

Bioética em tempos de pandemia: algumas considerações

Elias Hanna¹

RESUMO

Estamos vivendo tempos inimagináveis, confrontando com um inimigo invisível, sem muitas armas a mão. A pandemia de Corona vírus, neste momento 28/03, 17:00 horas, atingia mais de 500.000 pessoas no mundo com dezenas de milhares de morte e um grande enfrentamento entre a comunidade científica e a comunidade política – Como proceder? Qual a melhor intervenção possível, uma vez que não temos um tratamento antiviral específico ou vacinas até o presente momento contra o vírus CoVid 19?

Entre as medidas não farmacológicas a serem implementadas existem discussões sobre estratégias públicas/privadas de isolamento, quarentenas, fechamento de escolas, comércio e medidas de distanciamento social com o cancelamento de eventos públicos e restrição ao transporte. Outros aspectos estão relacionados aos atores diretamente envolvidos na pandemia, infectados, jovens ou idosos e trabalhadores de saúde e o papel do Estado no acesso aos serviços de saúde aí separados em países ricos e pobres e papel destas nações no fornecimento de suprimentos necessários ao enfrentamento da pandemia, equipamentos de proteção individual, medicamentos, ventiladores, respiradores, e, claro recursos financeiros mais disponíveis em algumas nações, mais restritas em outras.

ABSTRACT

This article discusses the bioethical implications involved in the coronavis pandemic, SARS-COV2-Covid 19. Among the subjects discussed here, the bioethical aspects involved in social isolation and quarantine stand out, the importance of creating bioethics and palliative care committees for address the ethical implications involved in the treatment of people affected by the virus, the need for informed consent when adopting medications or procedures not yet supported by the scientific community and when we could carry out treatments even without the patient's consent and, finally, inequality with which rich and poor suffer the consequences of the pandemic.

1. **Médico endocrinologista**, conselheiro titular do CREMEGO, professor Assistente em Clínica Médica/Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEvangelica

Vírus Covid 19

O Sars Cov2 pertence a uma ampla família de vírus que pode causar sintomas leves parecidos a uma gripe comum ou casos mais graves com pneumopatia difusa, insuficiência respiratória grave e morte.

De acordo com a última atualização da OMS, até o dia 28 de março de 2020, 571.678 casos foram confirmados por critério laboratorial, sendo a maioria nos Estados Unidos com 85822 (15,01%) casos e 26.495 óbitos, (conforme link atualizado diariamente - https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2).

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo (Kenneth McIntosh, MD. Novel Coronavirus (2019-nCov). UpToDate Jan 2020. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA (vide referencia anterior) e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos (. WHO. Q&A on coronavirus, 2020.). A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento (Rothe C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. N Engl J Med. 2020;. Kupferschmidt K. Study claiming new coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed. Science. February 3, 2020. Em média, o período de incubação é estimado de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias (Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. BMJ disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m800.full.pdf>).

O quadro clínico, típico de uma Síndrome Gripal, pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática (não se sabe a frequência), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória [Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet 2020.]. A maior parte dos casos em que ocorreu óbito foi em pacientes com alguma comorbidade pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer (ref)) e/ou idosos [Wang C et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet 2020.]. A taxa de letalidade está em torno de 3,8% na China, porém o valor varia conforme o país, na Itália, por exemplo a mortalidade se encontra acima dos 10%, enquanto na Alemanha abaixo de 1%. Estudos demonstram que, epidemiologicamente, homens entre 41 e 58 anos representam a grande maioria dos casos de pacientes confirmados, sendo febre e tosse os sintomas mais presentes [Huang C et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020]. As alterações em exames complementares mais comuns são infiltradas bilaterais nos exames de imagem de tórax, linfopenia no hemograma e aumento da proteína C-reativa. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA

Dos questionamentos bioéticos propostos:

Isolamento/quarentena: No Estado de São Paulo, de 12/03/20, retiro trechos da reportagem acerca de um casamento realizado na paradisíaca Itacaré, envolvendo amigos e parentes de uma conhecida influenciadora digital. “Cunhado da noiva e marido da influenciadora Gabriela Pugliesi, Erasmo Viana publicou nesta quarta-feira um vídeo no Instagram confirmando a detecção do vírus em alguns dos convidados. “No casamento da Mazinha no fim de semana tivemos duas pessoas confirmadas. Isso dá uma assustada, porque a gente sabe que não é um negócio tão grave”, disse Viana. A própria Gabriela Pugliesi revelou no Instagram que está com febre de 38,8°C. No primeiro exame a que foi submetida, acabou descartada a infecção por influenza, vírus da gripe. Ela espera agora a resposta final das outras análises médicas. Parte dos convidados buscou assistência médica no Hospital Albert Einstein, em São Paulo. (O convid... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/03/12/casamento-na-bahia-vira-foco-do-coronavirus.htm?>). Ainda mais dramático tivemos relatos de pacientes em cruzeiros “Centenas de pessoas começaram a desembarcar do cruzeiro Diamond Princess em Yokohama, no Japão, nesta quarta-feira (19/02).

O navio foi mantido em isolamento devido ao surto do corona vírus Covid-19 durante mais de duas semanas, com 3,7 mil pessoas a bordo. A quarentena chegou a ser criticada como “fracasso”.

