

Mistanásia e pandemia: um cenário do primeiro quadrimestre de 2020

Mystanasia and pandemia: a scenario of the first quarter of 2020

DOI:10.34119/bjhrv4n3-216

Recebimento dos originais: 08/05/2021

Aceitação para publicação: 08/06/2021

Vinícius Biagioni Rezende

Doutorando em Direito pela ITE/Bauru. Mestre em Direito pelas Faculdades Milton Campos. Professor na Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete (FDCL) e Faculdade Santa Rita – FASAR. Advogado.

Endereço: Rua Lopes Franco, 1001, Blocos C/D, Bairro Carijós, Conselheiro Lafaiete/MG

E-mail: vinicius2958@gmail.com

Eduardo Moraes Lameu Silva

Mestre em Direito pela FUMEC. Professor na Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete (FDCL). Advogado.

Endereço: Rua Doutor Campolina, 338, Bairro São Sebastião, Conselheiro Lafaiete/MG

E-mail: emlameu@gmail.com

Pedro Igor Guimarães Santos Xavier

Médico pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Residência médica em Pediatria pelo Hospital da Baleia. Professor do curso de Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Contagem e PUC Betim

Endereço: ua Rio de Janeiro, 909, apartamento 801. Centro, Belo Horizonte/MG

E-mail: guimaraespedroigor@gmail.com

Pollyanna Maria Alves Machado

Bacharela em Direito pela Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete (FDCL)

Endereço: Rua Dom Oscar de Oliveira, 440, Joaquim Murtinho, Congonhas/MG

E-mail: pollyannalves97@hotmail.com

Maralice Campos Barbosa

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Lavras

Endereço: Rua Misseno de Pádua, 200, Apto 305, Centro, Lavras, MG

E-mail: maralice.barbosa@estudante.ufla.br

Cássia Alves Carrilho de Sá

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Lavras

Endereço: Rua Misseno de Pádua, 200, Apto 202, Centro, Lavras, MG

E-mail: cassia.sa@estudante.ufla.br

Caroline de Souza Mendes

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Lavras

Endereço: Rua Waldir Luiz Maia, 120 Bairro Floresta, Campo Belo-MG

E-mail: csouzamendes@estudante.ufla.br

RESUMO

Considerando a atual situação de pandemia causada pelo Sars-Cov-2, o novo coronavírus, agente da COVID-19, pretende-se apresentar aqui um trabalho interdisciplinar. Serão utilizados fundamentos jurídicos e dados fornecidos pelo setor de saúde para reforçar os argumentos sobre a existência prática da mistanásia no contexto do primeiro quadrimestre de 2020. O trabalho foi estruturado em três capítulos, sendo o primeiro de abordagem jurídica; o segundo de abordagem pela área da saúde – ponto de vista médico e o terceiro de abordagem crítica sobre o tema. Espera-se apresentar aqui um estudo introdutório que servirá de substrato para posteriores discussões.

Palavras-Chave: Mistanásia, COVID-19, Bioética, Dignidade da Pessoa Humana.

ABSTRACT

Considering the current pandemic situation caused by Sars-Cov-2, the new coronavirus, a COVID-19 agent, is intended to present an interdisciplinary work. Legal foundations and data provided by the health sector will be used to reinforce the arguments about the practical existence of mistanásia in the context of the first four-month period of 2020. The work was structured in three chapters, the first with a legal approach; the second approached by the health area - medical point of view and the third approached critically on the topic. It is expected to present here an introductory study that will serve as a substrate for further discussions.

Keywords: Mistanasia, COVID-19, Bioethics, Dignity of Human Person.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema principal abordar brevemente sobre o conceito e a presença da mistanásia no contexto de pandemia da COVID-19 no primeiro quadrimestre de 2020 no Brasil.

Denota-se uma situação de expressiva sobrecarga e de desafios às amplas áreas da saúde (na medicina, do ponto de vista desde o preventivo, passando ao contexto de atenção terciária, quaternária, indo além deles em seus tantos aspectos mediante uma pandemia como esta). Desde a falta de medicamentos (quer seja para o tratamento específico do agente causador – inexistente conforme as evidências científicas atuais - bem como toda uma cascata de demandas do sistema de saúde colapsado), falta de profissionais da saúde em vários centros de atenção em saúde (a ser considerado também o desgaste físico, psíquico e mental dos/das que persistem na linha de frente), bem como, inclusive, dentre tantos outros aspectos evidentes: equipamentos.

