROSS; STAPLETON, 2020).

No caso do Sistema único de saúde brasileiro – o SUS, a situação de escassez ampliada pela pandemia e aliada a tentativas constantes de desmonte com sucateamento efetivo durante o governo Bolsonaro, resultaram em um cenário onde o SUS luta constantemente para manter seu funcionamento e alcançar a saúde universal a todos os brasileiros. Diante desse cenário bem comum a todos, o número limitado disponível de determinados maquinários e instrumentos hospitalares, bem como seu uso, torna-se uma questão, especialmente, ética (SOUZA, 2020; PATERNIANI, 2022).

Portanto, na difícil situação atual, quando os casos chegam a 100 milhões de casos em todo o mundo e o número de mortos passa de 2,7 milhões, decisões difíceis devem ser tomadas. Os benefícios sociais em vez dos individuais podem prevalecer. Neste contexto, muitos sistemas de saúde adotaram a ODR como estratégia para otimizar os recursos escassos e segundo Sultan *et al.* (2021), alguns países foram forçados a adotar uma política unilateral não reanimação para determinados grupos de pacientes. A idade mais jovem foi usada como discriminador em alguns, enquanto a condição médica geral com expectativa de bom resultado foi usada em outros. O desafio ético de como equilibrar autonomia do paciente versus beneficência, igualdade versus equidade é uma preocupação premente.

O grande desafio ético faz com que o status legal da ONR não seja o mesmo para todos os países, podendo variar entre os estados, de uma permissão total até uma proibição completa com consequências legais. Em hospitais dos EUA, por exemplo, as ONR são comuns, sendo a primeira informação do prontuário do paciente, enquanto em países Europa ainda são pouco utilizadas (URBAN *et al.*, 2001; SULTAN *et al.*, 2021)

No caso brasileiro, mesmo nos piores momentos da pandemia em que 69 mil casos foram confirmados em 24 horas, a ONR não poderia ser uma opção para tomada de decisão em relação a otimização dos recursos, uma vez que, além da complexidade ética já mencionada, a ONR não é legalmente reconhecida na prática médica (UOL, 2021). Neste

sentido, para que princípios éticos deontológicos como o da não maleficência e teleológicos, como o respeito a autonomia dos pacientes, sejam cumpridos, os médicos se respaldam na resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 1.805/2006 que versa sobre a ortotanásia e estabelece:

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (CFM, 2006, p. 1).

E estabelece ainda em seu Art. 1º:

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.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica. (CFM, 2006, art. 1).

Nestes termos, outro ponto importante a ser discutido versa sobre o registro da ordem de não reanimação no prontuário, bem como a clara participação em relação a tomada de decisão por partes de outros membros da equipe, como o corpo de enfermagem, por exemplo. Em diversas pesquisas é possível observar relatos de que quando existe a decisão de não reanimar, esta é realizada verbalmente por não existir padronização e nem respaldo legal para tal decisão, as diretrizes antecipadas de vontade, previstas também em resolução do CFM nº 1.995/2012 não são anexadas ao prontuário do paciente, como relato publicado em estudo realizado por Campagnoli *et al.* (2019):

Por meio dos discursos analisados, pode-se perceber que a decisão de não reanimar o paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, não está legalmente amparada por leis que regem o assunto nacionalmente e não apresenta anotação em prontuários que valide a vontade do paciente em sua fase final de vida, sendo expressa verbalmente pelo médico. (CAMPAGNOLI *et al.*, 2019, p. 3346).

Dito isto, discutir a não ressuscitação de pacientes é inevitavelmente discutir sobre a morte, um dos maiores tabus dentro da sociedade, em especial a brasileira. Junto ao tema de não ressuscitação há também o debate sobre a eutanásia, em completa oposição à distanásia, fruto por si da obstinação terapêutica sem precedentes. A eutanásia, que não deve em nenhuma circunstância ser confundida com o homicídio de pacientes, busca um alívio de uma

morte tranquila ou “boa morte”, em contraste ao sofrimento ou qualidade de vida depreciada que o paciente possui atualmente (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Mesmo que a pandemia tenha revelado a necessidade de contrariar paternalismo de um modelo biomédico-centrado, rumo a consentimentos livres e esclarecidos a respeito das recusas terapêuticas, ainda se tem um longo caminho a percorrer dentro de discussões pautadas pelos aspectos legais e princípios (Bio)éticos como, dignidade humana, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça distributiva, além de questões religiosas e socioculturais, dentro de um país tão plural como o Brasil e seu sistema de saúde de base popular (BITENCOURT, 2021).

2.4.3 Considerações finais

A escassez de recursos, ampliada pela pandemia de COVID-19, deixou os sistemas de saúde em todo o mundo confrontados com decisões difíceis e partir daí, a Ordem de Não reanimar tornou-se uma opção plausível em locais onde o sistema de saúde é limitado na capacidade de internação, sob o pretexto de redução do tempo de internação para casos fora de possibilidade terapêutica e economia dos recursos que podem ser reavaliados.

Pacientes com doenças terminais para os quais uma intervenção médica adicional é considerada inútil, quando a qualidade de vida é considerada ruim ou que se espera que sejam permanentemente dependentes de ventiladores são os casos em que a ODR é considerada uma decisão plausível. Tal decisão, geralmente é tomada com base na combinação das decisões médicas e dos desejos e valores do paciente.

Contudo, algumas propostas atuais, incluindo ordens universais de não reanimação, valor social e anos de vida, violam a justiça e conflitam com os princípios éticos. Eles causam sofrimento moral aos profissionais e desconfiança pública, dividindo ainda mais nossa sociedade (BLEDSOE, 2020).

Nesta perspectiva, as abordagens de alocação de recursos que defendem a desvantagem de adultos mais velhos, pessoas com deficiência ou outros grupos com base no diagnóstico, valor social ou expectativa de vida previstas, enviam uma mensagem a todos os pacientes de que algumas vidas são mais valorizadas do que outras. Portanto, profissionais e sociedade em geral, pedem uma política universal de ONR para pacientes com COVID-19 mais claras que não criem indignação pública. Além da Oferta de Cuidados Paliativos adequados a todos os que não preencherem critérios de admissão em unidades de terapia

intensiva (UTI) devido a quadro grave, com baixa possibilidade de resposta aos tratamentos disponíveis e prognóstico reservado.

Através desse olhar, a implementação e discussão da utilização de leitos hospitalares, bem como de respiradores (extremamente necessários e utilizados na situação atual), ganha especial reforço, e deve ser parte essencial da discussão da equipe de saúde sobre a não ressuscitação de um paciente específico, neste ponto a corrente bioética da justiça, pode oferecer embasamento moral-ético, a fim propiciar uma tomada decisão esclarecida, na tentativa de beneficiar o maior número de pessoas com os recursos disponíveis, sem levar em conta questões religiosas, sociais ou econômicas (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, cabe aos profissionais a obrigação moral de agirem respeitando o princípio da autonomia que leva em consideração a vontade dos pacientes, bem como o princípio ético da dignidade humana e a não-maleficência, que está em não causar dano e não causar dor desnecessária, em que se inclui o encerramento de tratamento fútil ou obstinado.

