

MARILIA DUARTE VIEIRA

**A ESCOLHA DE SOFIA E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL:
LIMITES ENTRE O DIREITO À VIDA E A VIDA DE DIREITOS.**

**UBERABA/MG
2021**

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
MARILIA DUARTE VIEIRA**

**A ESCOLHA DE SOFIA E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL:
LIMITES ENTRE O DIREITO À VIDA E A VIDA DE DIREITOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade de Uberaba, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharela em Direito.

Orientador: Dr. Savio Gonçalves dos Santos

**UBERABA/MG
2021**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
CAPÍTULO 1 - A COVID-19 E O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	6
CAPÍTULO 2 - DECISÕES MÉDICAS.....	8
CAPÍTULO 3 – O QUE DIZ A LEGISLAÇÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO A - CARTILHA DE ATENDIMENTO COVID-19 CREMEPE	25
ANEXO B - ANÁLISE DA ESCOLHA DE SOFIA QUANTO AO CP	26

INTRODUÇÃO

Diante a atual situação mundial que vem sofrendo impactos com as consequências do Covid-19, A pesquisa que se propõe pertencente à vertente metodológica jurídico sobre a decisão da Escolha de Sofia e os limites existentes entre o direito à vida e as limitações da Carta Magna. O atual trabalho tem a pretensão de abordar as questões jurídicas, éticas e de dignidade humana no atual cenário em que nos encontramos de pandemia instaurada pelo vírus Sars-Cov-2. No Brasil, alguns setores foram desestruturados de forma contínua ao longo dos anos, especialmente a área da saúde e em uma situação de crise sanitária, os hospitais são os centros de tratamentos de pessoas contaminadas. Conforme Seixas et al. (2020), a epidemia tem pressionado os sistemas de saúde de todos os países atingidos, tanto públicos quanto privados, mostrando sistemas de saúde à beira do colapso, demonstrando insuficiência de leitos e equipamentos hospitalares, assim como de profissionais de saúde capacitados para atender todas as pessoas.

O novo coronavírus teve início na cidade chinesa de Wuhan, com sua origem desconhecida, e se espalhou pelo mundo desde então. Segundo Albuquerque (2020),

A doença pode ter quadros assintomáticos ou infecções respiratórias graves. Enquanto quase 80% dos casos não têm sintomas, cerca de 20% das pessoas infectadas apresentam dificuldade de respirar e 5% podem precisar de suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória.

Algumas regiões foram mais atingidas que as outras e, conseqüentemente, os leitos nos hospitais ficaram lotados, iniciando-se a discussão sobre a possibilidade dos profissionais da área da saúde precisarem fazer a Escolha de Sofia.

A expressão “Escolha de Sofia” é utilizada para referenciar as escolhas difíceis em referência ao livro *Sophie’s Choice* (Escolha de Sofia) escrito pelo norte americano William Styron, onde se baseou o filme dirigido pelo roteirista Alan J. Pakula, lançado em 1982 nos Estados Unidos. O drama se passa durante a Segunda Guerra Mundial, e relata a história e as paixões da jovem Sofia Zawistowski (Meryl Streep, Oscar de melhor atriz), uma polonesa, filha de um antisemita que, acusada de contrabando, é presa com seus dois filhos pequenos e levada ao campo de concentração de Auschwitz, sendo obrigada por um comandante nazista a escolher salvar apenas um dos filhos da execução; ou os dois morreriam, obrigando-a à terrível decisão. A nomeação do romance se tornou um clássico exemplo que vem sendo utilizado na área da saúde, devido ao caos provocado pela pandemia, onde o cenário traz que os médicos têm que

decidir quem vive e quem morre. Entretanto, como saber, após realizada a escolha de qual vida seria salva, se foi o correto a ser feito? Como dizer que pode ser correto o maior dos direitos de personalidade, à vida, estar tão dispensável?

Se o bem mais precioso que temos é a vida, como justificar a sua disponibilidade? Esta situação se chama Medicina de Catástrofe, onde na Espanha, a Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva já foi estabelecida. A fundamentação utilizada para justificar essa tal escolha entre duas vidas que precisam de atendimento médico, seria que o direito individual possa ser aplacado em favor da coletividade.

Tem-se como escopo principal neste trabalho, analisar se os agentes de saúde podem realizar a Escolha de Sofia e se está dentro da legalidade normativa, observando a colisão com o princípio da dignidade humana. E os objetivos específicos seriam analisar as mudanças na legislação ou nas normas de medicina em caráter urgente e verificar se os trâmites foram seguidos e analisados conforme pede a lei, e analisar se a Escolha de Sofia é recepcionada pela Carta Magna.

CAPÍTULO 1 - A COVID-19 E O COLAPSO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Há indícios que o Covid-19 chegou ao Brasil ao final de novembro de 2019, segundo o secretário de Saúde do Espírito Santo, que juntamente com outros autores publicou um Artigo na revista científica *Plos One* (MEDINA, 2021). O estudo analisou 7.370 amostras de pacientes com suspeita de dengue e chikungunya, mas sem história prévia de diagnóstico da Covid-19, de 1º de dezembro de 2019 a 30 de junho de 2020 e foram detectados 210 casos de pessoas com anticorpos contra o novo coronavírus, representando 2,85% da amostra. A pesquisa destaca que, dentre os 210 pacientes com resultados de exames positivos para o coronavírus, 131 testaram negativo para dengue ou chikungunya, o que mostra que o SARS-CoV-2 não foi sequer considerado durante a estratégia de diagnóstico.

O grau de avanço dos casos de contaminação pelo novo coronavírus motivou a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020. No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em 3 de fevereiro de 2020.

Com o avanço da pandemia no Brasil, foi necessário criar decretos para balizar algumas ações públicas, tais como a Lei nº 13.979, em 6 de fevereiro de 2020, regulamentada pelos Decretos Federais nº 10.282/2020 (Revogado pelos Decretos nsº 10.292, 10.329, 10.342, 10.344, de 2020) e 10.288/2020, com vigência restrita ao período de decretação de estado de emergência de saúde pública de importância internacional pela OMS. A Lei nº 13.979 prevê uma série de medidas de atuação para as autoridades de vigilância da saúde, tais como medidas de isolamento, quarentena, requisição de exames, testes e vacinação compulsória, requisição de bens e serviços, entre outros. A Lei nº 13.979/2020 é, ainda, regulamentada pela Portaria MS nº 356, de 11 de março de 2020, entre outras Portarias que servem de instrução para aplicação da Lei. Como a saúde pública é de competência de todos os entes federativos, além das leis, decretos e portarias de âmbito nacional (Federal), os Estados e Municípios também elaboram suas normas para tratar da matéria.