Cerca de 500 passageiros deverão começar a deixar o navio nesta quarta, que foi colocado em isolamento no dia 3 de fevereiro, quando um ex-passageiro foi diagnosticado com o Covid-19 em Hong Kong.

O *Diamond Princess* concentra o maior número de infecções fora da China, com 542 casos confirmados entre os cerca de 3,7 mil passageiros e tripulantes.

O desembarque deverá durar cerca de três dias, enquanto se espera a divulgação de mais resultados de testes com os ocupantes. Os tripulantes deverão iniciar uma nova quarentena quando o último passageiro deixar o navio <https://www.dw.com/pt-br/passageiros-desembarcam-de-cruzeiro-em-quarentena-por-coronav%C3%ADrus-no-jap%C3%A3o/a-52429204>

Já no Antigo Testamento em Levítico 13 encontramos uma referência a quarentena empregada aos portadores de Hansen, onde afirma-se que qualquer pessoa com hanseníase permanece impura contanto que eles tenham a doença e que eles devam viver fora do acampamento longe dos outros, senão vejamos “E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pêlo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote o examinará, e o declarará por imundo. Mas, se a mancha na pele de sua carne for branca, e não parecer mais profunda do que a pele, e o pêlo não se tornou branco, então o sacerdote encerrará o que tem a praga por sete dias; E ao sétimo dia o sacerdote o examinará; e eis que, se a praga, ao seu parecer parou, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o encerrará por outros sete dias; 6 E o sacerdote ao sétimo dia o examinará outra vez; e eis que, se a praga se recolheu, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o declarará por limpo; é uma pústula; e lavará as suas vestes, e será limpo. Mas, se a pústula na pele se estende grandemente, depois que foi mostrado ao sacerdote para a sua purificação, outra vez será mostrado ao sacerdote, e o sacerdote o examinará, e eis que, se a pústula na pele se tem estendido, o sacerdote o declarará por imundo; é lepra”. Levítico 13:3-8. E finaliza em seu versículo 46 “Todos os dias em que a praga houver nele, será imundo; imundo está, habitará só; a sua habitação será fora do arraial”. Levítico 13:46. Em Números 5,2 prescreve se o dever de expulsar do acampamento toda e qualquer pessoa acometida de doenças de pele “Ordena aos filhos de Israel que lancem fora do arraial a todo o leproso, e a todo o que padece fluxo, e a todos os imundos por causa de contato com algum morto”. Números 5:2

Historicamente, (ARCANUM • CID 2002:35 (1 November) • 1071) no entanto quarentena nos remete ao período da peste negra no século XIV, na Europa, quando a partir de meados do séc XIV quando ondas repetidas da praga varreram a Europa. Depois de chegar ao sul da Europa em 1347, a praga se espalhou rapidamente, chegando à Inglaterra, Alemanha, e Rússia em 1350 [Kilwein JH. *Some historical comments on quarantine: part one.* J Clin Pharm Ther 1995; 20:185–7.]. Durante esse período, estima-se que um terço da população da Europa morreu. O impacto profundo da epidemia levou à instituição de medidas extremas de controle de infecções. Entre estas medidas a mais polemica envolvia o isolamento dos portadores da peste daqueles que não possuíam a doença, medidas estas implementadas na Itália e na, hoje Dubrovnik, Croacia, onde os infectados eram levados para fora dos limites das cidades na maioria das vezes morriam sem qualquer assistência. Alguns poucos sobreviviam e podiam voltar para suas cidades. Em Dubrovnik, Jacob de Padua implementou a seguinte lei à época, denominada de trentino, por compreender um período de trinta dias do qual em teses gerais “Os quatro princípios desta lei foram da seguinte forma:

1. que cidadãos ou visitantes de doenças endêmicas áreas não seriam admitidas em Ragusa/ Dubrovnik até que tivessem permanecidos isolado por 1 mês;
2. que nenhuma pessoa de Ragusa seria autorizado a ir para a área de isolamento, sob pena de de permanecer lá por 30 dias;
3. que pessoas não designadas pelo Grande Conselho para cuidar dos que estão em quarentena não é permitido levar alimentos a pessoas isoladas, sob pena de de permanecer com eles por 1 mês; e

4. que quem fez descumprir estes regulamentos seria multado e sujeito a isolamento por 1 mês. Nos próximos 80 anos, leis similares foram introduzidos em Marselha, Veneza, Pisa e Gênova [4, 6].

Além disso, durante esse período, o período de isolamento foi estendido de 30 para 40 dias, alterando o nome trentino para quarantino, um termo derivado da palavra italiana *quaranta*, que significa “quarenta” [Stuard SM. *A state of deference: Ragusa/Dubrovnik in the medieval centuries*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.]. A justificativa precisa para alterar o período de isolamento de 30 dias a 40 dias não é conhecido. Alguns autores sugerem que foi alterado porque o período mais curto foi insuficiente para impedir a propagação da doença. Outros acreditam que a mudança estava relacionada à observância cristã da Quaresma, um período de 40 dias de purificação.