O referido trabalho se subdivide em três capítulos.

Primeiramente serão feitos apontamentos sobre o direito à saúde no texto constitucional de 1988 e sobre os princípios bioéticos caros ao tema. Seguindo, serão

apresentados dados sobre a situação fática sobre o cenário da Covid-19 no Brasil considerando o primeiro quadrimestre de 2020. Por fim, será feita uma abordagem crítica sobre a prática da mistanásia no contexto da pandemia.

Essa situação traz o momento da escolha (escolha de Sophia) no qual situações em que haverá aqueles que terão seu acesso garantido em amplos direitos, ou outros que ficarão submetidos a restrições - que passam desde ausência de leitos, ausência de aparato técnico, dentre outros – impactando no prognóstico individual daquela pessoa humana repleta de direitos e necessitando de todo zelo para com eles.

Observar-se-á ainda, ao longo da pandemia, questões quanto aos protocolos e, diante deles, seus métodos de priorização (ou escolha) dos pacientes que serão encaminhados para a UTI (unidade de terapia intensiva) e os que irão ficar aguardando o surgimento de uma nova vaga, visto que, na conjuntura em que o país se encontrava à época, o número de leitos era baixo e insuficiente. Em linhas gerais: qual humano direcionar à terapia intensiva (com todo seu amplo aporte técnico e estrutural, a bem dizer) e qual humano ficará aguardando em outro setor apesar das indicações clínicas para um leito de UTI?

O método de pesquisa aqui utilizado foi o dedutivo através da pesquisa bibliográfica e o levantamento de dados junto a órgãos do Ministério da Saúde com o recorte do período em sendo o primeiro quadrimestre de 2020; pretende-se uma abordagem, na medida do possível, interdisciplinar entre Direito e Saúde/Medicina.

2 TRATAMENTO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

Será abordado aqui sobre as principais disposições previstas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) e sobre os princípios bioéticos aplicáveis ao tema proposto de forma a construir um substrato teórico ao trabalho ora proposto.

3 A SAÚDE NA CRFB/88

De início, impende mencionar que o constituinte brasileiro consagrou a saúde como direito fundamental de caráter social. Essa caracterização importa na necessidade da atuação estatal para sua concretização, conforme se desprende do art. 196: “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.” (BRASIL, 1988)¹

Para concretizar tal direito, atualmente o Estado vale-se, do Sistema Único de Saúde – SUS, que presta assistência à saúde de forma gratuita a todo(a) cidadão(ã) em suas múltiplas inserções e extensões - que atingem diretamente cada um(a) dos/das cidadãos(ãs) que habitam nosso país, mesmo que tantos nem saibam que estão sendo beneficiados em direitos pautados via atuação, execução e legislação do SUS. Pautado pela descentralização, pelo atendimento, universal, equânime, visando o ser humano em sua forma integral e discutido e debatido pela participação da comunidade.

No SUS, sabe-se que o sistema é financiado pela arrecadação da União, direcionado aos Estados e Municípios mediante legislações e execuções específicas e que, sim, demandam – ou geram – (tanta) permanente discussão.

O SUS é amplo, muito bem esquematizado e, em teoria, presta-se, por princípio, a atender toda a população brasileira sem precisar da saúde privada/suplementar – apesar de não descartá-la como parceira em tantos níveis. Contudo, conforme vivencia-se atualmente, o SUS atravessa um imenso desafio que perpassa o sucateamento progressivo (vide EC 95), desde o pouco interesse popular em sua participação cidadã, como ao respeito aos pilares daquilo que vislumbraram pela reforma sanitária brasileira sonhada a partir das proposições postas na Constituição de 1988.

Diante do contexto da pandemia, denota-se um cenário de real colapso, com destaques dados às falhas humanas e estruturais, assim como aos equívocos e ambiguidades nas políticas públicas adotadas em todos os seus níveis. Para partir às problematizações atinentes ao tema, cumpre trazer uma abordagem principiológica acerca da bioética.

4 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

A Bioética surgiu no Brasil em meados da década de 90 como um novo ramo de conhecimento. Em 18 de Fevereiro de 1995 foi criada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Com isso, a Bioética passou a contar como uma forte instituição para o crescimento da ciência, trazendo cursos de pós-graduação sobre o referido tema.