Conforme Seixas et al. (2020), a epidemia tem pressionado os sistemas de saúde de todos os países atingidos, tanto públicos quanto privados, mostrando sistemas de saúde à beira do colapso, demonstrando insuficiência de leitos e equipamentos hospitalares, assim como de profissionais de saúde capacitados para atender todas as pessoas. Ainda segundo Seixas et al. (2020), as elevadas taxas de transmissão da doença, aliada à gravidade de uma expressiva parcela dos casos, com demanda de hospitalização para cerca de 19% dos sintomáticos, sendo

que 1/4 deles necessitava de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uso de ventilação mecânica, além de um tempo prolongado de ocupação de leitos hospitalares, pressiona ainda mais por insumos e estrutura hospitalar, principalmente a rede hospitalar pública já sucateada, resultando em uma elevação do número de mortes que poderiam ser evitáveis.

Conforme Siqueira-Batista et al. (2020), como o vírus é novo e o corpo humano não tem imunidade para se defender, acaba que há piora para quadros mais graves, produzindo uma significativa pressão em cima dos sistemas de saúde no mundo todo. A situação torna-se ainda mais complexa, olhando para o cenário brasileiro em que o Sistema Único de Saúde (SUS) já apresenta diversas deficiências, já em tempos não-pandêmicos. Esses problemas são de recursos humanos, físicos e tecnológicos, oriundo do subfinanciamento e agrava para que o sistema trabalhe praticamente no limite.

Satomi et al. (2020) atentam que as pandemias virais, como a atual vivenciada, são capazes de gerar ameaças ao equilíbrio e funcionamento dos sistemas de saúde devido a imposição de demandas extraordinárias dos insumos, tecnologias e recursos humanos disponíveis. Além disso, defendem que a alocação de recursos deve considerar “critérios técnicos e científicos sólidos, princípios éticos rigorosos e considerações legais” (SATOMI, et al., 2020).

Apesar do romance “A Escolha de Sofia” ter sido publicado em 1979, o tema que se discute no romance relacionado à escolha dos médicos entre os pacientes, têm ganhado espaço e discussões afoitas sobre tal decisão. Este assunto tem sido levantado, e existe em nosso dia a dia, interferindo diretamente em nossas vidas. Assim, faz-se de grande importância a discussão debatida que gira em torno do assunto; sobre como regular os requisitos da escolha pelos médicos porque isso acontecerá de uma forma subjetiva, como escolher uma vida em vez de outra, priorizando uma pessoa.

CAPÍTULO 2 - DECISÕES MÉDICAS

Os médicos, e todos os profissionais de saúde que decidem sobre as internações ou recebem pacientes diagnosticados com Covid-19, estão extremamente exaustos com a duração da pandemia e com o tipo de decisões que precisam tomar todos os dias, diante dos recursos escassos nos hospitais, como oxigênio, leitos de enfermagem e de UTI, respiradores, entre outros. Além disso, eles correm risco de tomar uma decisão que pode vir a deflagrar eventual imputação de responsabilidade penal que será analisada posteriormente. Segundo Melo e Torres (2020, p. 60), não há atualmente “regulamentação para salvaguardar a conduta do médico no tratamento de doentes graves, quando, havendo insuficiência de leitos, o profissional tem de escolher quem, dentre os infectados, deve ser tratado de forma intensiva”. De todo modo, adiante-se que existe dever jurídico do médico tratar os pacientes que estão efetiva e diretamente sob os seus cuidados.

Em primeiro lugar, devemos considerar quão delicada é a discussão do tema abordado no tópico de trabalho. Como Ribeiro (2020) coloca, quem teria a responsabilidade para impor o andamento das diretrizes da Escolha de Sofia? Ribeiro também salienta outra problemática, ele nos traz os que seriam os requisitos:

Em linhas gerais, seriam os seguintes critérios técnicos que norteariam a tomada de decisão, sugeridos para todos os médicos brasileiros na hipótese de disputa por leito de UTI, de acordo com a recomendação da Amib e da Abramede: 1) priorizar os pacientes com melhores chances de benefício com o tratamento em leito de UTI; 2) aqueles que tiverem maiores expectativas de sobrevivência de acordo com critérios objetivos; e 3) equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos de vida. (RIBEIRO, 2020)

Mas, esses requisitos se aplicam a todos? Se uma entidade pública tiver alguma assistência de que necessite, ela pode ter prioridade? Quem será o juiz dessas escolhas? Como Streck coloca:

Certo. Mas um jurista não está em condições de fazer este tipo de escolha fundamental (entre o utilitarismo e a dignidade, por exemplo). Para ser bem claro sobre esse ponto: já há um sistema (de regras, princípios etc.) que lhe antecede e que lhe coloca em condições de dizer algo. Ninguém quer saber se o juiz do caso é pragmático, consequencialista, ou se ele age com base em princípios morais (quais? de quem?). Melhor dito: o Direito democrático não pode depender disso. (STRECK, 2020)

Streck (2020) coloca que não estamos realizando apenas escolhas, que estamos decidindo vidas. Trazendo à tona a discussão se seria uma decisão médica ou jurídica, Streck também aponta que a única discussão que necessitamos ter, seria se há a existência de um direito ou não. Esta seria a única discussão moral a se fazer. Se a resposta for sim, o juiz tem a responsabilidade política de desenvolvê-la e não seria dependente de uma escolha. Conforme Pinto, Souza e Godoy (2020), como medida mitigadora, foram desenvolvidos procedimentos clínicos para auxiliar médicos e administradores hospitalares no processo de tomada de decisão, complementados por padrões de custo-efetividade (visto que os recursos na pandemia se tornaram finitos e caros) com valor ético, mas sem eliminar a autonomia dos médicos. A situação de cada paciente é particular, levando em consideração outras informações e evidências observadas, eles podem decidir seguir diferentes ações fora do plano do protocolo.

Os protocolos trazem segurança aos médicos, que tomam decisões com base em padrões objetivos e são verificados por meio de um processo de tomada de decisão baseado em leis éticas e princípios técnico-científicos. De acordo com Pinto et al. (2020), as decisões sobre a alocação de recursos podem ser baseadas na seleção de um comitê de bioética técnico, composto por médicos, pesquisadores e gestores do campo da saúde e áreas fins, com integrantes advindos da sociedade civil; medida que confere legitimação democrática às escolhas formuladas.

Conforme Leite (2020), para as resoluções de como aplicar os recursos da melhor forma possível, a melhor maneira seria criar um Gabinete de Crise com autoridades políticas, do sistema de Justiça, sanitárias e de diversas esferas da federação, para que a decisão seja feita gestores de diversas áreas correlacionadas à política, gestão e saúde.

O controle da política pública deve se dar no âmbito desses conselhos, com a avaliação se as decisões tomadas tiveram parâmetros justos e científicos. Uma vez tomada a decisão por aqueles que foram legitimamente eleitos para definir as políticas públicas (no caso dos gestores) e por aqueles que estão tecnicamente capacitados para tanto (no caso das autoridades sanitárias e profissionais da saúde), o melhor a fazer é confiar e fiscalizar a execução da política pública definida, que foi pensada de forma estratégica — ainda que considerando as consequências da pandemia em cada região (LEITE, 2020).