E quanto a eficácia? O que nos diz a Medicina baseada em evidências? Iris Almeida dos Santos e Wanderson Flor do Nascimento em *As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos* (Revista BioEthikos - Centro Universitário São Camilo - 2014;8(2):174-185) fazem a seguinte consideração no que tange ao Redução Absoluta de Risco e seu inverso, o Número Necessário para Tratar “Não foram encontrados estudos que avaliassem tais parâmetros no que tange à medida de quarentena humana. Os estudos mais recentes se limitam a discuti-la como medida aceita ou recusada pela população e a eficácia de determinada medida policialesca em implantar regimes de quarentena, sob vigilância estrita³². Concretamente, ela se traduz em três políticas:

- a) impedir o desembarque em territórios nacionais de pessoas que manifestem sintomas de determinada moléstia;
- b) impedir o desembarque de pessoas que tiveram contato em ambientes confinados (navios, ônibus, aviões) com pessoas que manifestaram determinada moléstia; e
- c) impedimento à livre circulação (prisão domiciliar) de pessoas que manifestem determinados sintomas.

Tais medidas deveriam ser, no mínimo, avaliadas quanto à sua eficácia: quantas pessoas deveriam ser quarentenadas para evitar que uma contraísse a doença? Quantas embarcações deveriam ser evitadas de atracar para evitar que uma pessoa manifestasse a doença no território nacional?

Nos estudos de evidencia elencados pelos autores se destacam estudos com evidência C – estudo de caso, medidas contra a população pobre foram aplicadas durante o surto da Gripe Espanhola em São Paulo. Copiando o modelo francês, a população foi impedida de sair às ruas, morrendo mais de inanição e maus tratos do que pela infecção propriamente dita. Ainda assim, o próprio governador de São Paulo caiu acamado pela gripe, ilustrando crassamente a ineficácia desse tipo de prática. E, por fim, como estudo de evidência B – coorte prospectiva –, em 1910, Roberts (Roberts J. *Quarantine or isolation in diphtheria?* *J Am Public Health Assoc*. 1911 [cited 2013 Oct 30];1(5):353-8. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.1.5.353>. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.1.5.353>) estudou quarentena e isolamento de crianças com difteria. Esse autor concluiu que tais práticas não evitavam o surgimento de novos casos de difteria a cada reinício do período escolar. Mostrou que o isolamento domiciliar se correlacionou a significativa mortalidade e que a medida que mais salvou vidas foi a quarentena sob internação hospitalar. Mesmo atualmente, Barbera, *et. al.* (Barbera J, Macintyre A, Gostin L, Inglesby T, O’Toole T, DeAtley C, Tonat K, Layton M. *Large Scale-Quarantine Following Biological Terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences*. *JAMA*. 2001;286(21):2711-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.21.2711>. afirmam que a quarentena não é uma medida primária em saúde pública. É uma medida drástica e que só é factível de ser implementada sobre pequenos grupos populacionais e sobre um território bem delimitado.

Cécile M. Bensimon, PhD, MA and Ross E.G. Upshur, MD, MA, MSc, FRCPC *Evidence and Effectiveness in Decisionmaking for Quarantine* *Am J Public Health*. 2007 April; 97(Suppl 1): S44–S48 acerca da epidemia de SARS mostrou como a incerteza científica pode permear a tomada de decisão em saúde pública, levando-nos a pensar em como conceituar a relação entre a adequação das evidências da eficácia de uma intervenção e seu papel na justificativa da ação em saúde pública. Na época em que foi determinado que era infeccioso, pouco se sabia sobre a SARS. Foi nesse contexto de evidência inadequada e conhecimento incompleto que as autoridades de saúde pública consideraram apropriado invocar o

princípio da precaução - um princípio que busca implementar medidas preventivas para responder a riscos (reais ou percebidos) diante da incerteza - e virou-se para quarentena como um meio de interromper a propagação da doença. Todas as jurisdições afetadas pela SARS concluíram que “as únicas medidas possíveis contra esse surto foram as medidas de controle seculares usadas em epidemias antes da era dos antibióticos - isolamento, rastreamento e acompanhamento de contatos, quarentena e restrições de viagens. É possível a partir de então conceituar quarentena “a restrição de atividades de pessoas saudáveis que foram expostas a uma doença transmissível, durante seu período de comunicabilidade, para impedir a transmissão durante o período de incubação, caso ocorra infecção”. Em contraste, ele continua: “isolamento é a separação, pelo período de comunicabilidade (Gostin LO. *Direito da Saúde Pública: Poder, Dever, Restrição*. Berkeley, Califórnia: *University of California Press*; Nova York: *Milbank Memorial Fund*, 2000).

R. E. G. Upshur em *Principles for the Justification of Public Health Intervention*, *Can J Public Health*. 2002 Mar; 93(2): 101–103 justifica a intervenção pública de quarentena se obedecidos quatro princípios a saber: o princípio de dano, o princípio de meios menos restritivos, o princípio de reciprocidade e o princípio de transparência, somente a aplicação destes quatro princípios poderia justificar a implementação da medida da quarentena. Há adicionalmente uma outra justificativa para a implementação de medidas restritivas, a estrutura de saúde pública e privada de uma determinada região ou país; para esta corrente a quarentena seria uma estratégia de mitigação dos danos da patologia, aquilo a que chamamos de “achamento da curva”, ou curva epidêmica de propagação, contágio, danos e mortes da epidemia. A curva epidêmica é representada por um gráfico simples, porém útil para as autoridades de saúde. Velha conhecida dos epidemiologistas, pesquisadores que investigam como as doenças atingem diferentes populações, ela mostra o número de casos no tempo e permite conhecer a evolução inicial da doença, algo fundamental para o planejamento de ações de saúde pública. Muitas das novas infecções que se abatem sobre a humanidade se comportam de modo semelhante e produzem uma curva epidêmica com a mesma aparência, quase sempre um gráfico em forma de sino. O gráfico é mais estreito no eixo horizontal e alongado no vertical quando a infecção se dissemina rapidamente. E mais bojudo na horizontal... -

