

Análise bioética dos dilemas morais na pandemia do CoViD-19. A realidade no Brasil

Josimário SILVA*

Universidade Federal de Pernambuco

Andressa LIMA

Pós Graduada em Direito Público

ABSTRACT: The Brazilian population is facing a health crisis of alarming proportions currently provoking suffering and the death of several thousand people, in addition to provoking a real chaos in the public healthcare system. The virus outbreak demanded the adoption of restrictions to the population's freedom in order to contrast the spread of the virus and other efforts by the governments to find measures to protect both health and economics. The pandemic also brought up the most relevant ethical and legal issues, which we need to understand in order to define decision-making based on ethics, legislation and human dignity.

1. Introdução

O Brasil está vivendo um estado de calamidade pública de proporções inimagináveis. O Senado brasileiro aprovou o pedido de reconhecimento de calamidade pública, enviado pelo governo federal, diante da pandemia de coronavírus. O decreto entrou em vigor no dia 20 de março, data em que foi publicado no Diário Oficial da União¹. O ato normativo é do Congresso Nacional. O reconhecimento de calamidade pública permite que o Executivo gaste mais do que o previsto e desobedeça às metas fiscais para custear ações de combate à

* Contato: Josimário SILVA | josimario.bioetica@gmail.com

¹ Cfr. Portaria n. 356, do Ministério da Saúde, de 11 de Março de 2020, publicado no Diário Oficial da União, 12/03/2020, 49/1, p. 185.



pandemia. Nesse cenário de gastos generosos para proporcionar plena capacidade de atendimento aos pacientes acometidos pelo CoViD-19, surge uma questão econômica da maior relevância, que é a renda do trabalhador.

O Brasil é um país continental com grandes discrepâncias sociais e o isolamento social fez com que a grande maioria dos trabalhadores perdesse suas rendas, o que vem gerando controvérsias sobre as medidas de restrições sociais. Aliado a todo esse cenário de muitas mortes e início da saturação do sistema público de saúde, está o Chefe do Poder Executivo na contra mão de todas as orientações sanitárias estabelecidas pela a ONU e autoridades sanitárias brasileiras, e, com discursos populistas, vem incitando a população contra as medidas de proteção social e pressionando os governadores dos Estados para que a população volte as atividades laborais.

Situações excepcionais requerem medidas excepcionais. Com o risco extremamente elevado à saúde, o governo tem que decidir, rapidamente, pelo Estado de calamidade pública para conter a disseminação da doença. Diante de um perigo sanitário de proporções imensuráveis, que constitui uma ameaça a toda população, torna-se legítimo a intervenção estatal para a proteção das pessoas. De forma legal, o Estado pode limitar a liberdade individual durante um determinado espaço temporal, além de outras medidas que possam violar direitos básicos, de tal forma que priorize a segurança à saúde, como uma questão de segurança pública e não só de saúde pública.

2. Recursos finitos

A pandemia do coronavírus trouxe um problema bioético persistente no Brasil, mas que, nesse momento, torna-se muito mais relevante, que é a alocação de recursos finitos para demandas crescentes. Esse é um dos temas centrais da bioética que tem no princípio da justiça o principal fundamento. Sem recurso não tem como enfrentar à pandemia do CoViD-19. Essa pandemia que vem desafiando todo o sistema de saúde mundial, o comportamento humano, a economia e as questões trabalhistas.

Por mais implementos que possamos disponibilizar para o atendimento dos pacientes, chegará um momento em que teremos que estabelecer prioridades no atendimento. A

escassez de recursos em saúde é uma realidade a qual convivemos há muito tempo e nos impõe, de forma responsável, a necessidade de decidir de que maneira esses recursos serão distribuídos entre todos aqueles que possam ter uma demanda legítima sobre eles. As decisões de alocação de recursos escassos têm natureza moral, são complexas e não existe solução única.

