

RECOMENDAÇÃO SBB Nº 01/2020

Aborda fundamentos e aspectos éticos no enfrentamento da pandemia COVID 19 no Brasil, incluindo a alocação de recursos e o uso igualitário das tecnologias em saúde. Defende a proteção aos mais vulneráveis e a imprescindibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito ao acesso ao melhor tratamento para todos e o acesso igualitário a todos os leitos de UTI, públicos e privados. Recomenda princípios para definição de parâmetros a serem seguidos em situação de insuficiência destes.

A **SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA**, associação civil de âmbito nacional, fundada em 1995, em vista do que dispõe o seu estatuto, que prevê, entre outras finalidades, a busca por congregar pessoas de diferentes formações, interessadas em fomentar a discussão e difusão da Bioética, bem como fornecer subsídios para a implementação de políticas, programas e produção normativa relacionadas com temáticas bioéticas;

CONSIDERANDO que o respeito à dignidade humana deve ser o fundamento maior para as tomadas de decisão e condutas em saúde sem qualquer distinção que importe na desvalorização, discriminação de pessoas, comunidades ou grupos socialmente vulneráveis;

CONSIDERANDO os direitos humanos, notadamente o direito à vida, à saúde, à privacidade, à igualdade, que decorrem do respeito à dignidade humana;

CONSIDERANDO as necessárias reflexões sobre saúde pública e direito à saúde em contexto anterior à pandemia; sobre o direito ao acesso ao diagnóstico e aos cuidados em saúde; sobre a ética da indicação e manutenção do auto confinamento e a garantia de acesso a recurso financeiro suficiente ao cidadão; sobre o adequado financiamento da saúde pública para enfrentar emergências; necessidade de estabelecer medidas para assegurar acesso à terapia intensiva para todos que deles precisarem e para mitigar as causas que podem levar à insuficiência de leitos; a necessidade do respeito aos direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde; e sobre o papel essencial da Bioética enquanto reflexão aplicada junto aos dilemas a serem enfrentados;

CONSIDERANDO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)¹ que objetiva, entre outros aspectos, “prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no

campo da Bioética; orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas; reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais; promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo; promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento”²;

CONSIDERANDO os princípios da DUBDH, sendo eles a Dignidade Humana e Direitos Humanos; Benefício e Dano; Autonomia e Responsabilidade Individual; Consentimento; Indivíduos sem a Capacidade para Consentir; Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; Privacidade e Confidencialidade; Igualdade, Justiça e Equidade; Não-Discriminação e Não-Estigmatização; Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo; Solidariedade e Cooperação; Responsabilidade Social e Saúde; Compartilhamento de Benefícios; Proteção das Gerações Futuras; e Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade;

CONSIDERANDO o reconhecimento do “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”, conforme preceitua o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, da Organização das Nações Unidas - ONU, de 1966 e do qual o Brasil é país signatário³;

CONSIDERANDO que o Brasil é país signatário da DUBDH, em que consta, em seu art. 22, quanto ao papel dos Estados, alínea a, que “Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público”⁴

CONSIDERANDO o art. 5º da Constituição Federal da República que dispõe que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”, que “a propriedade atenderá a sua função social”, que “no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano”, que “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais” e que “os direitos e garantias

expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa seja parte”;⁵

CONSIDERANDO o art. 6º da Constituição Federal da República que dispõe que “são direitos sociais a 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, na forma desta Constituição”⁶;

CONSIDERANDO o art. 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH)⁷, onde consta que toda pessoa tem direito à segurança pessoal e tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos, os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle;

CONSIDERANDO que a infecção pelo SARS-Cov-2 já atingiu todo o território brasileiro em diferentes intensidades, e que o aumento de casos já sobrecarga do sistema de atenção à saúde;

CONSIDERANDO a ausência de planejamento tempestivo e adequado por parte de diversos gestores federal, estaduais e municipais da saúde para o provimento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), equipamentos (respiradores, EPI) para o enfrentamento da disseminação da infecção;