Toda epidemia — seja local, seja disseminada por uma vasta região do planeta, a chamada pandemia — tem um início, um pico e uma fase final, na qual pode seguir dois caminhos: extinguir-se completamente ou manter um número mais ou menos estável de casos (viram endemias). Epidemiologistas e autoridades da saúde mantêm o foco nessa fase de crescimento acelerado porque ela dita o ritmo de avanço da enfermidade e permite projetar quando a epidemia atingirá seu pico e como ele será. Se o crescimento inicial é íngreme demais, o número de casos pode rapidamente ultrapassar a capacidade de atendimento do sistema de saúde, levando-o ao colapso, como aconteceu em fevereiro e março no norte da Itália (<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/03/20/a-importancia-da-curva-epidematica-para-conter-o-avanco-do-coronavirus.html>)

Em outras palavras mesmo mantendo se a inexorabilidade de não se reduzir os casos, a redução do espalhamento dos casos torna o número de infectados mais distribuído ao longo do tempo permitindo que mais pessoas sejam tratadas, conseqüentemente menos pessoas percam a vida.

Isto nos remete a um outro e cruel dilema ético se os hospitais alcançarem o colapso, quem escolher para ser tratado?

A escolha de Sofia – o dilema ético de decidir sobre a vida e a morte

A origem da expressão é uma história de horrores, um acontecimento trágico, ocorrido nos Campos de Concentração do Nazismo, em Auschwitz, numa época em que ocorreram os mais desumanos e cruéis crimes da História da Humanidade.

O escritor americano Willian Clark Styron relatou num romance filosófico a tragédia vivida por Sophie Zawistowska, sob o título original *Sophie's Choise*. O romance foi escrito em 1979.

Sofia, de origem polonesa, declarava-se católica e teria sido capturada e levada ao Campo de Concentração por estar ocultando e transportando, de forma clandestina, alguns quilos de carne que pretendia levar para sua mãe enferma.

A história de Sofia revela um dos mais cruéis sofrimentos a que o ser humano pode ser submetido. Sofia era mãe de dois filhos, um menino e uma menina: Jan e Eva, conduzidos junto com a mãe ao Campo de Concentração, numa viagem que durou trinta horas de trem. Sofia logo percebeu estar vivendo uma situação desesperadora, com a certeza de viver dias difíceis e um futuro incerto. O mais apavorante seria a morte nas câmaras de gás.

Já extenuada pela longa e terrível jornada, Sofia abafava o choro de fome da pequena Eva e de Jan, na época com 10 anos de idade. A tragédia não demorou a acontecer. No mesmo dia da chegada, viu-se confrontada por uma proposta aterradora. Um dos carrascos nazistas colocou Sofia frente a uma escolha trágica: um dos filhos seria levado para ser morto na câmara de gás, sendo que ela deveria escolher qual dos dois seria poupado e qual seria condenado. Caso se negasse a escolher, os dois seriam mortos. Sofia, frente à situação desesperadora, resolveu salvar o menino Jan por considerar que ele teria maiores condições de sobreviver aos horrores que ainda viveria. No desespero viu-se frente a uma cena de crueldade jamais imaginada: a filha Eva foi brutalmente levada ao trágico fim. Essa cena vivida por Sofia, a lembrança do último olhar de sua filha, o desespero do filho, a atormentaram todos os dias de sua vida. Jan foi conduzido ao Campo das Crianças.

Na presente pandemia assistimos relatos também impressionantes de médicos, paramédicos e familiares de vítimas sobre o difícil dilema de proporcionar o tratamento adequado a alguns em detrimento de outros. Na Itália, Espanha e Estados Unidos médicos se depararam com a angústia de escolher quem tratar? Na dúvida entre oferecer o ventilador a vários pacientes quais os critérios a serem utilizados? Profissionais de saúde ou não? Novos ou velhos? Ricos ou pobres? Ser humanista ou utilitarista?

O utilitarismo é filosofia anglo saxônica, ocidental em essência, economicista, um rompimento ao fundamento religioso e tradicionalista. Surgida no século XVIII, apresenta como principais teóricos John Stuart Mill e Jeremy Bentham. Segundo esta teoria toda ação almeja um fim, cuja consequência final seria o prazer e a felicidade. Nesta teoria o empirismo é capaz de, a partir de uma seleção e definição de ações escolher entre o prazer e a dor. Alain Caillé, Diretor do GEODE (Grupo de Estudos e Observação sobre Democracia) da Universidade de Nanterre e editor da Revue du M. A. U. S. S. em *O princípio de razão, o utilitarismo e o antiutilitarismo*, <https://doi.org/10.1590/S0102-69922001000100003>, apresenta duas propostas para se entender o conceito de utilitarismo "A proposta teórica enuncia que a ação humana e social resulta dos cálculos racionais de sujeitos interessados, quer sejam individuais ou coletivos, egoístas ou altruístas (a hipótese dominante é a do egoísmo). A proposta normativa, por sua vez, defende que são justas ou virtuosas as ações, as normas ou as leis que concorrem para maximizar a felicidade dos sujeitos assim definidos e, se possível, de todos esses sujeitos ou, pelo menos, do maior número deles. O pensamento moderno desdobra-se no campo de um confronto entre inteligibilidade utilitarista, a mais natural e a mais espontânea a partir do momento em que rompeu com a religião, e as múltiplas tentativas de refutação. Se o utilitarismo continua a ser dominante, é porque nenhuma dessas tentativas de o refutar ou de o ultrapassar conseguiu cristalizar-se num paradigma alternativo suficientemente claro, explícito, e partilhado pelo conjunto dos pensadores, para se tornar suscetível de produzir um saber cumulativo e uma normalidade partilhada.