Historicamente, temos situações que nos remete a essa discussão de hoje. Na década de 60 nos Estados Unidos, o tratamento de hemodiálise desencadeou um debate ético da maior relevância. Inúmeros pacientes que necessitavam da hemodiálise e tinham no Seattle Artificial Kidney um centro, recém inaugurado, que poderia promover esse tratamento. Mas havia um problema: os equipamentos eram insuficientes para atender o número de pacientes. Então se instalou um dilema de ordem moral: quem deve receber o tratamento? Qual o critério que deve ser considerado para identificar quem vai receber o tratamento? Nesse contexto, foram criadas as comissões que iriam estabelecer os critérios de escolha. A essa comissão foi dado o nome de “Comissão Divina”², pois a escolha era entre quem iria viver e que iria morrer. Não havia leitos suficientes para atender a demanda. Quem era escolhido receberia o tratamento e aqueles que não eram escolhidos, não conseguiriam sobreviver. Na época, o critério adotado foi o da utilidade social, aquele que socialmente tinha importância para a comunidade receberia o tratamento. Fato esse que gerou muitas discussões.

Em meio a toda essa crise vivenciada, por questões políticas, no Brasil, houve a troca de Ministros da Saúde e, aquele que hoje está à frente, já defendeu ser possível a adoção do chamado ‘etarismo’ para a alocação de recursos escassos. Mas, vejamos, não seria discriminação com os idosos? Há diversos idosos que possuem uma saúde plena, sem comorbidades, mas se encaixam na faixa etária definida, por um critério escolhido sem grandes estudos e pesquisas, como aquela que não merece, neste momento, fazer uso dos recursos de saúde.

Devemos frisar, ainda, que segundo a Declaração de Direitos Humanos, todos são merecedores de uma vida digna, justa e sem discriminação. Utilizar critérios de escolha é uma decisão justa? Há justiça quando utilizamos um critério para priorizar uns em detrimento

² C.H.D. Silva, F.R. Schramm (2007) “Bioética da obstinação terapêutica no emprego da hemodiálise em pacientes portadoras de câncer do colo do útero invasor, em fase de insuficiência renal crônica agudizada”, *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1): 17-27.



de outros? Não existe na ação humana nenhum valor positivo que não tenha seu valor negativo ou desvalor.

3. Atendendo as prioridades

Na atualidade, os hospitais de emergência do Brasil, adotam a Escala de Manchester como protocolo para elegir quais pacientes devem ter a prioridade no atendimento. De acordo com esse sistema, os pacientes são classificados por cores, conforme a gravidade do caso. A técnica recebeu esse nome porque foi aplicada, pela primeira vez, na cidade de Manchester, na Inglaterra, em 1977. Desde lá, muitos outros países se tornaram adeptos a esse sistema de triagem.

No Brasil, os primeiros atendimentos com base na técnica ocorreram apenas em 2008. A utilização desse do protocolo tem como objetivo permitir que os atendimentos sejam realizados de maneira extremamente eficaz. Isso porque, de acordo com o sistema, os pacientes são separados em níveis de urgência, permitindo que os casos graves tenham absoluta prioridade no atendimento, e os menos graves, não sendo atendidos, encaminhados a outros serviços. Hoje, estamos atendendo os pacientes mais graves como prioridade. São esses pacientes em que o tempo é vital.

Mas há um problema ético da maior relevância, qual seja, aqueles pacientes que consomem mais recursos, nem sempre conseguem ter sua condição de gravidade revertida. Esses pacientes ficarão muito tempo nas UTIs e nas enfermarias, precisando de reabilitação e cuidados de longa duração. Uma vida não tem preço, mas saúde custa caro. Os gastos em saúde têm gerado grandes discussões tanto do ponto de vista econômico quanto ético. Se por um lado a vida humana é digna de receber toda a atenção em saúde, por outro lado, o gasto gerado para o tratamento é muito elevado e isso vai impactar no atendimento de outras vidas.

Qual o valor de uma vida? Haveria como mensurar à vida humana? Com relação aos pacientes que tiveram a prioridade secundarizada, podem ter perdido uma oportunidade real de ser atendido no primeiro momento e evoluir com prognóstico desfavorável e que vai impactar também na qualidade de vida desse doente e no sistema de saúde.