Não há apenas um protocolo criado; são diversos protocolos que, em sua maioria, já são e foram utilizados como base nesse caso extremo. Algumas associações e conselhos fizeram suas recomendações combinando protocolos e dando importância de acompanhamento desde a triagem inicial do paciente, não só quando ele se encontra dentro dos hospitais e unidades de atendimento. Os protocolos visam dar um caráter ético-jurídico e bioético ao procedimento dos

profissionais de saúde. O primeiro fundamento ético-jurídicos seriam as normas e os valores constitucionais, em que a essência é a dignidade da pessoa humana, que impõe o dever de, mesmo diante da escassez de leitos, ventiladores e outros insumos necessários ao tratamento da Covid-19, oferecer outros cuidados compadecidos que garantam a morte digna, bem como de não estabelecer critérios discriminatórios com base em origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de preconceito ou discriminação.

Diante da situação de esgotamento das vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e até mesmo vagas de enfermagem, em diversos locais do Brasil, a Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e alguns comitês médicos regionais (CRM) desenvolveram acordos e protocolos de alocação de recursos para a pandemia Covid-19, visando auxiliar os médicos acerca principalmente da possibilidade que aquele paciente tem de sobreviver em relação a outros pacientes, visto que não há recursos para todos.

Os protocolos já eram seguidos desde o processo de triagem do paciente, pois através da triagem já era conhecido o histórico de comorbidades do paciente e mais detalhes de sua vida. De acordo com Kretzer et al. (2020, p.7, *apud* PINTO, et al., 2020, p. 62), na comunidade científica se tem a aquiescência de que dentre os inúmeros princípios bioéticos que se tem a possibilidade de serem empregados em cenários de pandemia, o da priorização de pacientes com maiores expectativas de sobrevivência é o mais adequado. O mais adequado seria alinhar sistemáticas que conciliem:

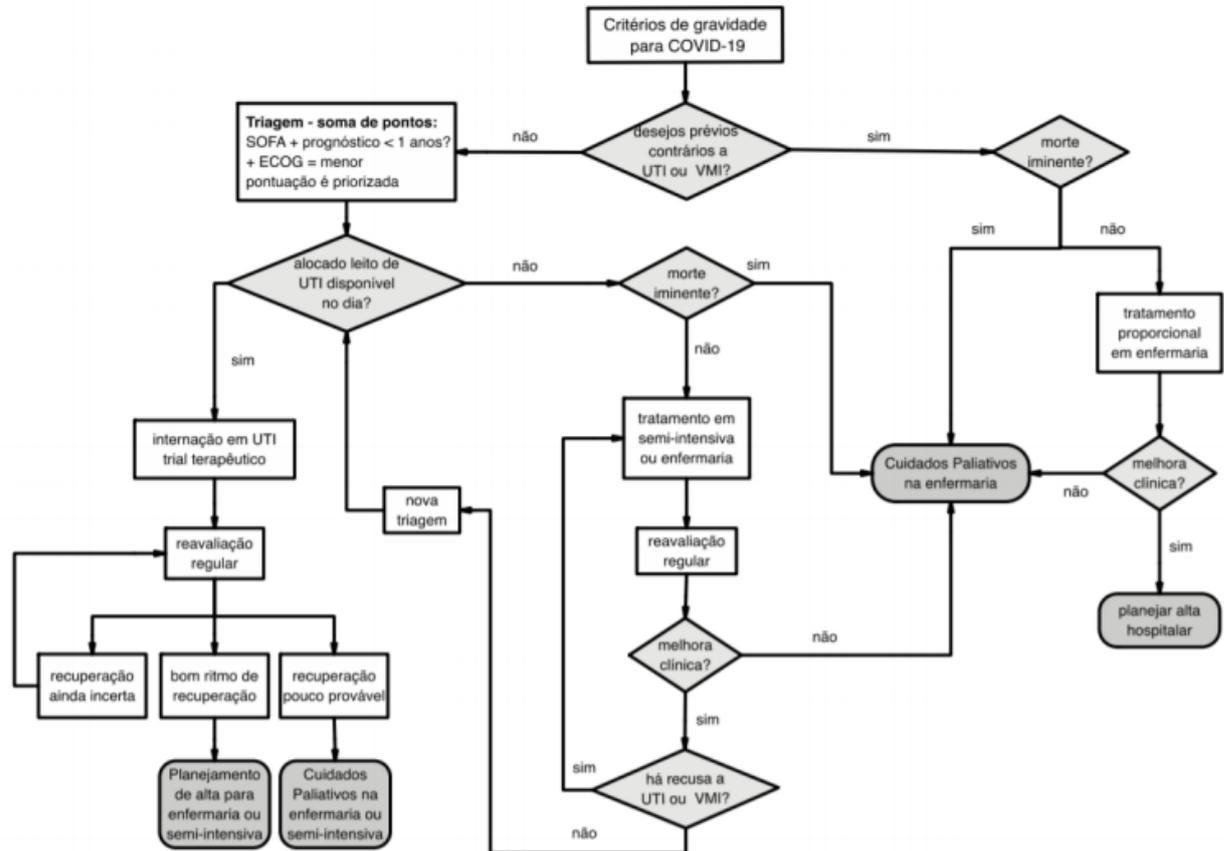
Metodologias objetivas, tais como os scores de gravidade - a exemplo do Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) - dentre outras medidas que restrinjam os subjetivismos e as decisões discriminatórias. O método SOFA (avaliação sequencial de falência de órgãos) foi desenvolvido em 1994 pela Sociedade Europeia de Terapia Intensiva e consiste numa contagem que vai de zero a quatro pontos de acordo com o grau de disfunção de seis sistemas orgânicos: cardiovascular, respiratório, hepático, hematológico, neurológico e renal. (PINTO et al, 2020, p. 62)

Com base nesse método, os pacientes com menor pontuação e, portanto, menor taxa de mortalidades de sistemas orgânicos, teriam melhores condições de obter uma vaga na UTI. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) definiu alguns critérios, que eram sugeridos a serem utilizados pelos médicos como medida de avaliação, conforme resumo:

- 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 autocuidado básico" (vai de 0 a 4 pontos) (MADERO, 20202, *apud* VON DER WEID, 2020, p. 3)

Conforme o documento publicado pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), pela ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBBG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e pela ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), há a proposição de um protocolo de alocação de recursos, em situação de seu esgotamento no âmbito da pandemia de Covid-19, levando em consideração aspectos técnicos e éticos. Com vistas a facilitar a compreensão, um fluxograma, Fig. 1, foi definido para dar um caráter de fácil análise de como os critérios são analisados, além de apontar um resultado final com base no estado do paciente, a partir de triagens e reavaliações.