CONSIDERANDO que o aumento do número de casos graves e a pouca disponibilização de recursos poderá implicar em dilemas éticos e científicos nas tomadas de decisão sobre distribuição e ocupação dos leitos e usos de tecnologias, se insuficientes, para cuidar dos pacientes;

CONSIDERANDO que a célere disseminação do SARS-CoV2, vírus causador da COVID-19, é capaz de fragilizar o sistema de saúde e a economia de cada país, bem como o seu sistema político, em caso de eventual enfrentamento desarrazoado perante argumentos científicos;

CONSIDERANDO ser inadmissível o subfinanciamento do SUS, agravado pela Emenda Constitucional n.º 95 de 2016, que ao impedir a majoração de verba por vinte anos, já retirou, desse sistema, substanciais recursos;

CONSIDERANDO que o aumento do financiamento do SUS, para garantir os preceitos de universalidade, integralidade e equidade, é condição *sine qua non* para acompanhar as necessidades crescentes, acentuado pelo impacto da pandemia do COVID-19;

CONSIDERANDO a necessidade de disponibilizar recursos de maneira célere para assegurar o

melhor para toda coletividade e que tal imperativo tem ainda mais importância neste momento em que o país enfrenta a maior e mais grave crise sanitária dos últimos 100 anos;

CONSIDERANDO a aparente falta de leitos de UTI disponíveis no Brasil, consequência principalmente da iniquidade na distribuição dos 45.848 leitos hoje existentes, com 1,4/10.000 habitantes no sistema público *versus* 4,9/10.000 no sistema privado⁸;

CONSIDERANDO que a Sociedade Brasileira de Bioética entende ser fundamental a discussão dos diversos aspectos bioéticos no contexto de pandemia do SARS-CoV2;

RECOMENDA

Nas tomadas de decisão para a alocação de recursos e tecnologias em saúde no estágio atual da pandemia de COVID- 19, sejam respeitados os princípios constitucionais da dignidade humana e da solidariedade social, os direitos humanos e os princípios bioéticos, notadamente os citados acima, e ainda que:

- I. A decisão sobre alocação de recursos assegure o direito de todos os pacientes, inclusive os não infectados por SARS- CoV2, de receber cuidados de acordo com suas necessidades, promovendo-se a melhor assistência à saúde cientificamente reconhecida;
- II. Seja ampliado efetiva e urgentemente o financiamento do SUS para possibilitar, entre outros aspectos de suprimento necessário, a contratação imediata de profissionais das diversas áreas da saúde, para os devidos cuidados dos pacientes e para atuação em leitos disponibilizados ou construídos para o enfrentamento da pandemia;
- III. Sejam utilizados, pelo Estado, instrumentos éticos e jurídicos disponíveis para garantir política de preços e condições de acesso a medicamentos, insumos e equipamentos, com vistas a evitar o risco de exploração da vulnerabilidade econômica do sistema de saúde e da sociedade;
- IV. Seja assegurado o acesso amplo às medidas preventivas adequadas, incluindo o isolamento social, a disponibilização de máscaras, o acesso à água de qualidade, além do suporte financeiro adequado para a manutenção daqueles que se encontram em auto confinamento;
- V. Sejam garantidos os direitos dos pacientes, incluindo acesso igualitário, em todos os níveis de atendimento, desde a atenção primária aos cuidados intermediários, até aos cuidados intensivos e paliativos, conforme os melhores padrões científicos atuais. Havendo viabilidade técnica, será garantido ao paciente internado em UTI a possibilidade de estabelecer contacto com os seus familiares por meio de acesso virtual;
- VI. Deve ser assegurado que todos os leitos de terapia intensiva, privados e públicos, sejam imediatamente regulados pelo SUS e disponibilizados equitativamente para todos os pacientes que deles necessitarem. A insuficiência de leitos em UTI é, muitas vezes,