Os médicos têm a responsabilidade ética, baseada nos princípios de beneficência e não maleficência, de não submeter os pacientes a tratamentos considerados desproporcionais. A grande dificuldade nesse sentido é justamente o conceito de futilidade terapêutica, de estabelecer para cada caso individual, os limites entre o que é ético e cientificamente adequado e o que é desproporcional. Esses conceitos variam dramaticamente entre os médicos e os pacientes. (URBAN; HOEPERS; SILVA E JUNIOR, 2001, p 246).

Podemos considerar que a questão de não ressuscitar pacientes contempla aspectos jurídicos e da moral, ética, os quais em várias instâncias se mesclam ao religioso e social desde o contexto familiar: em reajuste diante da internação ou morte de um ente querido.

Todavia, tal dinâmica afeta de igual forma aspectos de produtividade, uma vez que a condição emocional do sujeito, muito contribui, seja para ampliar ou dirimir a sua função laboral, convívio social, saúde. Deve-se lembrar também, que por vezes, cabe ao plantonista a difícil tarefa diante do binômio: vida e morte do paciente. Contudo, nem sempre ele dispõe das informações necessárias a imparcialidade de sua conduta, diante da prática da ortotanásia ou mesmo da eutanásia.

Isso ganha dentro das relações em saúde um contexto especial, onde permite um exercício constante de entendimento do paciente por parte da equipe de saúde. Ouvir e entender melhor seus sentimentos, e nesse contexto, seus sofrimentos é parte de uma acolhida calcada em compaixão, parte de um acolhimento desejável para atingir uma definição de saúde que não inclua somente uma visão patologizante.

Tanto o vírus SARS-CoV-2 em si quanto à pandemia são ainda bem recentes faltam muitos conhecimentos e estudos mais aprofundados sobre as reações e consequências da doença em si. Porém as tomadas de decisão têm sido feitas agora, no momento atual, e portanto, são embasadas com base no que sabemos até então.

A COVID-19 impactou na redução de sobrevivência de pacientes de elevadas idades após a tentativa de ressuscitação. É justificável, portanto, pensar formas de atenuar o sofrimento do paciente, observando-se o respeito à autonomia do próprio ser conforme destaca o principlismo de Beauchamp e Childress e a Bioética da Proteção, que possui foco no indivíduo vulnerável e vulnerado (com autonomia limitada). Uma visão principlista inevitavelmente cairia num conflito de princípios, inclusive em situações em que alguns deles não seriam completamente observáveis.

Outrossim, através da concepção ética do cuidado, baseado numa visão “Heideggeriana” onde o cuidado é defendido como uma habilidade inata comum a todos os seres humanos, em situações extremas como as de calamidade ou guerra, torna-se pungente a necessidade de repensar a rotina dos profissionais de saúde em suas atividades diárias, dando respaldo para que estes tenham condições adequadas de trabalho para preservação da saúde física e mental.

Em suma, o presente trabalho, mesmo que elaborado em um momento em que a pandemia, no Brasil, adquiriu “contornos mais favoráveis” (graças a vacina), buscou trazer reflexões bioéticas que auxiliem a tomada de decisão dos profissionais de saúde tanto pelo risco de recrudescimento da COVID-19 (p. ex., nova variante), quanto pela possibilidade sempre presente de emergência de novos agentes infecciosos com potencial pandêmico.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BITENCOURT, B. G. **Protocolos de admissão em Unidades de Terapia Intensiva na situação de escassez de recursos e sua importância na pandemia de COVID-19**: análise e revisão bibliográfica. 2021. TCC (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/230361>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BLEDSOE, Thomas A. *et al.* Universal do-not-resuscitate orders, social worth, and life-years: opposing discriminatory approaches to the allocation of resources during the COVID-19 pandemic and other health system catastrophes. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 3, p. 230-232, 2020.

CAMPAGNOLI, Michele *et al.* Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar. **Nursing** (São Paulo), v. 22, n. 258, p. 3342-3347, 2019.

CARRILHO, Marília Rosado. O cuidado como ser eo cuidado como agir. **Ex aequo**, n. 21, p. 107-114, 2010.

CHRISTIAN, Michael; LOUTFY, Mona; MCDONALD, Clifford; MARTINEZ, Kenneth; OFNER, Mariana; WONG, Tom; WALLINGTON, Tamara *et al.* Possible SARS Coronavirus Transmission during Cardiopulmonary Resuscitation. **Emerg Infect Dis.**, v. 10, n. 2, p. 287-293, 2004. doi:10.3201/eid1002.030700

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por COVID-19 e 4 mil profissionais afastados. 17 abr. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-COVID-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html. Acesso em: 30 mar. 2021.

CURTIS, J. Randall; KROSS, Erin K.; STAPLETON, Renee D. The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel coronavirus 2019 (COVID-19). **Jama**, v. 323, n. 18, p. 1771-1772, 2020.

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 2, 2020.

DUPRAT, Irena Penha; MELO, Géssyca Cavalcante de. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

EMANUEL, Ezekiel J. *et al.* Alocação justa de recursos médicos escassos em tempos de COVID-19. **N Engl J Med.**, v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020. doi: 10.1056/NEJMsb2005114

EL TOGHLOBI, G. S. S. *et al.* A importância de discutir a ordem de não-ressuscitação no Brasil durante a pandemia de COVID19: reflexões propostas por um sistema de saúde saturado. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 2, 2021. NA-NA.

Ferraresi M. **Um conto preventivo de coronavírus da Itália: não faça o que fizemos**. Boston, MA: Boston Globe, 2020.

LOPES, F. J. *et al.* Desafios no manejo da parada cardiorrespiratória durante a pandemia da COVID-19: um estudo de reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe., 2020.

MACHADO, D. M. *et al.* Parada cardiorrespiratória na pandemia por coronavírus: revisão comprehensiva da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 28, p. 50721, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50721>. Acesso em: 05 nov. 2021.

NODDINGS, Nel. **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**. Berkeley: University of California Press, 1986.

OLIVA, Gabriela. **Associação Médica Brasileira recebe 273 denúncias por falta de equipamentos de proteção no Rio.** 5 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/associacao-medica-brasileira-recebe-273-denuncias-por-falta-de-equipamentos-de-protecao-no-rio-24351957>. Acesso em: 13 jul. 2021.

OLIVEIRA, Hudson Carmo de *et al.* Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: bioética e ética profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 376-380, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200025>.

ONU BRASIL. Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19, informa OMS. Notícias. 22 out. 2021.

PATERNIANI, Stella Z. Driblando o desmonte: um experimento etnográfico com agentes populares de saúde frente à pandemia de COVID-19. **Anuário Antropológico**, v. 47, n. 2, p. 132-150, 2022.

PEREIRA, F. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão. **Revista Bioética**, v. 29, p. 36-43, 2021.

SANCHES, M. A. *et al.* Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Rev Bioet.**, v. 28, n. 3 p. 410-7, 2020.