Esta teoria de ação racional são obviamente passíveis de críticas, um sujeito racional já teria preferências pré-estabelecidas, diante da decisão, por exemplo de escolhermos um jovem em detrimento de um idoso, já temos pré-estabelecido que pessoas jovens podem ser mais úteis a nação que pessoas idosas, um pensamento puramente econômico, desprezando-se na escolha outros componentes e variáveis. Há no exemplo dado a suposição que a racionalidade depende de fatores puramente idiossincráticos e afetivos, dado que não existem critérios racionais que permitam decidir se é melhor visar um ganho máximo provável (minimax), minimizar as perdas possíveis (maximin), ou outras escolhas. E, se as preferências já não são consideradas como dadas, em nome de que escolher as preferências que seria preferível ter.

A República de Platão, “a maior obra de filosofia política de todos os tempos”, segundo Léo Straus, constitui uma defesa e ilustração das identidades socráticas. Contém todas as variantes possíveis e imagináveis do utilitarismo, incluindo a sua refutação. Com efeito, lá encontramos: uma teoria da medida dos prazeres e dos sofrimentos, aritmética, geométrica ou dialética; uma teoria das relações da harmonização espontânea dos interesses — a que se opera na cidade dos porcos —, e uma teoria da harmonização artificial dos interesses sobre a qual se funda a cidade perfeita, uma refutação do tradicionalismo, do positivismo jurídico e do cinismo, uma revelação da antinomia da razão utilitária normativa, cuja solução suporia a emergência improvável de uma personagem problemática: o legislador-rei-filósofo, único capaz de fundar uma sociedade utilitarista perfeita, mas tanto mais improvável quanto só poderia existir se ele fosse produzido e educado por essa cidade perfeita que ele tem por função fundar e instituir (Caillé, 1990)

Schopenhauer em *A Arte de insultar* assim se expressa em relação ao homem e o conceito de egoísmo “todas as ações dos homens e dos animais surgem, em regra, do egoísmo, e a ele também se atribui sempre a tentativa de explicar uma determinada ação. Nas suas ações baseia-se também, em geral, o cálculo de todos os meios pelos quais procura-se dirigir os seres humanos a um objetivo. Por natureza, o egoísmo é ilimitado: o homem quer conservar a sua existência utilizando qualquer meio ao seu alcance, quer ficar totalmente livre das dores que também incluem a falta e a privação, quer a maior quantidade possível de bem-estar e todo o prazer de que for capaz, e chega até mesmo a tentar desenvolver em si mesmo, quando possível, novas capacidades de deleite. Tudo o que se opõe ao ímpeto do seu egoísmo provoca o seu mau humor, a sua ira e o seu ódio: ele tentará aniquilá-lo como a um inimigo. Quer possivelmente desfrutar de tudo e possuir tudo; mas, como isso é impossível, quer, pelo menos, dominar tudo: “Tudo para mim e nada para os outros” é o seu lema. O egoísmo é gigantesco: ele rege o mundo”.

Saramago em *Diálogos com Saramago* nos ensina sobre a racionalidade irracional “Eu digo muitas vezes que o instinto serve melhor os animais do que a razão a nossa espécie. E o instinto serve melhor os animais porque é conservador, defende a vida. Se um animal come outro, come-o porque tem de comer, porque tem de viver; mas quando assistimos a cenas de lutas terríveis entre animais, o leão que persegue a gazela e que a morde e que a mata e que a devora, parece que o nosso coração sensível dirá «que coisa tão cruel». Não: quem se comporta com crueldade é o homem, não é o animal, aquilo não é crueldade; o animal não tortura, é o homem que tortura. Então o que eu critico é o comportamento do ser humano, um ser dotado de razão, razão disciplinadora, organizadora, mantenedora da vida, que deveria sê-lo e que não o é; o que eu critico é a facilidade com que o ser humano se corrompe, com que se torna maligno.

Aquela ideia que temos da esperança nas crianças, nos meninos e nas meninas pequenas, a ideia de que são seres aparentemente maravilhosos, de olhares puros, relativamente a essa ideia eu digo: pois sim, é tudo muito bonito, são de fato muito simpáticos, são adoráveis, mas deixemos que cresçam para sabermos quem realmente são. E quando crescem, sabemos que infelizmente muitas dessas inocentes crianças vão modificar-se. E por culpa de quê? É a sociedade a única responsável? Há questões de ordem hereditária? O que é que se passa dentro da cabeça das pessoas para serem uma coisa e passarem a ser outra?

Uma sociedade que instituiu, como valores a perseguir, esses que nós sabemos, o lucro, o êxito, o triunfo sobre o outro e todas estas coisas, essa sociedade coloca as pessoas numa situação em que acabam por pensar (se é que o dizem e não se limitam a agir) que todos os meios são bons para se alcançar aquilo que se quer.