Para explicar o cenário que pode ser vivenciado, podemos invocar a “teoria de uma chance perdida”³. Em 1965, uma decisão da Corte de Cassação Francesa, pela primeira vez se utilizou tal conceituação. Tratava-se de um recurso acerca da responsabilidade de um médico que teria proferido o diagnóstico equivocado, retirando da vítima suas chances de cura da doença que lhe acometia. Seguindo essa nova posição, houve outras decisões proferidas pela referida Corte que aplicaram a mesma teoria. Com isso, esse posicionamento passou a se consolidar perante a Corte de Cassação Francesa⁴.

Dentre as decisões históricas adotando a teoria da perda de uma chance, tem-se o julgamento proferido em 1969, onde foi analisado o caso de um paciente que ao ser operado de apendicite, veio a falecer. O profissional responsável ao diagnosticar o paciente, agendou, imediatamente, uma cirurgia, sem realizar quaisquer exames pré-operatórios, o que, por si só, teria constatado a reação do paciente – causa de sua morte.

O fundamento da indenização não foi o dano sofrido pela vítima – a sua morte – tendo em vista que o nexo causal não restou devidamente demonstrado para tanto. Contudo, existiam provas suficientes nos autos para embasar a causalidade entre a privação de sobrevivência do paciente em virtude da intervenção médica, fato este que, segundo a Corte de Cassação Francesa, é suficiente para indenizar.

Destaca-se, também, o julgamento realizado em 1979⁵, referente ao caso em que uma senhora faleceu ao fim da intervenção cirúrgica nela realizada, em virtude de convulsões ocasionadas pelo uso de anestesia local a base de xilocaína. A responsabilidade do profissional médico residia, neste caso, segundo o Tribunal Francês, no conhecimento de que pode ocorrer convulsões com o uso da anestesia. Assim, o médico responsável pela cirurgia tem o dever de convocar o anestesista para acompanhá-lo durante a operação.

Da mesma forma que o caso anterior, não é possível configurar a causa da morte, por se tratar de uma reação própria do paciente, todavia, existe a possibilidade de responsabilizá-lo pela perda da chance de sobrevivência.

³ P.M. Mariano (2011) *Responsabilidade civil pela perda de uma chance*, Brasília, UniCeub, consultável em <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/430>.

⁴ F.S. Torres, A.S. Pereira (2015) “O dano decorrente da perda de uma chance: questões problemáticas”, *Revista dos Tribunais*, 958: 37-42.

⁵ *Ibidem*.



É fácil constatar, através da análise destes dois julgados supra transcritos, que, em ambos os casos, houve uma conduta culposa do profissional (seja pela não realização de exames pré-operatórios, seja pela ausência do anestesista no local), bem como o dano (morte da vítima). Ocorre que, o nexo causal não restou devidamente demonstrado, tendo em vista que o fato morte poderia ter ocorrido em virtude de condições físicas e psicológicas do próprio paciente. Assim, a Corte de Cassação Francesa responsabiliza simplesmente a perda da chance de sobrevivência, considerando que, se o médico tivesse tomados os cuidados necessários, existiria uma chance de sobrevivência do paciente.

Daí podemos concluir que a teoria da perda de uma chance originou-se exatamente da dificuldade de configuração do nexo causal entre a conduta do agente e o dano sofrido pela vítima, em determinados casos⁶. Entende-se que, a criação desta teoria foi admitida pelo direito francês, em face dos dispositivos legais presentes no Código Civil deste país. Isto porque, ao contrário do Código Civil Brasileiro, no Napoleônico não existe uma enumeração aos interesses protegidos, senão vejamos, o artigo 1.382 do Código Francês prevê que “Qualquer fato da pessoa que causar dano a outrem, obriga este pela culpa em razão do qual ele ocorreu, a reparar”.

Neste ponto, para ser caracterizada a perda de uma chance é preciso que haja um dano atual, ressarcível, quando há uma probabilidade suficiente de benefícios econômicos frustrados por terceiros, na maioria dos casos, tentam enquadrar essa frustração em casos médicos. A reparação não é do dano em si, e sim da perda de oportunidade que se dissipou, seria, neste caso, a continuidade de uma vida biográfica?