Destacam-se os seguintes princípios da Bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da autonomia comporta o respeito às decisões do paciente e do indivíduo. Sem autonomia não há que se falar em existência digna. Com o avanço da ciência e a criação de novas tecnologias, a medicina já pode manter um ser humano biologicamente vivo, utilizando-se de aparelhos, de tratamentos e de medicamentos que

prologam a vida. Contudo, nem sempre há dignidade para o paciente – havendo a necessidade de fazermos uma pausa e reflexão. Nesse contexto, o código de ética de medicina tem a seguinte posição:

[...] É vedado ao médico:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (Código de ética médica, 2018)².

Ainda sobre a autonomia menciona-se o instituto denominado “testamento vital” ou diretivas antecipadas de vontade, no qual o paciente, no pleno exercício de sua capacidade mental, dá instruções de forma escrita sobre os cuidados médicos que deseja e que não deseja receber, em caso de se tornar incapaz de expressar sua vontade diante de uma doença fora de possibilidades terapêuticas (também denominada doença terminal) (DADALTO, 2013)³.

A beneficência e a não-maleficência podem ser analisados em conjunto, devido à sua aplicabilidade prática no ambiente técnico-científico na abrangência da saúde. O primeiro consubstancia o que a Bioética traz para a sociedade com seu estudo: o bem-estar para a população e, principalmente, para o indivíduo. Para Edison Tetsuzo Namba “beneficência existe para o reconhecimento do valor moral do outro, considerando-se que maximizar o bem do outro supõe diminuir o mal...” (NAMBA, p 12)⁴.

O princípio da não-maleficência é baseado na condição de que o profissional não deve infligir dano deliberado ao paciente, ou seja, deve agir de maneira a causar o menor prejuízo ou agravo à saúde possível. É um princípio consagrado universalmente pelo aforismo hipocrático *primum non nocere*, que pode-se traduzir por “primeiro não prejudicar” e tem o objetivo principal de diminuir os efeitos adversos ou indesejáveis das práticas da saúde, das ações médicas no ser humano, sejam elas diagnósticas ou terapêuticas. Por meio dele, são trazidas medidas de conforto como o alívio da dor no primeiro momento do tratamento.

Outro princípio de visualização prática é o da Justiça. Este princípio estabelece a equidade no tratamento do indivíduo, sendo que a ética e a moralidade devem sempre ser utilizadas com todos os pacientes, respeitando sua dor, seu sofrimento e suas decisões. É buscar a distribuição de bens e direitos de acordo com a sua necessidade e de forma a minimizar as desigualdades.

[...] o conceito de equidade que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades. De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. (JUNQUEIRA, p.8)⁵

Com relação à justiça, observa-se que o(a) profissional médico(a) deve, então, atuar com imparcialidade e evitar que aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos ou outros interfiram na relação que ele estabelecerá com aquela pessoa que trata. Assim, os recursos disponíveis devem ser utilizados com equilíbrio de forma a alcançar, com eficácia máxima plausível, o maior número possível de pessoas assistidas naquele momento.

Apresentada essa base teórica, a seguir, propõe-se apresentar problematizações com relação à COVID-19.

5 DIMENSÃO SOCIOLOGICA E FÁTICA DO COVID-19

A COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019) é uma doença respiratória causada pelo vírus SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), que teve sua origem detectada em Wuhan, na China, em 2019, e sua denominação advém do ano em que foi descoberta. A doença tem provável origem zoonótica e o agente infeccioso, que adquiriu a capacidade de se transmitir entre diferentes espécies até infectar humanos, sendo o morcego do gênero *Rhinolophus* a fonte mais provável detectada na de origem do novo coronavírus (ACOSTA et al., 2020)⁶.

Essa doença pode se apresentar em diferentes evoluções clínicas. No que diz respeito à apresentação clínica, o quadro pode se assemelhar aos sintomas de pneumonia viral com evolução variável, podendo evoluir em formas leves (a grande maioria dos casos em termos de prognóstico diante do coletivo) a grave (a depender de condições cada dia mais claras quanto aos prognósticos individuais), a depender principalmente da idade avançada, presença de comorbidades e grau de debilidade do indivíduo em sua evolução. A maioria dos infectados apresenta-se assintomática ou minimamente sintomática (oligosintomática), sendo que a forma crítica (necessidade de internação em UTI e intubação, inclusive) se apresenta de forma crítica em um número, a bem dizer, cada vez menor mediante os avanços e maiores compreensões no manejo da covid-19 a depender das condições de atendimento prestado e disponível aos assim acometidos.