Falámos muito ao longo destes últimos anos (e felizmente continuamos a falar) dos direitos humanos; simplesmente deixámos de falar de uma coisa muito simples, que são os deveres humanos, que são sempre deveres em relação aos outros, sobretudo. E é essa indiferença em relação ao outro, essa espécie de desprezo do outro, que eu me pergunto se tem algum sentido numa situação ou no quadro de existência de uma espécie que se diz racional. Isso, de fato, não posso entender, é uma das minhas grandes angústias”.

Entre o utilitário e o humanista em tempos de pandemia, em tempos de escolhas atrozetas uma escolha mitigadora é a formação de Comitês de Bioética e de Cuidados Paliativos. Estes comitês interdisciplinares formados por médicos, outros profissionais de saúde, filósofos, sacerdotes e membros da comunidade auxiliariam na tomada de decisões que visem auxiliar na reflexão de dilemas morais que surgem na atenção individual de pacientes ou conforme preceituado por Eduardo Troster “Os membros do comitê devem ter conhecimento nas seguintes áreas: teoria de ética, conceitos de bioética, sistema de saúde, contexto clínico, conhecimento das políticas relevantes da instituição local, crenças e perspectivas dos pacientes e seus familiares, bem como da equipe de trabalho, código de ética, normas das organizações de certificação e leis na área de saúde.

Virtudes como tolerância, paciência, compaixão, honestidade, coragem, prudência, humildade, integridade são importantes para ter as habilidades necessárias para uma comunicação adequada com interesse, respeito, suporte e empatia.

Os Comitês de Bioética devem ter suporte institucional. Quando há uma consulta por familiares, pacientes, responsáveis ou profissionais da área de saúde, é importante que o Comitê de Bioética tenha competência para encaminhar as condutas. Os administradores devem prover ao Comitê de Bioética uma estrutura para sua capacitação, bem como respeitar sua atuação de forma integral.

A instituição deve garantir aos membros tempo adequado, compensação e recursos para realizar o trabalho de forma apropriada. A atuação deve ter como objetivo atender as incertezas éticas ou resolver os conflitos e não uma ação disciplinar.

Para finalizar o tema recorro a editorial da respeitadíssima revista *New England Journal of Medicine* “A pandemia de Covid-19 levou a uma grave escassez de muitos bens e serviços essenciais, de desinfetantes para as mãos e máscaras N-95 a leitos e ventiladores da UTI. Embora o racionamento não seja inédito, nunca antes o público americano se viu diante da perspectiva de ter que racionar bens e serviços médicos nessa escala.

De todos os cuidados médicos que precisarão ser racionados, o mais problemático será a ventilação mecânica. Vários países, mas não os Estados Unidos, já experimentaram uma falta de ventiladores. Atualmente, os hospitais de cuidados agudos nos Estados Unidos têm cerca de 62.000 ventiladores de funções completas e 98.000 ventiladores básicos, com 8900 adicionais no Gabinete do Secretário Assistente de Estoque Nacional Estratégico. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças estimam que 2,4 a 21 milhões de americanos precisarão de hospitalização durante a pandemia, e a experiência na Itália é que cerca de 10 a 25% dos pacientes hospitalizados precisarão de ventilação, em alguns casos por várias semanas. Com base nessas estimativas, o número dos pacientes que necessitam de ventilação pode variar entre 1,4 e 31 pacientes por ventilador. A necessidade de racionar os ventiladores dependerá do ritmo da pandemia e de quantos pacientes precisam de ventilação ao mesmo tempo, mas muitos analistas alertam que o risco é alto.

Embora a escassez de outros bens e serviços possa levar a mortes, na maioria dos casos, serão os efeitos combinados de uma variedade de escassez que resultarão em piores resultados. A ventilação mecânica é diferente. Quando a respiração dos pacientes se deteriora a ponto de precisar de um ventilador, normalmente há apenas uma janela limitada durante a qual eles podem ser salvos. E quando a máquina é retirada de pacientes totalmente dependentes de ventilador, eles geralmente morrem em questão de minutos. Diferentemente das decisões relacionadas a outras formas de tratamento que sustentam a vida, a decisão sobre iniciar ou encerrar a ventilação mecânica é muitas vezes uma opção de vida ou morte.

Muitos estados desenvolveram estratégias de racionamento durante pandemias. As Diretrizes de Nova York têm como objetivo salvar o maior número de vidas, conforme definido pela probabilidade a curto prazo de o paciente sobreviver ao episódio médico agudo. O racionamento é realizado por um oficial de triagem ou por um comitê de triagem composto por pessoas que não têm responsabilidades clínicas pelos cuidados dos pacientes. A triagem ocorre em três etapas: aplicação de critérios de exclusão, como choque irreversível; avaliação do risco de mortalidade usando o escore de avaliação seqüencial de falhas de órgãos (SOFA), para determinar a prioridade do início da ventilação; e repetir

as avaliações ao longo do tempo, para que os pacientes cuja condição não esteja melhorando sejam removidos do ventilador para torná-lo disponível para outro paciente.