SHAO, Fei *et al.* In-hospital cardiac arrest outcomes among patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China. **Resuscitation**, v. 151, p. 18-23, 2020. doi: 10.1016/j.resuscitation.2020.04.005.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da COVID-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

SULTAN, Hala *et al.* DNR and COVID-19: The ethical dilemma and suggested solutions. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 560405, 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TRUOG, Robert D.; MITCHELL, Christine; DALEY, George Q. The toughest triage—allocating ventilators in a pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 1973-1975, 2020.

UOL. **Brasil bate recorde diário de casos de COVID-19.** Notícias. 8 jan. 2021. Disponível em: https://cultura.uol.com.br/noticias/15466_brasil-bate-recorde-diario-e-ultrapassa-os-8-milhoes-de-casos-de-COVID-19.html. Acesso em: 30 mar. 2021.

URBAN, C. *et al.* Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 3, p. 244-248, 2001.

3 DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 durante todo o seu percurso, apresentou desafios incalculáveis as sociedades e aos sistemas de saúde de todo globo, trazendo discussões do ponto de vista Bio(ético) devido à escassez de recursos de várias ordens e sua dilemática alocação. Tal situação foi potencializada em países onde a desigualdade social e a escassez de recursos já eram um desafio anterior a pandemia, como o caso do Brasil.

O Sistema de saúde brasileiro há muitos anos subfinanciado, já operava, antes da pandemia, no limite de recursos humanos, físicos e tecnológicos, teve sua realidade piorada durante o período de calamidade (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2020). Para Mendes, Carnut e Melo (2023) em períodos de acirramento da pandemia, onde o contágio crescia em ordem exponencial, o desmonte da universalidade do SUS, fazia parte do projeto do (des)governo da época, ocasião em que houve redução na alocação de recursos para o sistema.

De acordo Siqueira-Batista *et al.* (2020), além do quadro descrito e já conhecido pelos usuários do SUS, durante a pandemia, houve grave dificuldade de estimar um quantitativo real de insumos, recursos humanos, EPI, leitos e respiradores pela falta de clareza nas informações, no que dizia respeito ao número real de casos, classificações por gravidade, devido à demora ou inexistência de testes confirmatórios.

Nesse contexto, o prognóstico brasileiro em relação a COVID-19, era um dos piores no cenário mundial. E em março de 2021, o Brasil chegou a ocupar o segundo lugar no ranking mundial, em número de mortes por COVID-19, onde no dia 30 desse mesmo mês, chegou a registrar 1.656 mortes, ultrapassando o número de registrado dos Estados Unidos, maior país em número de mortos, naquela ocasião (WHO, 2021).

Segundo Mendes, Carnut e Melo (2023), além do desmonte do SUS, como plano de governo iniciado antes da pandemia, outro fator que contribuiu para o desfecho lamentável vivido, tem a ver com o total negacionismo da ciência e descaso em relação às orientações que comprovadamente poderiam ter poupar muitas vidas. Houve, por parte do governo, em especial, pelo presidente da república, uma minimização em relação a extensão dos malefícios da COVID-19, o qual, declaradamente, em seus discursos, encorajava a classe trabalhadora a desrespeitar o isolamento social, cientificamente comprovado como uma das medidas essenciais a não disseminação do vírus, além de menosprezar o poder de gravidade da doença e a eficácia hábitos como a utilização correta de máscaras de proteção.

Sobre isso, um Estudo publicado por Houvèssou, Souza e Silveira (2021) comparou o efeito do lockdown entre cinco países que fizeram, entre eles: África do Sul, Alemanha,

Espanha, Itália e Nova Zelândia, e dois que não fizeram, Brasil e Estados Unidos. Os resultados demonstram uma diminuição diária da incidência de COVID-19 entre os países que cumpriram as medidas de isolamento social em comparação aos dois que não fizeram.

Em um contexto de desprezo a ciência, Ferrari (2023), afirma que em sintonia com a proposta modelo liberal-conservador e populista de Donald Trump, o núcleo “duro” do governo Bolsonaro incentivou o “tratamento precoce” da COVID-19 através do incentivo ao uso de medicamentos sem eficácia, como por exemplo a cloroquina, cujos efeitos adversos foram comprovados, bem como sua letalidade, especialmente em associação com azitromicina.

Lamentavelmente, ainda nesse cenário, Fleury e Fava (2022), ressaltam que um dos maiores da programas de imunização, reconhecido mundialmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI), foi diretamente impactado pela política de (des)governo de Jair Bolsonaro, alinhada as ideias de Trump nos EUA e as críticas veementes à China e aos imunizantes produzidos em parceria com aquele país. Para os mesmos autores, mesmo antes da pandemia, a exitosa trajetória do PNI vinha sendo abalada pelos sucessivos subfinanciamentos na saúde, agravados pela aplicação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 e a redução do orçamento da saúde em R\$ 20 bilhões em 2019, que resultaram na redução de quase 400 milhões para o PNI, consequente diminuição na aquisição e produção de insumos farmacêuticos e baixa na produção nacional de vacinas nos dois maiores centros de pesquisas e produção de imunizantes brasileiros, reconhecidos mundialmente, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan (CNS, 2020; FLEURY; FAVA, 2022).

Dito isto, Fleury e Fava (2022) afirmam que diante de um cenário instável agravado pela pandemia, tornou-se difícil assegurar a eficiência do PNI como em outros momentos de crise como na pandemia de HINI, onde houve enfrentamento em tempo rápido e esclarecem ainda que:

No caso brasileiro, a existência de capacidades estatais relativas à existência consolidada da política pública e institucionalidade do PNI e da rede capilar de atenção básica do SUS, responsável pela vacinação, não foram suficientes para assegurar o efetivo enfrentamento da pandemia e a vacinação em tempo hábil para evitar o aumento exponencial da disseminação e dos óbitos. A forma de lidar com a pandemia pela maior liderança do País, representada pelo Presidente Jair Bolsonaro, minou as capacidades institucionais e a confiança social, tanto por disputas simbólicas quanto por medidas de ação, como a militarização do MS e a inação na compra de vacinas ofertadas pelos produtores. (FLEURY; FAVA, 2022 p. 10).

Autores como Giovanella *et al.* (2021) e Campos e Vitória (2020) afirmam que além do PNI, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi outro setor que poderia ter ajudado a salvar

vidas, poupando a disseminação do vírus e acabou sendo negligenciado pelo governo, que assim como outros países, se perdeu na tentativa de combater a COVID-19 de forma individual, tratando os casos graves da doença, alocando recursos em leitos de UTI, respeitadores e hospitais de campanha, ao invés de investir, também, recursos na APS e no seu forte poder de abordagem comunitária e capacidade de vigilância em saúde. Na opinião dos autores, mesmo com a falta de coordenação e ameaça aos estados por parte de governo federal, estes tentaram seguir as diretrizes para redução da curva de transmissão com empenho. Ocorre que entre as cinco principais recomendações, a saber: (i) isolamento social, (ii) centrais de teleatendimento para que sintomáticos não se desloquem sem necessidade transmitindo o vírus pelo país, (iii) salas de atendimento nas UBS, (iv) hospitais de campanha com leitos e O2 para casos moderados e (v) ampliação dos leitos UTI, nenhuma delas reforça, de fato, a importância da APS e suas ferramentas no achatamento da curva de contaminação.