A Constituição Brasileira em seu artigo 196 diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁷. Nessa perspectiva, o cidadão deve ter acesso aos meios necessários para ter a proteção a esse direito fundamental, à saúde e à vida.

A falta de teste que identificaria, precocemente, se uma pessoa é portadora do vírus, promoveria meios de prevenção da doença, bem como meio de proteção de outras vidas. Mas

⁶ F. Noronha, (2003) *Direito das obrigações: fundamentos do direito das obrigações, introdução à responsabilidade civil*, São Paulo, Saraiva, p. 668.

⁷ Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

não há testes suficientes, portanto, uma quantidade de pessoas assintomáticas que podem contaminar outras pessoas, não estão sendo identificadas e, em um país onde o isolamento social não está sendo respeitado, torna-se ainda mais grave tal escassez, podendo levar a contaminação a um número elevado de pessoas, desencadeando, com isso, o aumento do número de pessoas que precisarão de atendimento hospitalar.

O Sistema de Saúde do Brasil conhecido como SUS (Sistema Único de Saúde) é o maior sistema de saúde pública do mundo e é regido pelos princípios da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais, além dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Na medida em que a pandemia avança e mais pessoas precisam do sistema de saúde, mais necessário se torna estabelecer critérios claros e universais que possam ser utilizados para atender os pacientes.

Um critério muito usado em saúde pública é o da equidade, aplicando-seo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Há prioridade para os mais necessitados. Esse critério é o mais apropriado quando o sistema de saúde não está pressionado. Os idosos têm prioridade porque é o grupo de maior risco, principalmente se já apresentam doenças outras que aumentam o risco para o CoViD-19.

Como se trata de uma doença de alto poder de contaminação e se espalha muito rápido, não dá tempo suficiente para que o sistema de saúde se organize e consiga atender as demandas. Nessa situação, o resultado é não haver leitos de UTIs suficiente para os que precisam.

A Rede Pública de Saúde do Brasil já está na capacidade máxima de atendimento. Há hospitais que, antes mesmo da pandemia, já estavam sufocados e, aumentando o número de infectados, os hospitais serão cada vez mais sobrecarregados. Esse cenário vai promover um dilema de ordem moral da maior relevância: A triagem de quem vive e quem morre. São as chamadas ‘escolhas de Sofia’ ou teoria do mal menor. Esta expressão invoca a imposição de se tomar uma decisão difícil sob pressão e enorme sacrifício pessoal, como a vista no filme homônimo de 1982 que valeu a Meryl Streep o Oscar de melhor atriz. A trama dirigida por Alan J. Pakula, a partir do romance de William Styron, conta a história de Sofia, uma polonesa que, sob acusação de contrabando, é presa com seus dois filhos pequenos, um



menino e uma menina, no campo de concentração de Auschwitz durante a II Guerra. Um sádico oficial nazista dá a ela a opção de salvar apenas uma das crianças da execução, ou ambas morrerão, obrigando-a à terrível decisão.

Em situações como essa, é extremamente delicado identificar quem deve receber o tratamento e quem não terá acesso. A lógica dessa teoria estabelece que o tratamento deverá ser direcionado, primeiro, para o que reunir melhores condições e com a menor quantidade de recurso, podendo, assim, promover o maior benefício, salvar mais vidas. Se esse critério for o adotado, os recursos devem ser empregados nos pacientes que apresentam maiores possibilidades de superar a doença.

Precisamos pensar e rápido na questão de critérios de escolhas. Os recursos são finitos e as demandas crescentes. O enfrentamento do CoViD-19 passa por uma questão de distribuição de recursos finitos e que deve estar alicerçado em noções de justiça. O princípio da justiça ocupa posição proeminente nas discussões bioéticas principialista. Embora exista grande prevalência da ideia de que o princípio da justiça é essencial para a construção do pensamento ético, não existe consenso a respeito de uma teoria de justiça única ou sobre quais princípios de justiça devem ser considerados no contexto da saúde. A velocidade da difusão do coronavírus exige respostas rápidas apropriadas para uma situação de emergência sanitária.