Antecipando a necessidade de alocar ventiladores para os pacientes com maior probabilidade de benefício, os médicos devem participar de forma proativa de discussões com pacientes e familiares sobre pedidos de não intubação para subgrupos de alto risco de pacientes antes que sua saúde se deteriore. Uma vez que os pacientes já foram colocados em ventilação mecânica, as decisões para retirá-la são especialmente difíceis. Menos de 50 anos atrás, os médicos argumentaram que a retirada de um ventilador era um ato de matar, proibido tanto pela lei quanto pela ética. Hoje, a retirada do suporte ventilatório é a causa aproximada de morte mais comum em pacientes em UTI, e a retirada desse suporte a pedido de um paciente ou substituto é considerada uma obrigação ética e legal. A retirada de um ventilador contra a vontade do paciente ou substituto, no entanto, é feita principalmente apenas em estados e hospitais que permitem que os médicos retirem unilateralmente o suporte à vida quando o tratamento é considerado fútil.

As decisões de retirar ventiladores durante uma pandemia, a fim de disponibilizar o recurso a outro paciente, não podem ser justificadas de nenhuma das seguintes maneiras: não estão sendo tomadas a pedido do paciente ou de seu representante, nem se pode afirmar que o tratamento é inútil. Embora as chances de sobrevivência possam ser baixas, na ausência da pandemia, o tratamento continuaria. Embora esse tipo de racionamento possa não ser incomum em países que apresentam tragicamente uma escassez crônica de cuidados essenciais à UTI, é inédito na maioria dos médicos que praticam em países com bons recursos. Relatórios da Itália descrevem os médicos “chorando nos corredores do hospital por causa das escolhas que eles teriam que fazer”.

A angústia que os médicos podem experimentar quando solicitados a retirar ventiladores por motivos não relacionados ao bem-estar de seus pacientes não deve ser subestimada - pode levar a um sofrimento debilitante e incapacitante para alguns clínicos. Uma estratégia para evitar esse trágico resultado é usar um comitê de triagem para proteger os médicos contra esse dano potencial.

Acreditamos que esse comitê deve ser composto por voluntários que sejam clínicos e líderes respeitados” *The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic* Robert D. Truog, M.D., Christine Mitchell, R.N., and George Q. Daley, M.D., Ph.D March 23, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005689.

Pesquisa clínica e desenvolvimento de vacinas e medicamentos em tempo de pandemia

Outro conflito potencial em tempos de pandemia é o desenvolvimento de vacinas e medicamentos. As tentativas de barrar os piores efeitos da pandemia envolvem tanto abordagens inovadoras, ainda sem aprovação para uso comercial, quanto medicamentos que já são usados há décadas contra outras doenças. Em alguns casos, ante a iminência da morte, medicamentos são testados sem o consentimento informado do paciente.

O CFM dispõe através da Recomendação 1/2016 sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Desta recomendação retiro para compreensão do leitor os principais trechos “O consentimento é um processo, e não um ato isolado. Como processo, o consentimento esclarecido incorpora a participação ativa do paciente nas tomadas de decisão, o que é essencial na relação médico-paciente. O consentimento é mais do que um acordo, é um processo contínuo que envolve trocas de informações e um diálogo que permite, igualmente, explorar emoções, crenças e sentimentos, além de dados técnicos 28. O consentimento do paciente deve ser obtido após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada esclarecê-lo, suficientemente, sobre o procedimento médico a que será submetido. Se o paciente tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade.

Como o objetivo é o esclarecimento, é preciso que o profissional valide a informação que está transmitindo ao paciente. A validação permite certificar se ele se fez entender pelo paciente. Para

isso, pode-se pedir para o paciente repetir o que foi dito ou acertado entre os dois. A autonomia não é exclusivamente individualista a ponto de renegar a natureza social dos pacientes e o impacto de suas escolhas e ações individuais sobre seus familiares, sociedade e outros. Também não se deve focar a autonomia excessivamente na razão em prejuízo das emoções, crenças, sentimentos e valores, que são fatores influenciadores tão importantes quanto os fatos nas decisões. E, ainda, não se recomenda uma noção indevidamente legalista da autonomia, destacando os direitos legais e desprezando as práticas sociais de onde se está praticando a medicina ou da cultura do paciente. Relacionamentos sociais opressivos, que impõem vulnerabilidade aos pacientes, podem prejudicar a autonomia para consentir.

O termo de consentimento livre e esclarecido deve, obrigatoriamente, conter:

- a) Justificativa, objetivos e descrição sucinta, clara e objetiva, em linguagem acessível, do procedimento recomendado ao paciente;
- b) Duração e descrição dos possíveis desconfortos no curso do procedimento;
- c) Benefícios esperados, riscos, métodos alternativos e eventuais consequências da não realização do procedimento;
- d) Cuidados que o paciente deve adotar após o procedimento;
- e) Declaração do paciente de que está devidamente informado e esclarecido acerca do procedimento, com sua assinatura;
- f) Declaração de que o paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado;
- g) Declaração do médico de que explicou, de forma clara, todo o procedimento;
- h) Nome completo do paciente e do médico, assim como, quando couber, de membros de sua equipe, seu endereço e contato telefônico, para que possa ser facilmente localizado pelo paciente;
- i) Assinatura ou identificação por impressão datiloscópica do paciente ou de seu representante legal e assinatura do médico;
- j) Duas vias, ficando uma com o paciente e outra arquivada no prontuário médico.