Campos e Vitória (2020) ressaltam que APS é a verdadeira porta de entrada para a COVID-19 e que se medidas de precaução não forem tomadas, ela pode se tornar a maior disseminadora do vírus, aumentando a demanda por leitos de UTI, que na verdade poderia diminuir caso cumprissem adequadamente seu papel de usar estratégias para manejo de casos leves, sem colocar mais pessoas em risco. Os autores argumentam ainda:

A pandemia deve ser nossa prioridade. E ela precisa ser enfrentada onde ela está. Hoje está na APS, hoje a maioria dos casos estão indo nas UBS e sendo orientados a isolamento domiciliar. Então será a qualidade desta orientação do isolamento domiciliar, as estratégias comunitárias para garantir isolamento para famílias que não podem fazer isso apenas com seus recursos, a discussão com a comunidade como um todo do importante estratégia de política pública para garantir que, em Pelotas, por exemplo, tenhamos, pelo menos, 2 mil leitos para isolamento de casos leves ou moderados, que não podem ficar isolados nos seus é uma estratégia que poderá ter alguma domicílios. Esta sim, chance de frear a aceleração da pandemia no Brasil e assim, associada a política de ampliação de leitos UTI, manejar com a situação garantindo o atendimento de todos, o respeito a vida e a dignidade das pessoas. Só a APS forte pode garantir a suficiência de leitos UTI. (CAMPOS; VITÓRIA, 2020 p. 7).

Ocorre que conforme já citado acima, a APS não foi fortalecida nem antes e nem durante a pandemia e pela própria característica da COVID-19 como também já mencionado anteriormente, houve uma crescente demanda por leitos de UTI, os quais já eram insuficientes para dar conta da demanda fora do contexto pandêmico, conforme afirmam Siqueira-Batista *et al.* (2020):

O cenário se apresenta, então, do seguinte modo: o SUS – que, a despeito da extrema relevância para os cidadãos brasileiros, trabalha no limite para a oferta dos serviços de saúde adequados, nos diferentes níveis de atenção, mas, especialmente no âmbito terciário, por conta das restrições orçamentárias e das escolhas políticas

que desvalorizam o acesso universal – receberá um aumento extraordinário do número de pacientes com necessidade de internação hospitalar, em unidade de terapia intensiva (UTI). Assim, o insuficiente número de leitos disponíveis tem levado a situações nas quais se torna necessário decidir quais enfermos terão acesso aos cuidados intensivos. (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2020 p. 1).

Nesta circunstância, a decisão de escolha de pacientes a escassos leitos de UTI vai de encontro a critérios técnicos e éticos, quando a demanda excede em muito a capacidade de um sistema. Neste aspecto, os critérios médicos-técnicos-científico, devem obedecer a triagem de pacientes através de testes de alto parâmetro de evidência, como o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) e o *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE), como sinalizado por Siqueira-Batista *et al.* (2020).

Em relação aos critérios éticos, Chu *et al.* (2020) e Siqueira-Batista *et al.* (2020), argumentam que do ponto de vista ético, a justiça não exige que todos sejam tratados de forma idêntica, mas exige que cada pessoa receba o que lhe é devido. Quando a triagem de crise é necessária, a abordagem mais justa seria lançar mão de critérios clínicos aplicados a avaliações individualizadas do paciente quanto à provável recuperação e não suposições que desfavoreçam ou favoreçam os grupos de acordo com os seguintes critérios: etnia; cor; raça; religião; gênero; orientação sexual; condição/status social; origem geográfica/naturalidade; nacionalidade; nível de instrução/escolaridade; concepções políticas; antecedentes criminais; existência de desordens psíquicas; existência de deficiências; profissão; e idade.

Ainda sobre os critérios éticos, Chu *et al.* (2020) destacam que a abordagem deontológica é geralmente a primeira escolha dos médicos para tomada de decisão no decorrer da prática clínica, quando comparada a abordagem utilitarista. De acordo com os mesmos autores, na ética deontológica, o paciente está no centro do processo de decisão, em outras palavras, o médico toma uma decisão que é do melhor interesse do paciente. Enquanto a abordagem utilitarista exige um certo grau de racionamento, necessário para preservar o bem-estar geral da sociedade.

Neste ponto, em tempos de pandemia e racionamento de recursos, eminentes bioeticistas e líderes de pensamento como Emanuel *et al.*, (2020), argumentaram que durante uma crise como da COVID-19 é justificável a utilização de uma abordagem utilitarista, ou seja, a prioridade para recursos limitados deve ter como objetivo salvar o maior número de vidas e maximizar as melhorias na duração da vida pós-tratamento dos indivíduos.

Assim como bioeticistas, associações de classe de vários países construíram documentos a fim de orientar os tomadores de decisão nas escolhas difíceis, sendo consensual na maioria dos relatórios a utilização de uma triagem técnica objetiva com gravidade baseado

em scores de testes internacionalmente aceitos. Sem perder de vista a lógica subjetiva utilitarista de salvar mais vidas e mais anos de vida.

Entretanto, mesmo dentro de um consenso de triagem técnica para melhor alocação e otimização de recursos, houve discordância entre os especialistas e profissionais de saúde quanto a escolha de alguns critérios, mesmo que o objetivo fosse salvar o maior número de vidas. Neste sentido, Chu e colaboradores acreditam que não se deve sucumbir a protocolos utilitários que pedem aos médicos que tirem um paciente de um ventilador para dar a outro. Segundo estes mesmos autores, não há diretrizes perfeitas e o que é considerado justo pela sociedade pode não ser justo para o paciente individual.

Contudo, em dissonância com este pensamento, Emanuel *et al.* (2020) a partir de um documento elaborado para classe médica dos EUA, argumentaram que durante uma crise como a pandemia do COVID-19, quando a demanda excede em muito a capacidade de um sistema, é justificável, por exemplo, “remover um paciente de um ventilador ou leito de UTI para fornecê-lo a outros necessitados” a fim de maximizar o benefício público.

Dentro deste ponto, Chu e colaboradores enfatizam que os profissionais devem agir de acordo com a ética deontológica onde, a escolha deve ser pautada por um conjunto de princípios e regras, independentemente das consequências. De acordo com os autores, retirar um ventilador de um paciente, sem o consentimento deste, para dar a outro é contra os princípios da autonomia - o direito dos pacientes de tomar decisões informadas sobre seus cuidados médicos, beneficência - ações que atendem ao melhor interesse do paciente e da família e não maleficência - não causar danos. Além disso, numa perspectiva kantiana, remover o tubo respiratório de um paciente e entregá-lo a outro para maximizar o bem maior da sociedade viola o imperativo moral de nunca tratar outras pessoas como meios para fins, mesmo que a ação leve a um bem maior. Por mais louváveis que sejam as consequências, o imperativo moral nunca deve ser violado, “ainda que caiam os céus”.