- consequência da iniquidade na sua distribuição;
- VII. Seja assegurado o princípio da equidade, para que não ocorra qualquer distinção que importe a desvalorização e discriminação de pessoas, comunidades ou grupos socialmente vulneráveis no acesso aos serviços;
 - VIII. Na gestão da saúde sejam utilizados todos os mecanismos para garantir sigilo e confidencialidade nas relações entre profissionais e pacientes;
 - IX. As informações prestadas aos pacientes e sociedade sejam corretas, baseadas em evidências científicas, transmitidas em linguagem clara e amplamente disponibilizadas, inclusive na comunicação de más notícias;
 - X. Os profissionais de saúde e serviços auxiliares sejam alocados em número adequado, que a estes haja efetivo aumento de segurança sanitária, que inclui assegurar medidas para mitigação de exaustão, a disponibilização e preparo para o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e o acesso tempestivo a testes diagnósticos para o SARS-CoV-2;
 - XI. Novos medicamentos ou conduta *off-label* só poderão ser utilizados no decurso de pesquisa devidamente aprovada pelo sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Sistema CEP-CONEP) ou em situações de acesso compassivo, como definido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁹, devendo ser adequadamente justificado e avaliado eticamente;
 - XII. Nos casos em que, mesmo após a disponibilização de todos os leitos de UTI, privados e públicos para utilização pelo SUS, houver insuficiência de leitos, seja avaliado o estabelecimento de um fluxograma baseado em conhecimentos científicos para a ocupação de leitos aos pacientes que deles necessitarem;
 - XIII. Sejam reforçadas as Comissões de Bioética Hospitalares e sejam estabelecidas nos locais em que ainda não existam, para participar do processo de triagem e contribuir nas reflexões e propostas específicas às particularidades locais, e nas decisões relacionadas a escolhas complexas, inclusive para mitigar a carga emocional da equipe de atendimento. Que sejam compostas por profissionais, com formação multiprofissional com experiência em Bioética, com pelo menos um representante da sociedade civil e número ímpar de membros;
 - XIV. Com vistas a garantir a autonomia do paciente, as diretivas antecipadas de vontade, quando houver, serão levadas em consideração e que sejam estabelecidos ou expandidos serviços de cuidados paliativos, para que sejam disponibilizados, tempestivamente, aos pacientes não elegíveis ao tratamento curativo, bem como em situações de terminalidade;
 - XV. Nas tomadas de decisão e no tratamento de questões bioéticas, incluindo dilemas em situações de insuficiência de leitos, essas comissões apliquem princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, e levem em consideração que: “a) Devem

ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas”; “b) Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo”; e “c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes”¹⁰;

- XVI. Seja assegurado que, ao final da pandemia, haja necessário investimento no SUS, na pesquisa aplicada e na formação e ampliação do quadro de profissionais e pesquisadores em todas as áreas de atividades no Brasil;
- XVII. Nas tomadas de decisão para a alocação de recursos e tecnologias em saúde com o objetivo de estabelecer critérios de priorização no acesso - se necessários, a depender da evolução da pandemia de COVID-19, sejam respeitados os princípios bioéticos, da dignidade e de direitos humanos;
- XVIII. O fluxograma para estabelecimento de critérios éticos para o acesso às tecnologias de saúde para todos que delas necessitarem seja baseado em conhecimentos científicos validados, garantindo o absoluto respeito aos preceitos éticos, aos direitos fundamentais e à dignidade humana, sem discriminação de qualquer natureza ou qualquer outro fator não relativo à condição de saúde, conforme os atuais ANEXO I e ANEXO II. Este fluxograma considera as condições locais regionais e culturais, com informações atualizadas sobre a disponibilidade de leitos, com ampla comunicação aos profissionais de saúde envolvidos nos atendimentos e respectivas Comissões de Bioética Hospitalar.

Brasília, 15 de maio de 2020.