Como dito acima, os sintomas são benignos na maioria dos casos: queixas comuns de mal-estar, queda do estado geral, coriza, anosmia, ageusia, sintomas respiratórios

variados. Nos quadros de evolução mais crítica, inclui-se um comprometimento respiratório mais evidente, podendo evoluir para necessidade de UTI e intubação (BRASIL, 2020)⁸, com todos os custos - humanos (incluindo emocionais) e econômicos na prestação do atendimento.

A doença se espalhou rapidamente por todo o mundo diante/mediante as dúvidas e demanda de tempo que a ciência necessita (compreensível) para se entender a dinâmica real da progressão da doença, desde pesquisas a fim de se encontrar vacinas eficazes, seguras e em tempo hábil às pesquisas e evidências científicas levantadas e ainda em franca ampliação do melhor tratamento para os doentes... contudo, sabe-se que o único meio eficaz para diminuição da proliferação da doença passa por comprometimento coletivo que envolve o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização frequente das mãos com água e sabão e/ou associado ao álcool em gel a 70% (BRASIL, 2020)⁹.

Devido à dimensão que a doença alcançou começou-se a questionar acerca da mistanásia no contexto da pandemia – o que será abordado a seguir.

6 MISTANÁSIA EM CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

O neologismo “mistanásia” foi cunhado por Márcio Fabri dos Anjos em 1989. O termo provém da junção de duas palavras gregas (*mys* que significa infeliz e *thanatos* que significa morte), portanto, pode se considerar uma morte infeliz. Contudo, a mistanásia é popularmente conhecida como eutanásia social ou morte miserável que advém da omissão do Estado para com suas obrigações e prerrogativas de atuação propiciando a saúde pública plural, abrangente... conceito esse que afeta milhares de pessoas em várias fases de sua vida (desde o pré-natal até a velhice) e não apenas nas fases ditas terminais advindos de alguma enfermidade. Para Maria de Fátima Freire de Sá e Diogo Luna Moureira “A mistanásia, ou eutanásia social, é a morte miserável, fora e antes da hora” (SÁ; MOUREIRA, 2012, p.90)¹⁰. E, a bem dizer, o que seria “a hora”?

Pode-se classificar a mistanásia em três fases distintas: a primeira seria no caso de o doente não conseguir ser chamado de “paciente” e não saber qual enfermidade dilacera seu organismo, ou seja, nos casos em que nunca houve atendimento devido a um sistema burocrático no qual, ainda hoje, o paciente necessita dispende longos períodos de tempo na tentativa de obter atendimento para suas necessidades. A segunda fase seria a que o paciente estaria sujeito a algum erro durante seu tratamento, que pode ocorrer com qualquer profissional da saúde que tenha tido contato com ele e, por negligência,

imperícia ou imprudência, tenha realizado um ato que causou prejuízo ao paciente. Essa situação pode ser consequência, dentre outros motivos, de uma sobrecarga do profissional no serviço em que atua, sem condições dignas de trabalho, em franco sucateamento, bem como casos sem aprimorar seus conhecimentos e até mesmo sem EPIs (equipamentos de proteção individual) que deveriam ser de fornecimento obrigatório aos trabalhadores da saúde – não apenas médicos e médicas, obviamente. A terceira e última fase seria a dos reféns da economia, na qual os pacientes, devido à sua baixa condição socioeconômica, não teriam acesso à propedêutica adequada, aos exames, medicamentos e tratamentos prescritos e de seu direito.

Leonard M. Martins explica e exemplifica essas fases perfeitamente:

Nada tem de boa, suave ou indolor. Dentro da categoria da mistanásia pode-se focalizar três situações: primeiro, a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos políticos, sociais ou econômicos, não chegam a ser pacientes, pois não conseguem ingressar efetivamente no sistema de atendimento médico; segundo, os doentes que conseguem ser pacientes, para, em seguida, se tornar vítimas de erro médico; e, terceiro, os pacientes que acabam, sendo vítimas de má-práticas por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. A mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana. (MARTINS)¹¹

Essa irresponsabilidade gera não somente dores físicas, mas também dores psicológicas, pois o estado deixa o indivíduo à sua própria sorte, muitas vezes, em hospitais lotados, sem atendimento em saúde minimamente digno – inclusive passando por falta de profissionais médicos/as, sem medicamentos ou até mesmo sem condições mínimas de higiene, em filas, em macas, em cadeiras, em pé nos corredores dos pronto-atendimentos esperando serem chamados para a oferta da saúde que o estado se prestaria a dar por obrigações da lei – deixe-se claro. Essa dor, muitas vezes, atormenta mais que a dor física. A indiferença fica explícita e o Estado falha em não garantir o mínimo que a CF/88 traz, ou promete trazer.