Figura 1 - Fluxograma de recomendações da AMIB, ABRAMEDE e ANCP para tratamento de pacientes de Covid-19



Fonte: SIQUEIRA-BATISTA et al., 2020.

De acordo com Von Der Weid (2020), a resolução número 05/2020 do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE), publicada em 27 de abril, contém vários passos a serem seguidos para identificação das condições do paciente, desde casos leves a casos graves e até mesmo em casos leves essa resolução faz recomendações claras de como proceder com esse paciente. Quando o caso começa a se tornar mais grave, é recomendado utilizar o Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) para alocação e acesso a leitos de terapia intensiva, assistência ventilatória e palição, como meio de hierarquização da gravidade dos pacientes, na ausência absoluta de leitos suficientes para atender a demanda terapêutica. Na resolução são utilizados três métodos para hierarquizar os pacientes. Como primeiro critério é utilizado o SOFA e do índice de comorbidade de Charlson (ICC) como segundo critério. Como terceiro critério recomenda-se a verificação da funcionalidade do paciente por meio do índice Karnofsky Performance Status (KPS), adaptado para a situação pandêmica atual, conforme Fig. 2.

Quadro 1 - Quadro de observação e comparação do indicador Karnofsky Performance Status (KPS)¹

Previsão de sobrevivência global e de resposta terapêutica, analisada pelo Karnofsky Performance Status KPS (adaptado)		
Com ou sem doença crônica, consegue trabalhar normalmente	KPS 100%	1 ponto
Com doença crônica, consegue trabalhar apesar de ter sintomas	KPS 80-90%	2 pontos
Não consegue trabalhar mas mantém hobbies e autocuidado	KPS 50-60-70%	3 pontos
É incapaz de cuidar de si mesmo	KPS 10-20-30-40%	4 pontos

Fonte: VON DER WEID, 2020.

Esses vários instrumentos de avaliação, afirma Von Der Weid (2020), são de uso de instrumentos de avaliação da funcionalidade, que buscam quantificar a capacidade funcional física e a capacidade de independência e autocuidado do paciente, além de avaliar a evolução de um câncer em um paciente e a forma como afeta suas capacidades da vida diária, a fim de determinar o tratamento e o prognóstico adequados. Esses critérios, então, foram adaptados para serem utilizados nesse contexto. Kretzer et al. (2020, p.8, *apud* PINTO et al, 2020, p. 62) afirma que, seria ideal não tomar esse tipo de decisão sozinho, mas sim ter uma equipe de "no mínimo três profissionais experientes (dois médicos e um profissional de equipe multidisciplinar), preferencialmente composta por bioeticistas e representantes da comunidade".

¹ No Anexo A, é possível observar de forma detalhada como cada um dos indicadores é utilizado no documento do Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco – CREMEPE (2020, p. 4) e em que etapa de condições do paciente que é utilizado.

CAPÍTULO 3 – O QUE DIZ A LEGISLAÇÃO

A atual pandemia vivida no mundo e no Brasil afetou repentinamente a vida de milhões de pessoas, e os sistemas público e privado de saúde ficaram sobrecarregados, como já analisado por vários autores neste trabalho. Além disso, o Ministério da Saúde enfrenta o problema da prestação de serviços para proteger a segurança dos profissionais de saúde, e dificuldades no transporte de equipamentos para recuperação de pacientes e medicamentos. Diante disso, a Escolha de Sofia passa a ser última opção aos profissionais de saúde, limitados em suprimentos, equipamentos, equipe multidisciplinar de profissionais, entre outros.

Essa realidade tem levado a outras preocupações, tais como a recusa das famílias para com os critérios estabelecidos aos quais foram submetidos seus parentes, e podem iniciar uma nova discussão judicializando a decisão médica. As mudanças de regras para tratamentos dos pacientes precisam ser feitas com agilidade, para que menos vidas sejam perdidas. Essa mudança de regras deve ser bem monitorada para evitar que se torne um ato comum, principalmente em locais onde não há assistência mínima aos pacientes.

Silva (2020) fala sobre o protocolo da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que dá preferência de vaga para os idosos de até 60 anos. Para a análise jurídica, este protocolo está totalmente ilegal. Como regra, todos os atos normativos infralegais necessitam ser harmônicos com todo o ordenamento jurídico, caso isso não aconteça, o ato é inválido. Então, há maneiras de recorrer de como esses critérios foram utilizados com base na legislação brasileira.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na resolução 217 A III, em 10 de dezembro 1948, considera que todos possuem o direito à um padrão de vida que lhe garanta saúde e bem-estar entre outros, que dão sustentação à Constituição Federal do Brasil de 1988. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) traz em seu cerne, abrindo o título “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, que todos têm igual obrigação e não serão discriminados de nenhuma forma, e declarar:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...].

O sistema jurídico brasileiro de normas consiste em abundantes regulamentos, com o objetivo de promover e proteger a dignidade humana. O Artigo 1º, inciso III da CF/88 dispõe

que: “A República Federativa do Brasil, que é composta pelo governo federal, estadual e municipal, e a aliança indissolúvel do Distrito Federal, constitui um país democrático e com estado de direito, e sua base é: III - Dignidade Humana ". Analisando o Artigo 3º, inciso IV da CF/88, que afirma: “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, tem-se que um dos escopos da República Federativa do Brasil é promover os interesses de todas as pessoas, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Daniel Sarmiento (2016, p. 899 *apud* ISMAEL, SILVA E MARQUES, 2020, p. 7) que está disposto no caput do Art. 5º da CF/88, que o Estado tem algumas obrigações, sendo estas:

(i) a obrigação de respeito; (ii) a obrigação de garantia; e (iii) a obrigação de tutela. A obrigação de respeitar é obrigação dos atores estatais e não deve violar arbitrariamente a vida de terceiros. A obrigação de garantia inclui a obrigação de impedir que terceiros violem a vida de outros e de punir aqueles que violam arbitrariamente a vida de outros. O dever de tutela significa que o Estado tem a responsabilidade de garantir uma vida digna e de assegurar as condições materiais mínimas de sobrevivência. (ISMAEL, SILVA E MARQUES, 2020, p. 7).

Assim, o nível do direito à vida foi aumentado e vinculado à terceira obrigação apontada pelo autor, a tutela, o que demonstra plenamente que o Estado tem a obrigação de proteger a vida digna de todas as pessoas, incluindo as condições necessárias para sobrevivência. Ainda no Art. 5º § 2º, a CF/88 dispõe que os direitos e garantias expressos não excluem os sistemas e princípios por ela adotados, ou outros direitos e garantias decorrentes do cumprimento pela República Federativa do Brasil de tratados internacionais. Por sua vez, o Art. 6º da CF/88 prescreve os direitos sociais, sendo estes: direito à “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. São verdadeiros direitos fundamentais, pois estão estipulados no título “Direitos e Garantias Básicas”, sendo recomendado que o Estado seja apenas responsável por prevenir a usurpação da vida de seus governados, cabendo a isso providenciar, sobretudo perante a complexa situação e os perigos enfrentados pelas catástrofes públicas constituem um instrumento necessário e indispensável para o respeito e manutenção permanentes do direito à vida e à dignidade humana.