Ainda neste contexto, Bledsoe *et al.* (2020), argumentam que durante uma catástrofe de saúde pública, embora a responsabilidade do médico permaneça com a saúde e o bem-estar dos pacientes individuais sob seus cuidados, o bem-estar da comunidade também deve ser considerado, inclusive nas diretrizes institucionais e outras. A priorização de recursos torna-se crítica, mas priorização não significa discriminação contra grupos. Segundo estes autores, algumas propostas atuais, incluindo ordens universais de não reanimação, valor social e anos de vida, violam a justiça e conflitam com os princípios éticos.

Sendo assim, pedidos universais de não reanimação são sugeridos durante a pandemia de COVID-19, a fim de maximizar os recursos e limitar a possível exposição aos profissionais

de saúde. Porém, Bledsoe *et al.* (2020) declararam em suas Ideias e Opiniões que decidir não tentar a ressuscitação não deve ser uma abordagem geral, na qual todos os pacientes com um diagnóstico específico, como COVID-19, terão uma ordem de não reanimar.

Entretanto, Geijteman, Bosch e Smulders (2020), ponderam que seria importante pensar na saúde e a segurança dos profissionais envolvidos na ressuscitação cardiopulmonar - RCP. Mesmo concordando que o atendimento precisa ser individualizado, nos casos de pacientes com prognóstico grave, como insuficiência respiratória aguda induzida pela COVID-19 e acrescida de parada cardiorrespiratória, deve haver diretrizes claras para qualquer decisão sobre a retirada do atendimento. Mesmo com equipamentos de proteção individual (EPI), o risco para o pessoal de saúde que realiza a RCP é substancial. Não faz sentido submeter estes profissionais a riscos desnecessários.

No que diz respeito ao valor social, Bledsoe *et al.* (2020) relatam que diretrizes espanholas recomendaram que este fosse levado em conta na tomada de decisão. Contudo, autores como Siqueira-Batista e colaboradores (2020) ressaltam que a tal decisão não seria eticamente defensável. Implicaria em julgamentos nos quais algumas categorias de pessoas seriam consideradas menos dignas socialmente do que outras, violando o princípio da dignidade humana. A valorização do valor social e da dignidade de cada indivíduo, a humildade necessária para tomar decisões de triagem e o reconhecimento dos fatores sociais que limitam as oportunidades para muitas pessoas, argumentam veementemente contra o uso do valor social ou sua percepção para determinar a alocação de recursos.

Outro critério importante a ser discutido, diz respeito aos anos de vida. Segundo Bledsoe *et al.* (2020), algumas diretrizes estaduais norte americanas sobre padrões de atendimento de crise e alguns artigos de periódicos promovem uma abordagem de “anos de vida” para o racionamento. Às vezes chamada de abordagem de “ciclo de vida” ou “entradas justas”, está longe de ser justa, desfavorecendo sistematicamente pacientes idosos, pessoas com deficiência e potencialmente outros grupos.

Por outro lado, Emanuel *et al.* (2020) argumentam que leitos de UTI e ventiladores são curativos e não preventivos. Os pacientes que precisam deles enfrentam condições de risco de vida. A maximização dos benefícios requer a consideração do prognóstico – quanto tempo o paciente provavelmente viverá se for tratado – o que pode significar dar prioridade aos pacientes mais jovens e àqueles com menos condições coexistentes.

Já segundo estudo de Gonçalves e Dias (2020, p. 15), a escolha por anos de vida deixa de levar em conta “o conteúdo concreto das vidas vividas - o valor que cada indivíduo atribui a suas escolhas, realizações e projetos de vida”.

No que tange o critério de aleatoriedade, Gonçalves e Dias (2020), ressaltam que a escolha de tal critério seria uma tentativa de se esquivar de tomar decisões em situações que apontam para o próprio limite da discussão moral. Todavia, abandonar as decisões ao acaso não exime o tomador de decisão das consequências da decisão tomada, alertam as autoras. Diferente disso, Emanuel e colaboradores, alegam que para pacientes com prognósticos semelhantes, a igualdade deve ser invocada e operacionalizada por meio de alocação aleatória, como uma loteria, em vez de um processo de alocação por ordem de chegada, por exemplo. Por outro lado, os autores reconhecem que os tratamentos para o coronavírus atendem a necessidades urgentes, o que significa que uma abordagem por ordem de chegada beneficiaria injustamente os pacientes que moram mais perto das unidades de saúde.

A priorização de profissionais de saúde, está entre os critérios de utilidade mais controversos. De acordo com Emanuel *et al.* (2020), as intervenções e alocação de recursos, como testes, EPI, leitos de UTI, ventiladores, terapêutica e vacinas, deveriam ir primeiro para os profissionais de saúde da linha de frente e outros que cuidam de pacientes doentes e que mantêm a infraestrutura crítica em operação, principalmente trabalhadores que enfrentam um alto risco de infecção e cuja formação os torna difíceis de substituir. Esses trabalhadores devem receber prioridade não porque sejam de alguma forma mais dignos, mas por causa de seu valor instrumental: eles são essenciais para a resposta à pandemia.

Em total discordância, Gonçalves e Dias (2020) replicam que o valor da vida dos profissionais estaria além da visão reduzida do seu valor instrumental. Além disso, as autoras alertam que dar prioridade aos profissionais de saúde da linha de frente, desconsidera o valor das vidas de outros profissionais em relevante exposição, como os profissionais de segurança, domésticas e limpeza urbana, por exemplo.

Como acréscimo, as autoras sugerem, ainda, que o risco de contaminação existente no exercício profissional deva ter o devido reconhecimento na classificação de prioridades. E neste ponto, espera-se que os profissionais da linha de frente, não apenas prestem assistência a um determinado paciente com suspeita ou confirmação de doença infecciosa, mas também exerçam os devidos cuidados para evitar mais transmissão (exposição a si mesmos e transmissão a outros pacientes) dentro do ambiente hospitalar. Assim, a sua atuação não se limita a tratar um determinado doente, mas também em contribuir para o controle da infecção, trabalhando para evitar a propagação da infecção nosocomial como também comunitária, sobretudo quando se tratar de transmissão altamente patogénica, como o caso da COVID-19 (SWAZO; TALUKDER; AHSAN, 2020).

Para tanto, tornou-se fundamental a utilização de equipamentos de proteção individual, que durante a pandemia se tornaram escassos, fomentando um dilema aos profissionais quanto ao dever de tratar sem EPI. Neste caso, o argumento da utilidade é que o benefício social no atendimento ao paciente excede o risco pessoal para o médico, e, portanto, existe um forte apelo pelo dever de tratar apesar da relutância. Porém, apesar dos aspectos deontológicos e utilitaristas envolvidos na questão, não existe consenso ou decisão legal em relação ao dever de cuidar e neste caso, a decisão de tratar pacientes com COVID-19, na ausência de equipamento de proteção individual (EPI) fica a critério do profissional de saúde e suas convicções pessoais.

Diante do exposto, fica claro que a Pandemia de COVID-19 e toda escassez de recursos ocasionadas neste período, trouxe uma série de dilemas morais que impactaram sobremaneira os profissionais de saúde e a consequentemente a sociedade como um todo. Em nossa análise, fica claro que os aspectos técnico-científicos não são capazes, por si só, de definir a seleção do melhor candidato, a luz da equidade, para receber os cuidados necessários diante de parcisos recursos e neste contexto, escolhas difíceis precisam ser feitas dentro de aspectos (bio)éticos, deixando claro que a criação de comitês compostos por profissionais de várias especialidades, sobretudo em bioética dentro dos hospitais, auxiliaria na condução das tomadas de decisão mais adequadas ao individual e coletivo.