As pessoas que têm melhores condições financeiras conseguem ter acesso a uma saúde suplementar; posto isso, pagam adquirindo mais qualidade, mais estruturada, e acesso mais amplo aos medicamentos necessários para começar e prosseguir tratamentos quando necessários, mesmo quando estes têm um elevado valor econômico. Já a população mais carente, em raras vezes, consegue entrar com uma ação judicial contra o Ente Federativo para receber regularmente seus direitos passando por uma propedêutica adequada que obedeça os direitos mediante sua dignidade humana, ou seja, ficam à mercê da sorte sem nenhum recurso em tantos patamares - municípios, estados, por setores quer

sejam de abrangência da atenção primária, secundária e, mais ainda, além. Nesse sentido: “(...) as vítimas da mistanásia são as pessoas que não dispõem de condições financeiras para arcar com os custos advindos dos tratamentos da própria saúde, ficando na dependência da prestação de assistência pública” (PEREIRA)¹²

Há fatores que fazem com que a mistanásia se dissemine pelas terras brasileiras. Pode-se classificá-los entre fatores geográficos, políticos e econômicos

O fator geográfico mostra falhas nos mecanismos de prestar uma saúde decente como a população dispersa que está pelo Brasil, a despeito de tantas dessas populações ditas dispersas estarem inseridas dentro dos grandes polos econômicos. Estas cidades não conseguem atender a todos com a mesma qualidade. Assim, aquelas que têm mais poder aquisitivo têm uma saúde pública melhor estruturada e um atendimento mais abrangente, apesar de nas periféricas a mistanásia ocorra sem ser dado o seu destaque urgente que é.

Já nas regiões norte e nordeste, há uma longa extensão de terras, com uma população carente e com pouco acesso a serviços médicos, equipamentos e medicamentos. Com isso, tantas vezes surge como solução necessário o início da atuação no Brasil de organizações diversas, da esfera internacional, de ajuda humanitária... iniciativas diversas, além de políticas públicas específicas como o Programa “Mais Médicos”, a fim de tentar atender a toda essa população. A escassez de profissionais da saúde, de todos os níveis de formação, pelos rincões do país dá-se como uma realidade incontestável de falha do poder público e entes afins em fornecer saúde de qualidade ao cidadão, bem como condições minimamente adequadas aos prestadores daqueles serviços.

Contudo, a pandemia que assombra todo planeta chegou em terras brasileiras e fez boa parte do Sistema Único de Saúde entrar em colapso em pouco tempo. Com o avanço das evidências científicas para seu combate, esperanças foram aumentando de aquele mal ser resolvido ou atenuado em espaço menor de tempo, todavia, adentra-se em 2021 com franca escalada das estatísticas de todos os medidores alarmantes de controle epidemiológico – e o colapso veio como iminente que era aos olhos de tantos o descaso do Estado, com a COVID-19, fez a mistanásia ficar escancarada para toda a população brasileira. Passa-se pela falta de EPIs, de medicamentos e de equipamentos devido às disparidades entre os entes federativos em oferecer saúde de qualidade pelo SUS. Esta doença amedronta toda população, não só pelo risco do contágio e do adoecimento, mas também pela falta sabida/esperada/reconhecida de infraestrutura de todos os estados brasileiros em relação à saúde adequada em todos os seus níveis.

No recorte que se propôs este trabalho, segue-se a apresentação de dados do primeiro quadrimestre de 2020 quando do início da Pandemia no Brasil.

7 QUANTIDADE DE RESPIRADORES É DESPROPORCIONAL AO NÚMERO DE INFECTADOS

O primeiro caso detectado da COVID-19 no Brasil, ocorreu em 26 de Fevereiro de 2020, no estado de São Paulo.

O Ministério da Saúde confirmou, nesta quarta-feira (26/2), o primeiro caso de novo coronavírus em São Paulo. O homem de 61 anos deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, nesta terça-feira (25/2), com histórico de viagem para Itália, região da Lombardia. O Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estadual e municipal de São Paulo, investigava o caso desde então. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)¹³

Até a data do primeiro caso, o povo brasileiro não dava a devida importância para a referida doença. Contudo, em meados de Março, a situação começou a se agravar e foi preciso declarar estado de calamidade pública em muitos estados, sendo que, em alguns, foi necessário o lockdown, ou seja, o confinamento obrigatório da população, determinado pela autoridade local.