Tais posições ratificam a necessária observância de que todas as pessoas têm direito à saúde, sendo que este listado como um direito básico e social a todos. Referendando tal posicionamento, cumpre mencionar o Artigo 196 da CF/88, que estipula o direito à saúde como

propriedade do titular “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”. Ainda, imprescindível consideração do Artigo 198 da CF/88:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Além da CF, a lei do SUS também trata sobre as obrigações de tratamento aos pacientes, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O Art. 2º da Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8.080/90, informa que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. A Lei nº 8.080 /90 ratifica a integridade das diretrizes do SUS, e se baseia no Art. 7º, Inciso II. As ações e serviços de saúde no Brasil alcançarão um patamar de atenção pleno, definido por lei como “ações e serviços preventivos e terapêuticos claros, contínuos, individuais e coletivos, necessários à saúde em todos os níveis em cada situação”. Assim, conforme o Art. 198 da CF/88 e o Art. 7º, Inciso II, da Lei nº 8.080 /90, os serviços públicos de saúde devem dar atendimento integral e contínuo aos governados em todos os níveis.

Disposições importantes também estão expostas no Inciso IV, do Artigo 7º, da Lei do SUS que estipula que os serviços públicos de saúde devem obedecer ao princípio da igualdade e não devem ser tendenciosos ou estabelecer quaisquer privilégios. De acordo com esse dispositivo, o SUS não pode ajudar os pacientes de forma que não lhes dê o tratamento necessário e completo de que precisam para continuar suas vidas. Pelo menos em uma situação ideal, esse cenário é no mínimo preocupante, porque os pacientes afetados pela Covid-19 e que são internados em hospitais públicos ou contratados pelo governo que precisam, mas não exista o acesso ao leito de UTI pela inexistência de vagas.

Sabemos que a CF / 88 dispõe que a vida é um direito fundamental, com esse tipo de enfoque não se pode valorizar uma vida mais do que outra. Nesse sentido, os protocolos citados provaram ser uma ferramenta de apoio para a tomada de decisão dos médicos, incluindo suporte técnico e jurídico, pois o esculápio tem a responsabilidade moral de utilizar práticas médicas tecnicamente corretas para encontrar a melhor solução para o quadro do

paciente. Além disso, há de se considerar que a participação comunitária é o princípio organizacional do SUS estabelecido pela CF/88, e essa participação comunitária foi citada por um dos autores em estudo, sendo justificativa para que membros da comunidade participassem das decisões médicas. Segundo Pinto et al. (2020), colocar membros da comunidade em comitês para participação em conjunto aos médicos para decidir na alocação de recursos nesse período pandêmico, corresponde a incluir a comunidade na formulação de políticas públicas de defesa do direito à saúde, além de fiscalizar e ajudar no controle de ações do Estado.

Nesse cenário observou-se que o acesso à UTI foi priorizado a pacientes que poderiam ter mais tempo de sobrevida e pessoas sem comorbidades. Então, analisando o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741/2003), que dispõe:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003).

Em relação ao direito à saúde, o referido Estatuto estipula que:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003).

Conforme Torres, Félix e Oliveira (2020, p. 343):

Infere-se que os idosos, bem como toda pessoa humana, não podem ser privados de usufruir de seu direito fundamental à saúde e desse modo, critérios que negligenciam essa questão são considerados inconstitucionais, proporcionando subterfúgios para o fortalecimento de preconceitos sociais enraizados como o etarismo. A constatação desse tipo de preconceito fica claro quando o profissional de saúde prioriza o mais jovem, em detrimento dos idosos. (TORRES et al, 2020, p. 343)

Conforme Ismael et al. (2020), entende-se que a morte pela impossibilidade de utilizar o leito da UTI não se conforma com a interrupção natural ou espontânea do ciclo de vida humano. Vale ressaltar que própria medicina determinou, e anunciou, que sem o uso de terapia pode ser a morte de pacientes infectados com Covid-19.

Como agravante para a situação de alocação dos recursos, na busca de leitos de UTI e suprimentos de saúde, espera-se que as disputas por leitos em hospitais tanto públicos quanto privados sejam judicializadas, de acordo com as necessidades individuais. É certo que se trata de um problema de toda a comunidade, e que as soluções individuais agravarão ainda mais o desenvolvimento da situação. Os principais argumentos dos litígios giram em torno do fato de que a promoção da saúde é uma regulação positiva do Estado e, portanto, deve ser ministrada de forma contínua e organizada.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), antecipando o aumento dos processos judiciais para refletir as crises contemporâneas, emitiu a Recomendação nº 66, que é uma medida institucional tomada para permitir aos Tribunais determinar as escolhas técnicas admitidas por gestores e médicos, no contexto da pandemia Covid-19. Segundo Pinto et al. (2020), curiosamente, a recomendação enfatiza a necessidade do cumprimento das políticas públicas definidas pelo gestor do SUS, inclusive referindo-se à Introdução ao Regulamento Legal Brasileiro (LINDB) para medidas emergenciais envolvendo vagas hospitalares, incluindo unidade de terapia intensiva. Ainda conforme o mesmo autor, isso significa que os juízes “não podem tomar decisões de forma subjetiva e superficial com base em valores jurídicos abstratos, eles devem efetivamente rever os fatos e avaliar as reais consequências das decisões adotadas e, em última instância, provar sua proporcionalidade” (PINTO et al., 2020, p. 66).

É possível ainda analisar toda essa problemática da perspectiva do Código Penal (CP) de 1940. Em seu Art. 135, o CP salienta que:

Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa (BRASIL, 1940).

Segundo Torres et al. (2020), essa norma se refere ao crime de omissão de socorro, o que em circunstâncias normais pode levar a uma resposta criminosa do médico. O objetivo de constituir uma equipa técnica de apoio aos médicos é eliminar os médicos e outros profissionais de saúde que estão na vanguarda da tomada de decisões para que eles não tenham que tomar decisões difíceis que possam prejudicar sua concentração nas atividades e afetar mais ainda seu psicológico.

Mesmo com o Art. 135 tratando do risco do médico responder criminalmente por omissão, há o chamado estado de necessidade que está expressamente previsto, como excludente da ilicitude, no Art. 24 do CP. Segundo Melo e Torres (2020, p. 70), como exemplos

de estado de necessidade estão as situações de, “aborto necessário para salvar a vida da gestante (Art. 128, I, do CP) e a intervenção médico-cirúrgica, sem o consentimento do paciente, quando a vida dele estiver em perigo (Art. 146, § 3º, do CP)”. De acordo com o já referido Art. 24 do CP, o sujeito que pratica o fato em estado de necessidade, quando há uma situação de necessidade e uma ação necessária.