Os desafios e a tristeza dessa pandemia foram amplos e profundos e incluíram um fardo desproporcional para as comunidades e os profissionais de saúde que já enfrentavam disparidades nos cuidados de saúde. Mesmo que este manuscrito tenha sido construído em um momento pós-vacina, esperamos que seja útil para reflexões bioéticas em casos semelhantes, apesar de desejarmos que não aconteça.

4 CONCLUSÃO

As conclusões obtidas, correferidas com os objetivos, são as seguintes:

Objetivo 1: Narrar, por meio de pinturas de Van Gogh, o itinerário da pandemia de COVID-19, desde a descoberta dos primeiros casos de pneumonia de causa desconhecida, na China, até a descoberta da vacina e a retomada de um “novo padrão de normalidade” que passam pelo negacionismo e o reconhecimento da importância de um sistema de saúde universal.

Conclusão 1: O percurso do vírus foi narrado através das obras de Van Gogh, desde os primeiros casos na China, passando pela descoberta do seu agente etiológico, pelos momentos mais críticos, do ponto de vista social e político, até a descoberta da vacina e um contexto de retorno a “normalidade”.

Objetivo 2: Discutir a alocação de leitos de UTI escassos num contexto de pandemia, sob a luz dos princípios da ética biomédica Principialista e do Utilitarismo.

Conclusão 2: Ficou claro que em geral, as recomendações feitas por especialistas em bioética e entidades médicas acerca da alocação de recursos escassos, especialmente durante a pandemia, convergem para as correntes bioéticas – Principialista e Utilitarista, na medida em que trazem consigo a intenção de salvar o maior número de vidas, respeitando a autonomia dos sujeitos, de forma a compor beneficência e justiça. sem deixar que os grupos vulneráveis ou minoritários sejam prejudicados em prol da coletividade.

Objetivo 3: Abordar os aspectos éticos relacionados ao reuso ou não-uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), na perspectiva de proteção dos profissionais da saúde, em um contexto de escassez e de crise.

Conclusão 3: Dentro de uma lógica Kantiana, a COVID-19 não diminui as responsabilidades (por exemplo, dever de beneficência) que os profissionais de saúde têm para com os pacientes, sendo os médicos moralmente culpados caso resolvem se desvincular dos cuidados devidos aos pacientes com COVID-19. Neste sentido, é perceptível o estreitamento da assimetria entre profissionais de saúde e pacientes em relação a vulnerabilidade e os esforços para basear o dever de um profissional de tratar em um código de ética são repletos de problemas. Os códigos de ética muitas vezes não afirmam claramente o dever de tratar, e mesmo quando o fazem, seu escopo de aplicação e sua correta interpretação estão abertos a disputas significativas.

Objetivo 4: Discorrer a respeito do embasamento teórico-ético para a tomada de decisão bio(ética) entre profissionais de saúde relacionadas a não ressuscitação em tempos de COVID-19.

Conclusão 4: A ordem de não reanimação foi uma realidade durante o colapso de sistemas de saúde em alguns países do mundo, a fim de conter a disseminação do vírus, sob uma lógica utilitarista. Tal realidade causou sofrimento aos profissionais envolvidos e descrença da comunidade sobre os trabalhos dos profissionais, pois em muitos casos a decisão teve que ser tomada de forma unilateral, sem consulta ao paciente e/ou familiares, rompendo com o princípio ético da autonomia. Neste contexto, a adoção da compaixão laica, portanto, implica em uma mudança de abordagem nas relações construídas, em especial dentro das questões de saúde, pois através da ótica da compaixão laica evitamos de incorrer no risco do paternalismo.

Ficou evidente que sempre que possível, a decisão de não reanimar deve ser discutida com a equipe, paciente e familiares e só deve ser indicada nos casos onde não há possibilidade terapêutica favorável ao bem-estar do paciente, sempre respeitando os princípios da beneficência e não-maleficência. No Brasil, ainda não existe respaldo legal para ONR e o médico se respalda apenas em uma resolução do seu conselho de classe para tal decisão. Desta forma, ao optar por não reanimar, o médico deverá obter consentimento do paciente ou familiar responsável, além de relatar a decisão em prontuário.

REFERÊNCIAS

I – Introdução

- BERLINGER G. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996
- CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. **Estratégias para otimizar o fornecimento de respiradores n 95**. 16 set. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM N° 2.156/2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- CUPERTINO, M. C. *et al.* COVID-19 in Brazil: epidemiological update and perspectives. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, v. 13, n. 5, p. 193, 2020.
- EMANUEL, E. J. *et al.* Alocação justa de recursos médicos escassos em tempos de COVID-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114
- ENGELHARDT, H. Tristam. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 516p. ISBN 0195057368.
- GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 12, n.1, p. 17-36, 2020.
- LOURINHO, L. A. *et al.* A formação do fonoaudiólogo e a sua interlocução com a Saúde Coletiva: percepções dos docentes e discentes. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 3, p. 17-25, 2018.
- PICCINNI, M. *et al.* Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI “Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”. **Recenti Prog Med.**, v. 111, n. 4, p. 212-222, 2020. DOI: 10.1701/3347.33184.
- SATOMI, E. *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein**, v. 18, 2020.
- SILVA, K. R. *et al.* Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva? **Repositório Institucional Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41469>. Acesso em: 30 mar. 2021.

VERGANO, M. *et al.* Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 1-3, 2020.

WUNENBURGER, J. J.; FOLSCHEID, D. **Metodologia filosófica**. São Paulo: Martisn Fontes, 2005.

II – Todas as referências (Introdução, artigos e discussão)

BATISTA, R.S. **Angústia**. Rio de Janeiro: KroArt, 1998.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BERLINGER G. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996

BITENCOURT, B. G. **Protocolos de admissão em Unidades de Terapia Intensiva na situação de escassez de recursos e sua importância na pandemia de COVID-19: análise e revisão bibliográfica**. 2021. 73 f. TCC (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/230361>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BLEDSOE, Thomas A. *et al.* Universal do-not-resuscitate orders, social worth, and life-years: opposing discriminatory approaches to the allocation of resources during the COVID-19 pandemic and other health system catastrophes. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 3, p. 230-232, 2020.

BOAVENTURA, A. L. A. *et al.* **Cartilha de direitos e deveres do médico**. [S. l.: s. n.], 2003. Disponível em: <https://cipe.org.br/novo/wp-content/uploads/2020/03/Cartilha-Direitos-e-Deveres-do-Medico-COVID-19-Versa%CC%83o-01-27.03-13h.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. **Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui uma Política Nacional. Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 04 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814, de 01 de junho de 2001. Regulação Médica das Urgências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html. Acesso em: 10 jan. 2022.

BULLER, J. 'Managing Wicked Problems: The National Institute for health and Care Excellence and the Depoliticisation of Health Care Rationing', **Commonwealth Innovations Review**, v. 23, n. 4, p. 4-13, 2017.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, p. 30-47, 2021.