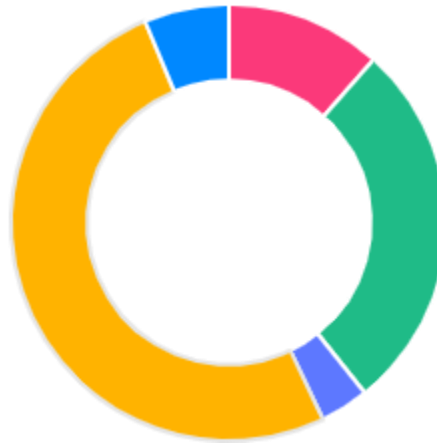
Mesmo declarando o estado de calamidade pública e sendo feito o isolamento social, a doença cresceu em larga escala. Segundo o Ministério da Saúde, foram registrados em 24 de Abril de 2020:

O Ministério da Saúde registrou 52.995 casos de coronavírus no Brasil e 3.670 mortes até as 14h desta sexta-feira (24), segundo informações repassadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Nas últimas 24 horas, foram registrados 3.503 novos casos e 357 novos óbitos. Até agora, do total de casos confirmados, 27.655 pessoas são consideradas recuperadas, correspondendo a 52% dos casos diagnosticados e outras 21.670 permanecem em acompanhamento. (BRASIL, 2020)¹⁴

Essa doença se distribuiu por todos os cantos do Brasil, e, de norte a sul, as pessoas estão sendo infectadas e estão morrendo, sem saber ao certo onde houve tal contágio. Contudo, o sudeste é a região mais afetada e o estado de São Paulo está sendo considerado o epicentro da doença.

Importante salientar que, em razão do andamento desta pesquisa, os dados foram colhidos até a data de 24 de Abril de 2020.

8 CASOS POR REGIÃO



Legenda

Norte	6144	11,6%
Nordeste	14665	27,7%
Centro-Oeste	1928	3,6
Sudeste	26908	50,8%
Sul	3350	6,3%

(Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>, acessado dia 24/04/2020.)

Com esses números avassaladores, ficam as incógnitas: como será que o SUS lidará com essa pandemia? Haverá respiradores suficientes?

Segundo Silvo Pacheco, da agência de saúde, o Brasil está comprando mais respiradores mecânicos e já conta: “Atualmente, o Brasil possui cerca de 65 mil respiradores, sendo que pouco mais de 46 mil estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2020)¹⁵

Há que se levar em consideração que alguns respiradores podem vir com defeitos de fábrica, reduzindo a disponibilidade aos usuários, ou estarem disponíveis somente na rede particular, e, dessa maneira, pessoas com mais poder aquisitivo têm mais acesso aos equipamentos.

No que diz respeito às vagas em leitos de hospital, ao se observar o primeiro quadrimestre de 2020, já havia um certo grau de escassez:

Taxa de ocupação de leitos de UTI

Acre – 80% em Rio Branco em 21/04

Alagoas – 22% em todo o estado em 22/04

Amazonas – 91% em todo o estado em 21/04

Bahia – 54% em todo o estado em 21/04

Ceará – 100% em todo o estado em 20/04

Espírito Santo - 70% em todo o estado em 23/04

Maranhão – 51,9% em todo o estado em 22/04

Mato Grosso – 4,8% dos leitos de UTI da rede pública em todo o estado em 23/04

Mato Grosso do Sul – 64% em todo o estado em 17/04
Minas Gerais – 53% em todo o estado em 23/04
Pará – 84% em todo o estado em 15/04
Paraíba – 25% em todo o estado em 18/04
Paraná – 30% em todo o estado em 23/04
Piauí - 23,3% em todo o estado em 23/04
Pernambuco – 95% em todo estado em 19/04; além disso, 99% dos leitos de UTI da rede pública dedicados aos pacientes infectados pelo novo coronavírus também estão ocupados
Rio de Janeiro – 74% em todo o estado em 19/04
Rio Grande do Norte – 33% em todo o estado em 22/04
Rio Grande do Sul – 54,57% em todo o estado em 22/04
Santa Catarina – 17,6% dos leitos na rede pública em todo o estado em 22/04
São Paulo – 55,3% em todo o estado em 23/04
Sergipe – 6 leitos ocupados em 23/04
Distrito Federal, Goiás, Rondônia, Roraima e Tocantins não divulgaram a taxa de ocupação. (BRASIL, 2020)¹⁶

Isso mostra que o SUS encontrou-se em estado de emergência. Com esses números, é perceptível que o sistema de saúde do Brasil não está preparado para lidar com essa situação e, a qualquer momento, já poderia declarar superlotação (ou colapso do sistema), visto que, muitos dos estados brasileiros, já se encontravam 96% dos leitos de UTIs já ocupados, com pacientes em estado grave da COVID-19, no primeiro quadrimestre de 2020.