A situação de necessidade, de acordo com Melo e Torres (2020, p. 70), “é aquela em que há um perigo atual a bem jurídico do agente ou de terceiros, não provocado pela vontade dele”. Já a ação necessária, de acordo com Melo e Torres (2020, p. 71), “é aquela conduta imediata do sujeito”, “[...] quando não há outro meio de evitar o perigo; ou seja, diante da situação de necessidade, o sujeito age para salvar o direito que está em perigo, sacrificando direito de terceiro”.

Analisando o citado acima, a situação de necessidade e a ação necessária, a conduta do sujeito (médico), embora tenha lesado bem jurídico de terceiro, não será considerada antijurídica nessas condições. Logo, nesses casos, o médico não comete um crime e não pode ser penalmente punido pela morte de um paciente, porque não há crime quando o fato é praticado em estado de necessidade, com fundamento nos arts. 23, I, e 24, caput, ambos do CP². Então, conforme os autores, sobre a decisão do médico entre dois pacientes:

havendo um conflito entre duas vidas humanas, bens jurídicos equivalentes e sem a autorização para adoção de um critério quantitativo (sacrifício de uma vida para salvar diversas outras) ou para se fazer qualquer ponderação entre elas, deve ser reconhecido que o estado de necessidade, nessa hipótese, exclui a culpabilidade do sujeito, porque não lhe era juridicamente exigível que adotasse uma conduta diversa. (MELO E TORRES, 2020, p. 75).

Segundo Pinto et al. (2020), não só existem normas a respeito da constituição, mas também a normas que balizam os atos. São chamadas de normas infraconstitucionais e administrativas que ditam as orientações sobre as associações médicas que são responsáveis por este protocolo, que, incluindo, estão destacados as que dispõem sobre: a vedação sobre a eutanásia (é vedado “abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”, Art. 41 do Código de Ética Médica) e a promoção da distanásia (“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

² Melo e Torres (2020, p. 71-73) analisaram detalhadamente a escolha de um médico entre dois pacientes referidos ao CP, que pode ser visto no Anexo B.

representante legal”, parágrafo único do Artigo 41 do Código de Ética Médica); a autorização da ortotanásia (“é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”, Artigo 1º da Resolução do CFM n. 1.805/2006). Por sua vez, é obrigatório o cuidado paliativo ao paciente, e assegurado o direito de elaborar, mediante colaboração de seu médico, as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995, de 9 de agosto de 2012) e a priorização em leitos de UTI (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.156, de 28 de outubro de 2016).

CONCLUSÃO

Embora a atual Constituição Federal Brasileira considere a saúde um direito básico assegurado pelo Estado de forma universal, integral e justa, os recursos são limitados, o que impossibilita o atendimento de todas as necessidades de saúde da população. Portanto, as decisões quanto à alocação de recursos representam um dos maiores desafios bioéticos enfrentados pelos profissionais de saúde brasileiros, podendo causar adoecimento e marcas psicológicas neste grupo; o que indica a necessidade de estabelecer referenciais éticos para o enfrentamento das regras, e normas tanto quanto possível.

Como sabemos, a ineficiência do Estado na prestação de serviços médicos é um prenúncio do decreto público sobre o status de desastre acionado pela Covid-19. Não por outro motivo, a exemplo, o poder judiciário vem sendo chamado para atuar na ausência de medicamentos ou leitos de unidade de terapia intensiva, e de operações críticas à saúde das pessoas. Obviamente que não só o Estado é afetado, mas também hospitais e clínicas particulares vinculadas a convênios médicos que tiveram vários problemas, tais como os enfrentados pelo SUS. Porém, na maioria dos casos particulares, resolvidos mais facilmente por contar com equipes e gestão qualificadas.

O intuito das normas e protocolos é salvar o maior número de vidas, considerando o respeito aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana, sob a perspectiva dos princípios bioéticos. Ademais, há, por um lado, a inconstitucionalidade pelo não atendimento ao princípio da integralidade e preconceito, pois há o estabelecimento de privilégios quanto à possibilidade de certos pacientes acessarem ou não uma vaga de UTI, privilegiando pacientes novos e sem comorbidade ante aos idosos e deficientes. Pelo ponto de vista do CP, não há como interpelar o médico com imputações de crimes; e visto que os recursos são finitos, desde medicamento, estrutura de leitos e aparelhos, até pessoal capacitado, algumas pessoas infelizmente teriam que ter seu direito à vida cerceados, para que outros possam, de início, ter mais chances de sobrevida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Rodolfo Pires de. **Como surgiu o coronavírus e como afeta a população mundial**. Disponível em: <https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/como-surgiu-o-coronavirus>. Acesso em: 03 dez. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 03 dez. 2020.

_____. Decreto Federal nº 10.282, de 20 de março de 2020. **Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10282.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Decreto Federal nº 10.288, de 22 de março de 2020. **Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir as atividades e os serviços relacionados à imprensa como essenciais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10288.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 fev. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

_____. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. **Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 mar. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 66, de 13 de maio de 2020.

Recomenda aos Juízos com competência para o julgamento das ações que versem sobre o direito à saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional de pandemia da Covid-19. Ministro Dias Toffoli. Brasília, DF, 2020. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/files/original181819202010155f88926b6ae41.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO – CREMEPE. **Recomendação Nº 05/2020.** 2020. Disponível em:

https://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDA%20N%2005-CREMEPE-N%2005_v.final_.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris.** 10 dez. 1948. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ISMAEL, Maria Letícia Monteiro; SILVA, Leandro Oziel Pereira da; MARQUES, Jacyara Farias Souza. O estabelecimento de critérios para a ocupação de leitos de UTIs no Brasil durante a pandemia da covid-19: uma análise das limitações jurídico-filosóficas impostas.

Revista Pensamento Jurídico, São Paulo, v. 14, p. 361-387, 2020. Disponível em:

<https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/222/282>. Acesso em: 20 abr. 2021.

LEITÃO JÚNIOR, Joaquim; MOUSINHO, Paulo Reyner Camargo. **O coronavírus, o Direito Penal e a “Escolha de Sofia”: medicina de catástrofe.** Disponível em:

<https://meusitejuridico.editorajuspodivm.com.br/2020/03/25/o-coronavirus-o-direito-penal-e-escolha-de-sofia-medicina-de-catastrofe/>. Acesso em: 03 dez. 2020.

LEITE, Gisele. A escolha de Sofia diante da pandemia. Quem salvar? 2020. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 25, n. 6155, 8 maio 2020. Disponível em:

<https://jus.com.br/Artigos/81889>. Acesso em: 4 dez. 2020.