Em situações de emergência, nas quais não seja possível obter o consentimento do paciente ou de seu representante, o médico atuará em favor da vida do paciente, amparado no princípio da beneficência, entre outros. Nesse momento, ao avaliar o que é melhor para o paciente (privilégio terapêutico), o médico adotará o procedimento mais adequado e cientificamente reconhecido para alcançar a beneficência. No entanto, o médico sempre deverá considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente, se existentes e disponíveis, conforme determina a Resolução CFM nº 1.995/1235.

Em saúde pública, podem ocorrer situações de risco em que pacientes portadores de enfermidades transmissíveis, potencialmente causadoras de riscos graves para terceiros, sobretudo a menores, negligenciam o tratamento ou negam seu consentimento para a adoção dos cuidados necessários. Nessas situações, não havendo possibilidade de separar o indivíduo do grupo em risco de contato com a doença, justifica-se o tratamento compulsório, que somente pode ocorrer depois de esgotadas todas as possibilidades de convencimento. Em casos excepcionais, após conferência com outros médicos e visando à saúde do paciente e à preservação do bem comum, o consentimento do paciente pode ser dispensado. Tal fato, no entanto, deverá estar suficientemente descrito e justificado pelo médico no prontuário do paciente e, conforme o caso, ser comunicado à autoridade competente”.

Consequências da pandemia em relação as classes sociais

Com todo o exposto ainda precisamos exercer a futurologia para prever as consequências econômicas que a pandemia trará. Em primeiro lugar o conceito de globalização da economia sofre um grande revés, esta pandemia tende a distanciar ainda mais as economias de países ricos da economia de países mais pobres e mesmo dentro de cada região a possibilidade de aprofundar-se ainda mais o fosso entre ricos e pobres.

A transmissão do Covid-19 já está presente em todos os continentes, a depressão econômica também afetará os países por todo o globo. Os países mais vulneráveis serão mais afetados, enquanto os grandes do ponto de vista econômico podem sair fortalecidos.

A China, primeiro país a detectar o vírus e o primeiro a aparentemente controlá-lo pode emergir desta crise como a grande potência da próxima década. Quando da primeira pandemia do século a China respondia por cerca de 3% das transações comerciais globais, vinte anos após responde por quase 1/5 destas transações e poderemos ao final da presente década ver a China com 1/4 do comércio global. Juntos China e Estados Unidos responderiam pela metade das transações comerciais do mundo e isto efetivamente faria com que a desigualdade social fosse efetivamente maior.

Com a paralisação das atividades lucrativas, conforme análise do economista Sandro Campos em Valor Econômico 25/03/2020, os países já anunciam grandes quedas de PIB ao redor do mundo. Com empresas paradas e os trabalhadores em casa, os bancos centrais ao redor do mundo estão sendo obrigados a injetar altas quantias na economia.

Os incentivos serão necessários para salvar empresas da falência e os trabalhadores do desemprego, porém os países mais pobres não têm os recursos necessários, em grande parte já encontram dificuldades com o pagamento da dívida externa.

As maiores economias como EUA, China e Alemanha, já anunciaram incentivos financeiros na casa de trilhões de dólares para manter a atividade produtiva. Enquanto isso, os países com menos recursos enfrentarão dificuldades até para garantir tratamento médico para a população afetada pelo novo coronavírus.

Seguindo o exemplo chinês, os países mais ricos, já conseguiu decretar medidas mais abruptas para conter a epidemia. Assim, o número de casos nesses países deve atingir um pico e depois se normalizar.

Todos os países têm adotado medidas de isolamento social e paralisação das atividades não essenciais. A estratégia têm se mostrado eficiente contra a pandemia, mas tem grandes custos financeiros que, por óbvio, são escassos nos países mais pobres.

Finalizo com uma exortação a Sartre “quando os ricos fazem a guerra são sempre os pobres que morrem”.

Conclusão

Por todo o exposto, estamos, sim, aprendendo sobre as implicações éticas envolvidas em um episódio de extrema magnitude e complexidade com desafios que se apresentam a cada dia. Tal como ensina Maquiavel este artigo não tem a pretensão de estabelecer regras de conduta quanto ao tema, afinal os que dele tomarem conhecimento também poderão acrescentar ensinamentos, pois em uma guerra como esta, inimaginável até pouco tempo atrás, quem for mais vigilante e informado, menos perigos correrá.

Finalizo com um texto de Virginia Wolff acerca da doença” Considerando como a doença é comum, como é tremenda a mudança espiritual que traz, como é espantoso quando as luzes da saúde se apagam, as regiões por descobrir que se revelam, que extensões desoladas e desertos da alma uma ligeira gripe nos faz ver, que precipícios e relevos pontilhados de flores brilhantes uma pequena subida de temperatura expõe, que antigos e rijos carvalhos são desenraizados em nós pela

ação da doença, como nos afundamos no poço da morte e sentimos as águas da aniquilação fechar-se acima da cabeça e acordamos julgando estar na presença de anjos e harpas quando tiramos um dente, vimos à superfície na cadeira do dentista e confundimos o seu «bocheche... bocheche» com saudação da divindade debruçada no chão do céu para nos dar as boas-vindas - quando pensamos nisto, como tantas vezes somos forçados a pensar, torna-se realmente estranho que a doença não tenha arranjado um lugar, juntamente com o amor, as batalhas e o ciúme, por entre os principais temas da literatura.

Recebido em: 06/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020