No mundo, a COVID-19 está afetando, sobremaneira, pessoas maiores de 60 anos e com algum problema de saúde (diabetes, hipertensão, dentre outros), contudo, no Brasil, essa realidade atinge não só esse grupo de risco, mas também pacientes jovens e sem histórico de doenças.

Com essa superlotação, fica a indagação: quem será escolhido para utilizar o ventilador mecânico, o mais jovem ou o mais idoso? Quem será o sobrevivente dessa guerra pela vida?

9 O MOMENTO DA ESCOLHA/ A ESCOLHA DE SOFIA

A pandemia que acometeu todos os cantos do Brasil e o país não tem (ou não teria) capacidade para lidar com a curva ascendente e exponencial do crescimento dos casos graves. Nos rincões do país, nos plantões quaisquer, surgirão casos de risco a todo instante e haverá a necessidade de acompanhamento mais especializado, por exemplo, nas UTIs.

Como já havia ocorrido, alguns países do continente europeu demonstraram estar com seus hospitais saturados e se depararam com a difícil tomada de decisão sobre qual atendimento será prestado adiante quando há menos vagas em centros de tratamento intensivo, por exemplo, do que pacientes sob demanda de serem admitidos – em linhas

gerais, a agonia que definirá quem receberá o máximo, quem ficará esperando por um leito que, talvez, não surja. Esse tipo de pensamento está com a nomenclatura “A escolha de Sofia” que significa “[...] expressão que invoca a imposição de se tomar uma decisão difícil sob pressão e enorme sacrifício pessoal.” (GZH, 2020)¹⁷

Essa situação está posta em parte da realidade no Brasil, de forma que, médicos plantonistas, devido ao sistema não suportar o grande número de casos, veem-se na necessidade (im)posta da agonia, a escolher quem vai para uma UTI e quem ficará à mercê de menos aporte de mecanismos de apoio, estabilização, tratamento e, quando possível (e tantas vezes seria ou teria sido) cura numa enfermaria, corredor qualquer, UPAs, ETC.

Na pesquisa sugerida, ao se avaliar os dados do início da Pandemia no Brasil, no primeiro quadrimestre de 2020, é notório o colapso e a angústia, a comoção de filas para casos graves que requerem acompanhamento em UTI.

Para que essa escolha seja feita nos “trâmites legais”, as associações médicas elaboraram protocolos ético e moral para auxiliar os profissionais:

O documento diz que deve predominar um consenso de que "o princípio mais sólido é o de priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevida". "A recomendação é de que avaliações baseadas na subjetividade do julgamento clínico individual sejam evitadas, porque são mais sujeitas a vieses e ao uso inconsistente", completa.

OS CRITÉRIOS

1) Salvar mais vidas: Como é feito? Usando o escore Sofa (Sequential Organ Failure Assessment), que avalia uma série de parâmetros de dados vitais. Quanto maior essa pontuação, menor a chance de sobreviver (vai de 1 a 4 pontos).

2) Salvar mais anos de vida: Como é feito? Avaliando a presença de comorbidade grave com probabilidade de sobrevida inferior a um ano (caso isso ocorra, soma-se 3 pontos à conta).

3- Capacidade do paciente

Como é feito? Por meio da escala de performance funcional Ecog (Eastern Cooperative Oncologic Group). Nesse caso, o paciente é avaliado em uma escala que vai de "completamente ativo" até "completamente incapaz de realizar auto-cuidados básicos" (vai de 0 a 4 pontos).

Em caso de empate de pontos, diz o protocolo proposto, deve ser usada a seguinte ordem de escolha:

Menor pontuação do Sofa

Julgamento clínico da equipe de triagem. (MADERO, 2020)¹⁸

Escolher quem será encaminhado para o um respirador mecânico é malevolente com o/a plantonista e toda a equipe. Esta cartilha traz caminhos que devem ser utilizados no momento da escolha, contudo, não prepara este profissional para ver seu paciente morrendo por insuficiência respiratória. há de falar que esta escolha fere parte do juramento de Hipócrates que traz “nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém

darei por comprar, nem remédio mortal” [...]. Neste caso, não seria remédio mortal, mas sim, escolha mortal.