MEDINA, Jorge. **Estudos confirmam que o vírus causador da COVID-19 circula no ES desde dezembro de 2019.** 2021. Disponível em:

<https://coronavirus.ufes.br/conteudo/estudos-confirmam-que-o-virus-causador-da-covid-19-circula-no-es-desde-dezembro-de-2019>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MELO, Matheus Barbosa; TORRES, Tiago Caruso. **O dilema da triagem médica nos casos de pacientes diagnosticados com COVID-19:** reflexos penais de uma escolha de Sofia. 2020. Disponível em:

<http://conhecimento.tjrj.jus.br/documents/5736540/7186707/DilemadaTriagemMedica.pdf>.

Acesso em: 20 abr. 2021.

PINTO, Erika Alcantara; SOUZA, Elaine Alves Lacerda; GODOY, Marcelo Kolblinger de.

Legitimação social de escolhas trágicas: análise do protocolo da AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia pela covid-19. **Revista de Direito Médico e da Saúde**, Brasília, v. 21, p. 59-68, jul. 2020. Disponível em: https://anadem.org.br/site/wp-content/uploads/2020/08/Revista-de-Direito-Me%20CC%201dico-e-da-Saude-21_web_simples.pdf#page=59. Acesso em: 10 mai. 2021.

RIBEIRO, Kepler Gomes. **A 'escolha de Sofia', a escassez de leitos de UTI e a vivência democrática na Covid-19**. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2020-mai-23/kepler-ribeiro-escolha-sofia-covid-19#_ftnref1. Acesso em: 03 dez. 2020.

SATOMI, Erika; SOUZA, Polianna Mara Rodrigues de; THOMÉ, Beatriz da Costa; REINGENHEIM, Claudio; WEREBE, Eduardo; TROSTER, Eduardo Juan; SCARIN, Farah Christina de La Cruz; BACHA, Hélio Arthur; GRUNSPUN, Henrique; FERRAZ, Leonardo José Rolim; BUENO, Marco Aurelio Scarpinella; BARROS FILHO, Mario Thadeu Leme de; BORGES, Pedro Custódio de Mello. 2020. **Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas**. Einstein (São Paulo), 18, eAE5775. Epub April 30, 2020. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ae5775. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082020000100903&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 mai. 2021.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTO, Tiago Braga do Espírito; SLOMP JUNIOR, Helvo; CRUZ, Kathleen Tereza da. 2021. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 25(Suppl. 1), e200379. Publicado online em: 20 de novembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em: 03 dez. 2020.

SILVA, Isaías Henrique. **'Escolha de Sofia' na Covid-19 é ato ilegal**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-12/isaias-silva-escolha-sofia-covid-19-ato-ilegal>. Acesso em: 03 dez. 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GOMES, Andréia Patrícia; BRAGA, Luciene Muniz; COSTA, Alexandre da Silva; THOMÉ, Beatriz; SCHRAMM, Fermin Roland; SALES JÚNIOR, João Andrade Leal; FORTES, Pablo; REGO, Sergio; SANTOS, Sônia; MARINHO, Suely. **COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva?** 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41469/2/COVID-19UTI.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SOUZA, Elaine Alves Lacerda. A constituição federal de 1988 e a vedação a “escolha da sofia” na covid-19. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 10600-10610, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-321>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/15620/12849>. Acesso em: 03 dez. 2020.

STRECK, Lenio Luiz. **Coronavírus, o consequencialismo e o dilema do trem: Matar o gordinho?** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-02/senso-incomum-covid-19-consequencialismo-dilema-trem-matar-gordinho>. Acesso em: 03 dez. 2020.

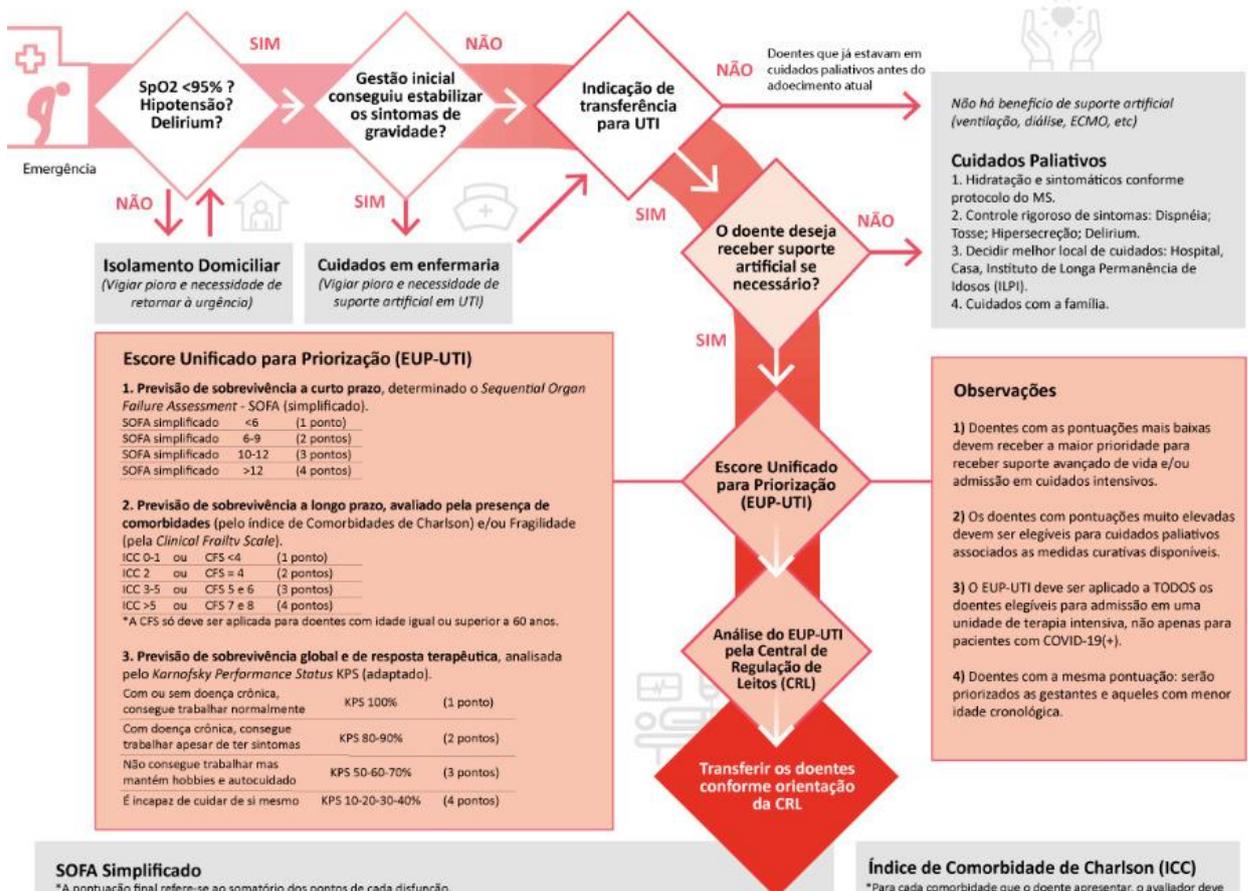
TORRES, Alessandra; FÉLIX, Aline Aparecida Araújo; OLIVEIRA, Priscila Iozelina Silveira de. Escuelas de Sofia y la pandemia de COVID-19 en Brasil: reflexiones bioéticas. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 50, p. 333-352, 2020. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n50/1886-5887-bioetica-50-00333.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