CAMPAGNOLI, M. *et al.* Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 258, p. 3342-3347, 2019.

CARRILHO, M. R. O cuidado como ser eo cuidado como agir. **Ex aequo**, n. 21, p. 107-114, 2010.

CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. **Coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. **Estratégias para otimizar o fornecimento de respiradores n° 95**. 16 set. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.077/14**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM N° 2.156/2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CHRISTIAN, M. *et al.* Possible SARS Coronavirus Transmission during Cardiopulmonary Resuscitation. **Emerging Infectious Diseases**, v. 10, n. 2, p. 287-293, 2004. DOI: 10.3201/eid1002.030700.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **CNS pede que Ministério da Saúde retire publicações sobre tratamento precoce para COVID-19**. 19 jan. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1570-cns-pede-que-ministerio-da-saude-retire-publicacoes-sobre-tratamento-precoce-para-COVID-19>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016. **CNS**, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 30 mar. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por COVID-19 e 4 mil profissionais afastados. **COFEN**, 17 abr. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-COVID-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html. Acesso em: 30 mar. 2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção: Para Entender a Gestão do SUS).

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Na pandemia da COVID-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 289-296, 2020.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Resolução CREMERJ N° 304/2020**. Dispõe sobre a obrigação do Diretor Técnico em garantir que os médicos da Unidade sob sua responsabilidade tenham à disposição equipamento de proteção individual (EPI) indicado para atendimento a pacientes sintomáticos suspeitos de serem portadores de SARS-CoV2/COVID 19. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2020/304> . Acesso em: 30 mar. 2021.

CRMMG. Conselho Regional de Medicina. **Parecer-Consulta nº 5387/2014**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2014/5387>. Acesso Acesso em: 4 fev. 2023.

CRM-SC. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. **Resolução CRM-SC nº 196/2020**. Dispõe sobre a obrigação do Responsável Técnico em garantir que os médicos da Unidade sob sua responsabilidade tenham à disposição Equipamento de Proteção Individual (EPI) indicado para atendimento a pacientes sintomáticos suspeitos de serem portadores de SARS-CoV2/COVID-19. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CUPERTINO, M. C. *et al.* COVID-19 no Brasil: atualização epidemiológica e perspectivas. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, v.13, p. 193-196, 2020. Disponível em: <https://www.apjtm.org/text.asp?2020/13/5/193/282215>. Acesso em: 4 fev. 2023.

CURTIS, J. R.; KROSS, E. K.; STAPLETON, R. D. The importance of addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during novel coronavirus 2019 (COVID-19). **JAMA**, v. 323, n. 18, p. 1771-1772, 2020.

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

DANTAS, D. Ministério da Saúde retira do ar documento que orientava médicos sobre uso da cloroquina. **O Globo**, 07 maio 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministerio-da-sauderetira-do-ar-documento-que-orientava-medicos-sobreuso-da-cloroquina-25008897>. Acesso em: 15 abr. 2022.

DIAS, J. A. A. *et al.* Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.379>.

DUNN, M. *et al.* 'Seu país precisa de você': a ética de alocar pessoal para funções clínicas de alto risco no manejo de pacientes com COVID-19. **Revista de Ética Médica**, v. 46, p. 436-440, 2020.

DUPRAT, I. P.; MELO, G. C. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

EL TOGHLOBI, G. S. S. *et al.* A importância de discutir a ordem de não-ressuscitação no Brasil durante a pandemia de COVID19: reflexões propostas por um sistema de saúde saturado. **International Journal of Health Management Review**, v. 7, n. 2, 2021.

EMANUEL, Ezekiel J. *et al.* Alocação justa de recursos médicos escassos em tempos de COVID-19. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114.

ENGELHARDT, H. T. **Fundamentos da bioética**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 516 p.

ESPAÑHA: aumenta o número de profissionais da saúde contaminados pelo COVID-19. **G1 Mundo**, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/03/23/espanha-aumenta-o-numero-de-profissionais-da-saude-contaminados-pelo-COVID-19.ghtml>. Acesso em: 24 abr. 2020.

FERRARESI M. **Um conto preventivo de coronavírus da Itália**: não faça o que fizemos. Boston, MA: Boston Globe, 2020.

FERRARI, C. K. B. A pandemia da complacência e da ignorância: vamos desmascarar os mascarados, pois um manda e o outro obedece. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 13, n. 37, p. 01–11, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7581674.

FERRARI, Mariana. Sinfonia de estômagos vazios. **Isto É**, 20 set. 2021. Disponível em: <https://istoe.com.br/sinfonia-de-estomagos-vazios/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

FERRAZ, O. L. M. De quem é o SUS? **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 dez. 2007.

FERRER, J. J.; ALVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra COVID-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 248-264, 2022.

FORTES, A. C. F. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**, 2008.

GAERTNER, C. B. M. Se a vida te der saudade, faça arte. In: CAMBI, E. (org.). **Pandemia da COVID-19**: reflexões sobre a sociedade e o planeta. Curitiba : Escola Superior do MPPR, 2020. Disponível em: https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCOVID-19Reflexoes_sobreasociedadeeoplaneta.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 2012.

GEIJTEMAN, E. C. T.; BOSCH, F. H.; SMULDERS, Y. M. Universal do-not-resuscitate orders, social worth, and life-years. **Annals of Internal Medicine**, v. 173, n. 12, p. 1028-1029, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 161-176, 2021.

GLOBEKNER, O. A. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 123-145, 2010.

GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 12, n. 1, p. 17-36, 2020.

GUAN, W. J. *et al.* Características clínicas da doença por coronavírus 2019 na China. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 4, p. 711-712, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G. Overcoming Brazil's monumental COVID-19 failure: an urgent call to action [Superar o monumental fracasso da COVID-19 no Brasil: um apelo urgente à ação]. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 933, 2021.

HOUVÈSSOU, G. M.; SOUZA, T. P.; SILVEIRA, M. F. Medidas de contenção tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

LOPES, F. J. *et al.* Desafios no manejo da parada cardiorrespiratória durante a pandemia da COVID-19: um estudo de reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe., 2020.

LOURINHO, Lídia Andrade *et al.* A formação do fonoaudiólogo e a sua interlocução com a Saúde Coletiva: percepções dos docentes e discentes. **Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 3, p. 17-25, 2018.

MACHADO, D. M. *et al.* Parada cardiorrespiratória na pandemia por coronavírus: revisão comprehensiva da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 50721, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50721>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MACHADO, N. M. V. Pandemia, fome e miséria: uma relação destruidora. **Pandemia, Políticas Públicas e Sociedade**, v. 1, 2020.

MALLOY, D. C. *et al.* Ethical decision-making about older adults and moral intensity: an international study of physicians. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 4, p. 285-296, 2008.

MALM, H. *et al.* Ethics, pandemics, and the duty to treat. **The American Journal of Bioethics**, v. 8, n. 8, p. 4-19, 2008.

MATSUI, S.; MACHADO, I. L. O.; GARRAFA, V. Contribuição da bioética de intervenção à releitura do conceito de “princípio”. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 514-522, 2018.