Já há estudos internacionais no sentido de orientação dos profissionais de saúde para momentos de escolhas, sugerindo um guia sobre cuidados éticos a serem seguidos, criando, até mesmo, centros de triagem mais rigorosos no processo ético e moral, membros que tenham experiência em bioética e em relevância da saúde.

Diante de uma pandemia com grande impacto sanitário, o sistema público de saúde é o primeiro a sofrer tal impacto. É preciso considerar que nenhum sistema de saúde do mundo está preparado para um surto de pacientes com a mesma enfermidade, que necessitam praticamente do mesmo tratamento e equipamento médico, que exige grande número de leitos de UTI e ventiladores mecânicos como acontece com pacientes com CoViD-19. Além disso, é preciso considerar que outras enfermidades não param de ocorrer devido à urgência de uma pandemia. No Brasil, essa situação é ainda mais complicada porque o Sistema Único

de Saúde opera no seu limite, sempre próximo da sua capacidade total e, em algumas unidades de saúde, a capacidade máxima já foi esgotada pela demanda normal.

O sistema suplementar de saúde, isto é, os hospitais privados, atendem uma parcela pequena da sociedade – de 20 a 30% –, sendo acessível apenas para aqueles que têm planos de saúde e altos recursos financeiros. Nos hospitais privados, o atendimento aos pacientes da CoViD-19 vem sendo realizado de forma exemplar. Equipes bem treinadas, equipamentos de proteção individuais suficientes e adequados, leitos de UTIs e respiradores com possibilidade de aumento de capacidade, os fluxos estão todos adequados e o número de óbitos ainda é muito baixo. Isso mostra a importância que têm uma rede de saúde bem organizada.

Mas, no contexto de uma pandemia, o sistema complementar também deve ser acionado pelo o Estado para atender os pacientes que já não conseguem entrar no sistema público. Dessa forma, o desafio ético aqui está relacionado diretamente à questão da justiça na equidade no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos riscos e benefícios na sociedade com um sistema de saúde esgotado pela desproporção entre a necessidade das pessoas infectadas e a distribuição de recursos limitados.

Aqui, vale o adendo ao princípio supremo da dignidade da pessoa humana frente à pandemia do CoViD-19 que nos faz indagar os dilemas vivenciados por toda população, por exemplo, a desigualdade social tão presente no país e mais acentuada pelo isolamento, pela falta de recursos na saúde, os interesses individuais e sociais e a falta de um debate profundo sobre bioética.

Um grande número de pessoas precisando de assistência médica, particularmente, de leito de UTI, com escassez de recursos, cria um dilema ético de como essa assistência pode ser distribuída de forma eficaz e equitativa. Se a questão bioética anterior diz respeito à estrutura do sistema de saúde em ordem a procurar uma reestruturação rápida e organizada, a segunda questão bioética volta-se para a distribuição dos escassos recursos nas unidades de assistência à saúde, tal como um hospital convencional ou um hospital de campanha construído apenas para responder à pandemia. Alocação de recursos de forma eficiente, equitativa e dentro de protocolos clínicos de proporcionalidade entre a necessidade e o uso eficiente de recursos limitados precisa ser cuidadosamente considerada para minimizar os danos e maximizar os ganhos para a saúde da população.



Profissionais da saúde devem ser treinados para proporcionar cuidados clínicos centrados na necessidade dos seus pacientes, com os quais têm uma responsabilidade moral e legal. O contexto de emergência decorrente de uma pandemia obriga que o foco do cuidado passe da centralidade dada ao paciente individual à saúde da população, em vista de promover o bem comum. Mas, é fundamental a sua proteção. Com o número crescente de pacientes, muitos profissionais de saúde começaram a adoecer e o número de óbitos começa a aumentar. Isso vai impactar muito no atendimento, com a diminuição de profissionais, além do sofrimento moral que os profissionais estão vivenciando.