VON DER WEID, Olivia. **‘A escolha de Sofia’? Covid-19, deficiência e vulnerabilidade: Por uma bioética do cuidado no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-36>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ANEXO A - CARTILHA DE ATENDIMENTO COVID-19 CREMEPE



FLUXO DE ATENDIMENTO AO ADULTO COM SUSPEITA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)



Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI)

- Previsão de sobrevivência a curto prazo, determinado o Sequential Organ Failure Assessment - SOFA (simplificado).**

SOFA simplificado <6	(1 ponto)
SOFA simplificado 6-9	(2 pontos)
SOFA simplificado 10-12	(3 pontos)
SOFA simplificado >12	(4 pontos)
- Previsão de sobrevivência a longo prazo, avaliado pela presença de comorbidades (pelo índice de Comorbidades de Charlson) e/ou Fragilidade (pela Clinical Frailty Scale).**

ICC 0-1 ou CFS <4	(1 ponto)
ICC 2 ou CFS = 4	(2 pontos)
ICC 3-5 ou CFS 5 e 6	(3 pontos)
ICC >5 ou CFS 7 e 8	(4 pontos)

* A CFS só deve ser aplicada para doentes com idade igual ou superior a 60 anos.
- Previsão de sobrevivência global e de resposta terapêutica, analisada pelo Karnofsky Performance Status KPS (adaptado).**

Com ou sem doença crônica, consegue trabalhar normalmente	KPS 100%	(1 ponto)
Com doença crônica, consegue trabalhar apesar de ter sintomas	KPS 80-90%	(2 pontos)
Não consegue trabalhar mas mantém hobbies e autocuidado	KPS 50-60-70%	(3 pontos)
É incapaz de cuidar de si mesmo	KPS 10-20-30-40%	(4 pontos)

SOFA Simplificado

* A pontuação final refere-se ao somatório dos pontos de cada disfunção.
 ** Os doentes com parâmetros dentro da normalidade pontuam zero.

COMPONENTE / DISFUNÇÃO	PARÂMETRO	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6
CARDIOVASCULAR	Hipotensão, mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina qualquer dose	Dopamina > 5 ou Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Norepinefrina > 0,1
RESPIRATÓRIO	Saturação Periférica de O2	SpO2 > 92% com Cateter nasal O2 até 2l/min	SpO2 > 92% com Cateter nasal O2 até 5l/min	SpO2 > 92% com ventilação mecânica com FiO2 até 40%	SpO2 > 92% com ventilação mecânica com FiO2 > 40%
COAGULAÇÃO	Plaquetas 10 ⁹ /μl	<150	<100	<50	<20
HEPÁTICO	INR Inspeção	<1,1 anictérico	1,1-1,36 -	1,36-1,88 -	1,88-2,15 ictérico
RENAL	Creatinina (mg/dL) Diurese (mL/dia)	1,2-1,9 >500	2-3,4 -	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

PAM, Pressão Arterial Média - *Adaptado de VINCENT et al.; † agentes adrenérgicos administrados por pelo menos 1 hora (doses em μg/kg/min).

Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)

*Para cada comorbidade que o doente apresentar, o avaliador deve somar a pontuação especificada para a mesma (1, 2, 3 ou 6 pontos)

ICC 1 ponto	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cérebro - vascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera Doença hepática crônica ou cirrose Diabetes sem complicação
ICC 2 pontos	Hemiplegia ou paraplegia Diabetes com complicação Doença renal severa ou moderada Tumor maligno Leucemia Linfoma
ICC 3 pontos	Doença do fígado severa ou moderada
ICC 6 pontos	Tumor sólido metastático SIDA

Escala de fragilidade baseada na Clinical Frailty Scale (CFS)

Determinar se há fragilidade e seu grau em até 15 dias antes do idoso apresentar o quadro clínico atual.

- 1 - Muito Ativo** Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para sua idade.
- 2 - Ativo** Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou não são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.
- 3 - Regular** Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.

- 4 - Vulnerável** Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.
- 5 - Levemente Frágil** Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas

- 6 - Moderadamente Frágil** Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.
- 7 - Muito Frágil** Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).
- 8 - Severamente Frágil** Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapaz de se recuperar de uma doença leve.

ANEXO B - ANÁLISE DA ESCOLHA DE SOFIA QUANTO AO CP

Há uma ação necessária: o médico M percebe que está diante de uma situação de necessidade e que precisa agir imediatamente para tentar evitar a morte do paciente A ou do paciente B, internando um deles na UTI para receberem ajuda dos equipamentos respiradores, o que se apresenta como uma chance de salvamento para o paciente que for internado.

Duas vidas estão em conflito e ambas estão sob a custódia do médico M. Nesse conflito, não há fórmula comum, porque não existem diferenças de valor ou de quantidade quando há vida contra vida.

Não existe diferença de valor entre vidas diferentes que permita desligar o aparelho de respiração artificial de um paciente para ligá-lo em outro que parece apresentar mais chances de sobrevivência.

Contudo, é preciso considerar justificada a ação de reduzir um *mal inevitável*. A ordem jurídica não pode proibir tentar salvar uma vida humana, se impossível salvar as duas. Inclusive, no caso dos médicos, há dever jurídico de enfrentar o perigo, nos termos do Art. 24, § 1º, do CP, tanto porque seu ofício é *múnus público* e sua tarefa primordial é salvar a vida dos seus pacientes, como também porque, em relação aos pacientes que estão sob os seus cuidados diretos, o médico ocupa posição de garantidor.

A escolha de Sofia é uma escolha que transita entre as ideias de (in) justiça e (a)moral, tal como é também a escolha que o médico M deve fazer em relação aos pacientes A e B, o que torna esse comportamento certo e errado ao mesmo tempo.

Certo, porque não internar nem A, nem B, usurpa uma chance de salvamento possível de uma dessas vidas e significa o descumprimento do dever jurídico de enfrentar o perigo (Art. 24, § 1º, do CP). Errado, porque decidir quem terá mais chances de viver e quem terá mais chances de morrer não é uma escolha legitimada para um médico, ou para qualquer pessoa dentro de uma concepção liberal e democrática de Estado de Direito. Como não há disciplina jurídica sobre o tema – não há critérios seguros sobre a priorização de leitos de UTI nessas hipóteses –, uma ação praticada nessa zona livre do direito não pode ser considerada injusta. A decisão do médico M que internou o paciente A, salvando-o do risco de morte, e não internou o paciente B na UTI, que morreu, não é uma conduta antijurídica, estando, nos termos do Art. 24 do Código Penal, justificada por ter sido praticada em estado de necessidade.