Esta escolha/cartilha fere também a autonomia do indivíduo, que tem poderes sobre sua vida e seu corpo, sendo sempre necessária, para qualquer procedimento, sua autorização. A escolha é feita seguindo regras estipuladas por outras pessoas e não dá àquele paciente a opção, inclusive, de não aceitar o tratamento em benefício de outra pessoa. Esta escolha pode ser considerada altruísta, ou seja, dedica ao outro o dom da vida

10 CONCLUSÃO

Conforme visto, o direito à saúde é garantido pela CRFB/88, porém, muitas vezes, esse direito não tem sido respeitado pelo Estado e a mistanásia vem sendo fato corriqueiro na epidemiologia de diversas doenças em nosso país – mais ainda desde o surgimento da pandemia atual.

A mistanásia torna-se motivo de preocupação quando ela se materializa nas grandes filas para a realização de procedimentos cirúrgicos, de consultas médicas, de exames e obtenção de medicamentos, deixando a população que necessita do sistema único de saúde a mercê na espera da oferta de atendimento digno que por inúmeras falhas, de tantas esferas e níveis, não vem. Nesse momento da pandemia, essa forma de descaso com a saúde pública é observada em tantos pontos que seria complexo elencar, mas saltam nas discussões descaso como na falta de UTIs para pacientes que contraíram a covid-19 e evoluíram de forma grave, tendo sido necessária a criação de um protocolo para escolher quem utilizará os respiradores mecânicos - por exemplo no caso de haver mais demanda e menos oferta dos mesmos.

Tal prática fere diversos princípios bioéticos, como o da beneficência e não maleficiência.

Tudo isso convergindo dificulta ainda mais os prognósticos individuais e coletivos no contexto da pandemia, levando a uma necessidade sem precedentes de ser salientados os pilares dos direitos do(a) cidadão/da cidadã em termos de sua dignidade da pessoa humana, passando, claro, pela sobrevivência do sistema único de saúde em si – construído em uma ampla base de reflexões em termos de reforma sanitária que culminou com as bases da construção do nosso sistema ainda tão dependente de incentivo, ajustes, lutas através da constituição de 1988 e ajustes posteriores.

Infelizmente com o contexto da pandemia pelo COVID-19 percebe-se a necessidade de aprofundar ideias, consensos, diálogos, superando toda a nítida falta de estrutura da máquina estatal, no que diz respeito à saúde - afinal e tal deficiência é sentida na pele, literalmente, pelo(a) cidadão(ã) em tantas vezes de forma irrecuperável/irremediável.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm acesso em: 14 maio 2020.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.805/2006. Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm#:~:text=Art.,ou%20de%20seu%20representante%20lega Acesso em: 9 abr 2020.
3. DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Rev. Bioética y Derecho, Barcelona, n. 28, p. 61-71, maio 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S188658872013000200006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2020.
4. NAMBA, Edison Tetsuzo. Manual de Bioética e Biodireito. Editora Atlas, 2ª edição.
5. JUNQUEIRA, Cilene Rennó. Bioética. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18 Acesso em: 10 abr 2020.
6. ACOSTA, André Luís. et al. Interfaces à transmissão e spillover do coronavírus entre florestas e cidades. Estudos Avançados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 191-208, Aug. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200191&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 nov 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Brasília, 2020.
8. Idem
9. Idem
10. DE SÁ, Maria de Fátima e MOREIRA, Diogo Lina. Autonomia para morrer: Eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade, Editora Del Rey 2012.
11. MARTINS, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm, Acesso em: 22 maio 2020.
12. PEREIRA, Jeferson Botelho. Você sabe o que significa mistanásia? Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6, Acesso em 29 mar 2020.
13. MINISTERIO DA SAÚDE. Brasil confirma primeiro caso da doença. (Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>, acessado dia 16/06/2020.)

14. Idem

15. Idem

16. Idem

17. GZH, O que significa a expressão "a escolha de Sofia", usada pelo secretário Giovani Feltes? Portal Gaúcha ZN. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2015/08/o-que-significa-a-expressao-a-escolha-de-sofia-usada-pelo-secretario-giovani-feltes-4822225.html> Acesso em: 06 maio 2020.

18. MADEIRO, Carlos. Chances, sobrevida e capacidade: como se escolhem pacientes na fila de UTI. (Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/05/chances-sobrevida-e-idade-como-e-a-escolha-de-pacientes-na-fila-de-uti.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 06 maio 2020