Para diminuir o impacto no front de atendimento, profissionais recém formados e alunos do último ano de medicina estão sendo chamados para ocupar as baixas causadas pelo vírus. É uma atitude arriscada, pois os profissionais recém formados ainda não têm uma capacidade plena de conhecimento e dois cenários surgem, quais sejam, um é o haver mais profissionais doentes e o outro é sub ou super estimar sintomas, podendo ocorrer condutas equivocadas.

A terceira questão bioética se refere ao processo de decisão pelo profissional de saúde diante de várias pessoas doentes e à escassez de recursos terapêuticos. Os profissionais de saúde, especialmente, médicos, são os que lideram o processo de tomada de decisão sobre quais recursos são destinados para cada paciente.

O Brasil é um país em que o paternalismo sempre esteve mais presente, ou seja, o profissional de saúde à frente de tomadas de decisões, mas, diante do cenário atual, a ética e a moral ganham olhares mais assíduos e a discussão sobre os dilemas morais nas práticas da saúde ganham intensidade.

Os médicos são os que decidem, entre vários pacientes em estado grave com CoViD-19, qual vai para o leito de UTI disponível. Essa decisão não é fácil e, considerando a urgência da situação, precisa ser tomada em um curto espaço de tempo. Sendo assim, essa responsabilidade ética necessita ser compartilhada, e a melhor maneira de fazer isso é se preparar, antes que essa situação chegue, pois ela vai chegar, questionando-se até mesmo a aplicação dos princípios da bioética na própria triagem dos pacientes, fato difícil, mas não impossível, pelo aspecto de diversos profissionais ainda não aplicarem estas diretrizes morais e éticas, o que deve ser, imediatamente, alterado.

Por fim, a quarta questão bioética não é um dilema ético como os apresentados anteriormente, mas valores e princípios éticos que fazem parte da conduta profissional e societal. O princípio básico e fundamental é a dignidade do ser humano. Em todos esses níveis da resposta a um surto pandêmico de CoViD-19, a dignidade humana deve ser respeitada e protegida. Contudo, respeito e proteção são realizados dentro dos limites que a própria situação impõe, o que é diferente caso seja comparado com situações normais. Equidade e justiça distributiva são princípios que devem guiar as decisões de caráter organizacional dos serviços de saúde pública e a alocação de recursos, desde equipamento médico até a presença de profissionais⁸.

Ademais, o princípio de proporcionalidade deve ser considerado na distribuição dos recursos terapêuticos. Com base em quadros clínicos de resposta positiva aos recursos utilizados e ao prognóstico do paciente em relação à ação terapêutica, o uso de ventiladores mecânicos e a ocupação do leito de UTI são direcionados proporcionalmente ao quadro clínico e ao prognóstico de resposta positiva do paciente, evitando, assim, desperdício de recursos. Tudo isso, precisa ser realizado com transparência e solidariedade. Portanto, a comunicação com os pacientes e seus familiares deve ser clara e honesta, em espírito de solidariedade.

Diversos dilemas morais como a atenção multidisciplinar, debates sobre fim de vida, cuidados paliativos, uso de tecnologias, autonomia, precisam ser debatidos, urgentemente, não apenas entre os estudiosos e pesquisadores nos temas, mas com toda sociedade, a fim de evoluirmos neste desafio humanitário⁹.

O estudo da bioética nos conduz para a aplicação do mínimo de moral frente às condutas tomadas, com intuito de humanizar a sociedade, de trazer valores para os debates jurídicos, legislativos.

O Brasil está no caminhos de grandes debates, o judiciário ainda precisa ser incitado, mais fervorosamente, a debater aspectos morais na seara da saúde, necessitando de critérios menos políticos e mais humanos para lidar com crises como a vivenciada atualmente, trazendo para sociedade civil maior transparência.

⁸ T.M. Smith (2020) “AMA Code offers guide on COVID-19 crisis standards of care”, AMA Ethics, consultável em <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ama-code-offers-guide-covid-19-crisis-standards-care>.

⁹ C. Brandão, (2006) “Cuidados Paliativos: uma ação humana”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2: 67-72.