MEDEIROS, P. C. S. *et al.* Prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão em profissionais da saúde na pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19572-19587, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-090.

MELLO, D. R. *et al.* Análise bioética do papel do Estado na garantia ao acesso a medicamentos. In: GARRAFA, V.; MELLO, D. R.; PORTO, D. (org.). **Bioética e vigilância sanitária**. Brasília: Anvisa, 2007.

MENDES, A.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do COVID-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e210307pt-e210307pt, 2023.

MENDEZ-LOPEZ, A. *et al.* The mental health crisis during the COVID-19 pandemic in older adults and the role of physical distancing interventions and social protection measures in 26 European countries. **SSM-Population Health**, v. 17, 101017, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015.

NATIONAL GEOGRAPHIC. COVID-19: Qual o papel do mercado úmido de Wuhan, na China, no início da pandemia? **National Geographic**, 29 jul. 2022. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2022/07/COVID-19-qual-o-papel-do-mercado-umido-de-wuhan-na-china-no-inicio-da-pandemia>. Acesso em: 15 abr. 2022.

NODDINGS, N. **Caring**: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press, 1986.

OLIVA, G. Associação Médica Brasileira recebe 273 denúncias por falta de equipamentos de proteção no Rio. **O Globo**, 5 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/associacao-medica-brasileira-recebe-273-denuncias-por-falta-de-equipamentos-de-protecao-no-rio-24351957>. Acesso em: 13 jul. 2021.

OLIVEIRA, E. Brasil tem 30 mortes de profissionais de enfermagem por coronavírus e mais de 4 mil afastados pela doença. **G1**, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/17/brasil-tem-30-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-coronavirus-e-mais-de-4-mil-afastados-pela-doenca.ghtml>. Acesso em: 26 abr. 2020.

OLIVEIRA, H. C. de *et al.* Ordem de não reanimação em tempos da COVID-19: bioética e ética profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 376-380, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200025>.

ONU BRASIL. Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19, informa OMS. **Notícias**, 22 out. 2021.

ONU. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental e considerações psicossociais durante o surto de COVID-19, 18 de março de 2020.

PATERNANI, S. Z. Driblando o desmonte: um experimento etnográfico com agentes populares de saúde frente à pandemia de COVID-19. **Anuário Antropológico**, v. 47, n. 2, p. 132-150, 2022.

PENNALVA, J. **Judicialização do direito à saúde**: o caso do Distrito Federal. Belo Horizonte: [s. n.], 2011.

PEREIRA, F. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão. **Revista Bioética**, v. 29, p. 36-43, 2021.

PICCINNI M. *et al.* Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI “Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”. **Recenti Progressi in Medicina**, v. 111, n. 4, p. 212-222, 2020. DOI: 10.1701/3347.33184.

PORTO, D. *et al.* **Bioéticas, poderes e injustiças**: 10 anos depois. Brasília: Conselho Federal de Medicina: Cátedra Unesco de Bioética: Sociedade Brasileira de Bioética, 2012.

PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 46, e4128, 2020. DOI: 10.25248/reas.e4128.2020.

ROSENVALD, N.; PEREIRA, A. D.; BARCELÓ-DOMÉNECH, J. Proteção jurídica dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento em contexto da pandemia da COVID-19. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 151-182, 2021.

SANCHES, M. A. *et al.* Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3 p. 410-417, 2020.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. The search for theorypractice interaction in the nursing information system – approach from grounded theory. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.12, n. 3, p. 460-468, 2004.

SANTOS, J. S. *et al.* **Protocolos clínicos de regulação**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SATOMI, E. *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein**, v. 18, 2020.

SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: uma antiga e nova ferramenta para o campo da saúde pública? In: CASTRO, J. C.; NIEMEYER-GUIMARAES, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Caminhos da bioética**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2020. v. 3.

SHAO, F. *et al.* In-hospital cardiac arrest outcomes among patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China. **Resuscitation**, v. 151, p. 18-23, 2020. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2020.04.005.

SILVA, K. R. *et al.* Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SILVA, T. T. A.; ROSA, S. B. S. A necessária proteção dos profissionais da saúde diante do contexto pandêmico: uma análise a partir da perspectiva da vulnerabilidade. **RJLB**, n. 6, p. 1365-1384, 2020.

SIPIONI, M. E. *et al.* Mmasks cover the face, hunger unmasks the rest: COVID-19 and the fighting against hunger in Brazil. **SciELO Preprints**, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pps-660>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva? **Repositório Institucional Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41469>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1241-1250, 2009.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da COVID-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020.

SULTAN, H. *et al.* DNR and COVID-19: The ethical dilemma and suggested solutions. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 560405, 2021.

SUN, J. *et al.* Isolamento do SARS-CoV-2 infeccioso da urina de um paciente com COVID-19. **Emerging Microbes & Infections**, v. 9, n. 1, p. 991-993, 2020. DOI: 10.1080/22221751.2020.1760144.

SWAZO, N. K.; TALUKDER, M. M. H.; AHSAN, M. K. A *Duty to treat? A Right to refrain?* Bangladeshi physicians in moral dilemma during COVID-19. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 15, n. 7, n. 1, p. 1-23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00091-6>.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

TRUOG, R. D.; MITCHELL, C.; DALEY, G. Q. The toughest triage—allocating ventilators in a pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 1973-1975, 2020.

UNICEF. Relatório da ONU: ano pandêmico marcado por aumento da fome no mundo. Comunicado de imprensa. **UNICEF**, 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/relatorio-da-onu-ano-pandemico-marcado-por-aumento-da-fome-no-mundo>. Acesso em: 15 abr. 2022.

UOL. Brasil bate recorde diário de casos de COVID-19. **UOL Notícias**, 8 jan. 2021. Disponível em: https://cultura.uol.com.br/noticias/15466_brasil-bate-recorde-diario-e-ultrapassa-os-8-milhoes-de-casos-de-COVID-19.html. Acesso em: 30 mar. 2021.

URBAN, C. *et al.* Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 3, p. 244-248, 2001.

VAN GOGH, V. Cartas a Theo. Bruxelas (agosto de 1878 – 15 de novembro de 1878) Laeken, 15 de novembro de 1878.

VERGANO, M. *et al.* Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 1-3, 2020.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. **COSEMS/SP**, 13 abr. 2020.

WEBER, M. H. A perversa narrativa presidencial e a comunicação pública. In: SAMPAIO, R.; SARMENTO, R.; CHAGAS, V. (org.). **Comunicação e política no contexto da pandemia: breves reflexões**. Curitiba: Compolítica: Carvalho Comunicação, 2021. v. 1, p. 31-40.

WHO. Organização Mundial da Saúde. Pandemia de doença por coronavírus (COVID-19), 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

WUNENBURGER, J. J.; FOLSCHEID, D. **Metodologia filosófica**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZHANG, T. *et al.* RNA viral detectável do SARS-CoV-2 em fezes de três crianças durante o período de recuperação da pneumonia por COVID-19. **Journal of Medical Virology**, v. 92, n. 7, p. 909-914, 2020. DOI: 10.1002/jmv.25795.