4. Diretivas antecipadas de vontade

No cenário atual, mais do que nunca, o Brasil está sendo convocado a falar sobre questões ligadas às diretivas antecipadas de vontade, tão pouco explorada pela sociedade brasileira.

Segundo o professor Adriano Marteleto Godinho (Ano 1, 2012, n. 2)¹⁰, “as diretivas antecipadas facultam ao interessado decidir por si e sobre si mesmo, por meio de documento escrito pelo próprio ou de um procurador especificamente constituído para tais fins”. Com isso, devemos lembrar que, mesmo que, ainda, não haja lei regulamentando as diretivas antecipadas de vontade em nosso país, há aspectos legais que já norteiam esse instituto, a observância ao princípio da dignidade da pessoa humana, o disposto nos artigos 15 do Código Civil e 7º, incisos III e V da Lei nº 8.080/90, e a resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina.

É, também neste sentido, que deve ser ressaltado o trazido pelo Dr. Císio Brandão no sentido de que “cuidados paliativos não são apenas uma opção terapêutica, mas sim um direito de todos que objetivam uma melhor qualidade de vida diante de situações potencialmente ameaçadoras”¹¹.

As pessoas que tenham suas diretivas antecipadas de vontade, seja o testamento vital ou procuração para cuidados de saúde, estará ajudando os profissionais de saúde a aliviarem um peso nas suas tomadas de decisões, considerando, principalmente, o princípio maior da autonomia. Aqui, a presença, nas unidades de saúde, de protocolos mais humanos, mais rigorosos, mais éticos e diretrizes centradas e intercomunicadas, faria com que a situação fosse mais segura do ponto de vista ético e jurídico.

A grande maioria da população ainda desconhece a importância destes documentos, que devem ser utilizados por todos, capazes, não apenas quando estão em momentos de saúde

¹⁰A.M. Godinho, (2012), “Diretivas antecipadas de vontade: testamento vital, mandato duradouro e sua admissibilidade no ordenamento brasileiro”, *RIDB*, 2: 945-978, consultável em https://www.cidp.pt/revistas/ridb/2012/02/2012_02_0945_0978.pdf.

¹¹ S. Rego, M. Palácios (2006) “A finitude humana e a saúde pública”, *Cad. Saúde Pública*, 22(8):1755-1760.

decisivos. Assim, a pessoa conseguirá expressar, de livre e espontânea vontade, suas manifestações para o final de vida, seus valores éticos e morais para que sejam seguidos¹².

Frente à pandemia, em um possível cenário de escassez de recursos, os profissionais de saúde precisarão fazer escolhas para alocarem recursos e, a presença destes documentos, tornará o processo menos doloroso e mais humano, até mesmo, dando ênfase aos próprios profissionais de saúde que também devem manifestar suas vontades.

5. Conclusões

A pandemia do CoViD-19 colocou o Sistema Público de Saúde brasileiro em extrema vulnerabilidade. Mostrou a fragilidade e iniquidade que ao longo do tempo vem ocorrendo por falta de investimento do governo. A implementação da política de saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, foi parcialmente condicionada pelo processo de subfinanciamento crônico do SUS - que pode ser caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros tanto para cumprir plenamente os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade, como para equiparação comparativa a outros países que adotam sistemas públicos de saúde similares ao brasileiro.

A situação de um surto de pessoas com CoViD-19 e o provável esgotamento da capacidade de assistência à saúde geram grandes questões bioéticas, com decisões difíceis de serem tomadas, mas que não podem ser ignoradas. Muitos doentes não receberão a assistência que gostariam ou receberiam em situação normal, mas não há nada que justifique o seu abandono, mesmo em um contexto de pandemia, porque quando o tratamento ideal não é possível, mas o cuidado solidário sempre pode e deve fazer presente.

¹² M. Zarefsky (2020), “Doctors on COVID-19 front lines eye their own advance directives”, *AMA Ethics*, consultável em <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/doctors-covid-19-front-lines-eye-their-own-advance-directives>.