DIRCEU GRECO

Presidente Sociedade Brasileira de Bioética

¹ UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos. Adotada por aclamação no dia 19 de outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral. Disponível em <http://fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf> Acesso em 11 maio 2010.

² Idem

³ ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. Disponível em <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em 11 maio 2010.

⁴ UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos. Adotada por aclamação no dia 19 de outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral. Disponível em <http://fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf> Acesso em 11 maio 2010.

⁵ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 11 maio 2010.

⁶ Idem.

⁷ UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> Acesso em 11 maio 2020.

⁸ AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf Acesso em 11 maio 2020.

⁹ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 11 maio 2020.

¹⁰ UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos. Adotada por aclamação no dia 19 de outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral. Disponível em <http://fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf> Acesso em 11 maio 2010.

RECOMENDAÇÃO SBB Nº 01/2020

ANEXO I – POSSÍVEIS RISCOS ÉTICOS NAS FASES DO ATENDIMENTO NA PANDEMIA COVID-19¹¹

1. Anterior ao acesso ao sistema de saúde

- Vulnerabilidade social;
- Vulnerabilidade biológica;
- Discriminação e/ou estigmatização;
- Desrespeito a diversidade cultural e/ou sexual/pluralismo.

2. Na triagem - acesso ao diagnóstico clínico e etiológico

- Ausência de vaga para atendimento primário adequado;
- Ausência de equipe de triagem corretamente protegida com EPI e qualificada para o atendimento;
- Estigmatização, desrespeito à diversidade cultural e/ou sexual/pluralismo;
- Falta de acesso tempestivo;
- Falta de teste para diagnóstico (se necessário);
- Ausência de informação sobre vagas para atendimento hospitalar, inclusive UTI,
- na cidade e na região.

3. No atendimento hospitalar, ausência de

- Comunicação adequada em caso de paciente vulnerável social;

¹¹ Ver fluxograma disposto no Anexo II.

- Consentimento esclarecido para condutas invasivas não emergenciais;
- Autorização de representante legal em caso de pacientes sem a capacidade para consentir;
- Respeito à confidencialidade e privacidade;
- Prestação de informações ao representante legal, quando autorizado pelo paciente;
- Comissão de Bioética Hospitalar em funcionamento.

4. No acesso à Unidade de Terapia Intensiva (suporte tecnológico), ausência de

- Comissão de Bioética Hospitalar em funcionamento;
- Algoritmo que considere condições locais e culturais, amplamente discutido e divulgado, contendo: critérios técnicos cientificamente validados e éticos, bem como absoluto respeito à dignidade e aos direitos humanos, sem discriminação de qualquer natureza social – incluídas questões de gênero, etárias e de pessoas com deficiência -, econômica, cultural, étnico/racial e de qualquer outro fator não relativo à condição de saúde;
- Fluxograma que considere condições locais, regionais e culturais, que se aplica aos pacientes com COVID-19 ou outras patologias, nas situações de efetiva insuficiência de leitos e tecnologias.

Sendo assim, contanto que avaliados estes riscos e tendo como pressuposto o disposto na Recomendação SBB n.º 01/2020, a Sociedade Brasileira de Bioética endossa o passo a passo

constante na “Tabela 1” abaixo da segunda versão das Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19¹²:

Tabela 1 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE

| Passos | Critérios | Pontuação | | | | Total |
|--------|---|-----------|-------------|--------------|-----------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | Calcular SOFA (total: _____) e pontuar conforme estratificação ao lado | SOFA ≤ 8 | SOFA 9 - 11 | SOFA 12 - 14 | SOFA > 14 | |
| 2 | Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida < que um ano?* | --- | --- | Sim | --- | |
| 3 | Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado | 0 - 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3 | | | | | |
| 5 | Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate | | | | | |
| 6 | Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente: | | | | | |
| 6a | Menor escore SOFA total | | | | | |
| 6b | Julgamento clínico da equipe de triagem | | | | | |

*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICT-BR ou PIG-GSF

¹² Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-_Versa_

o_2_-

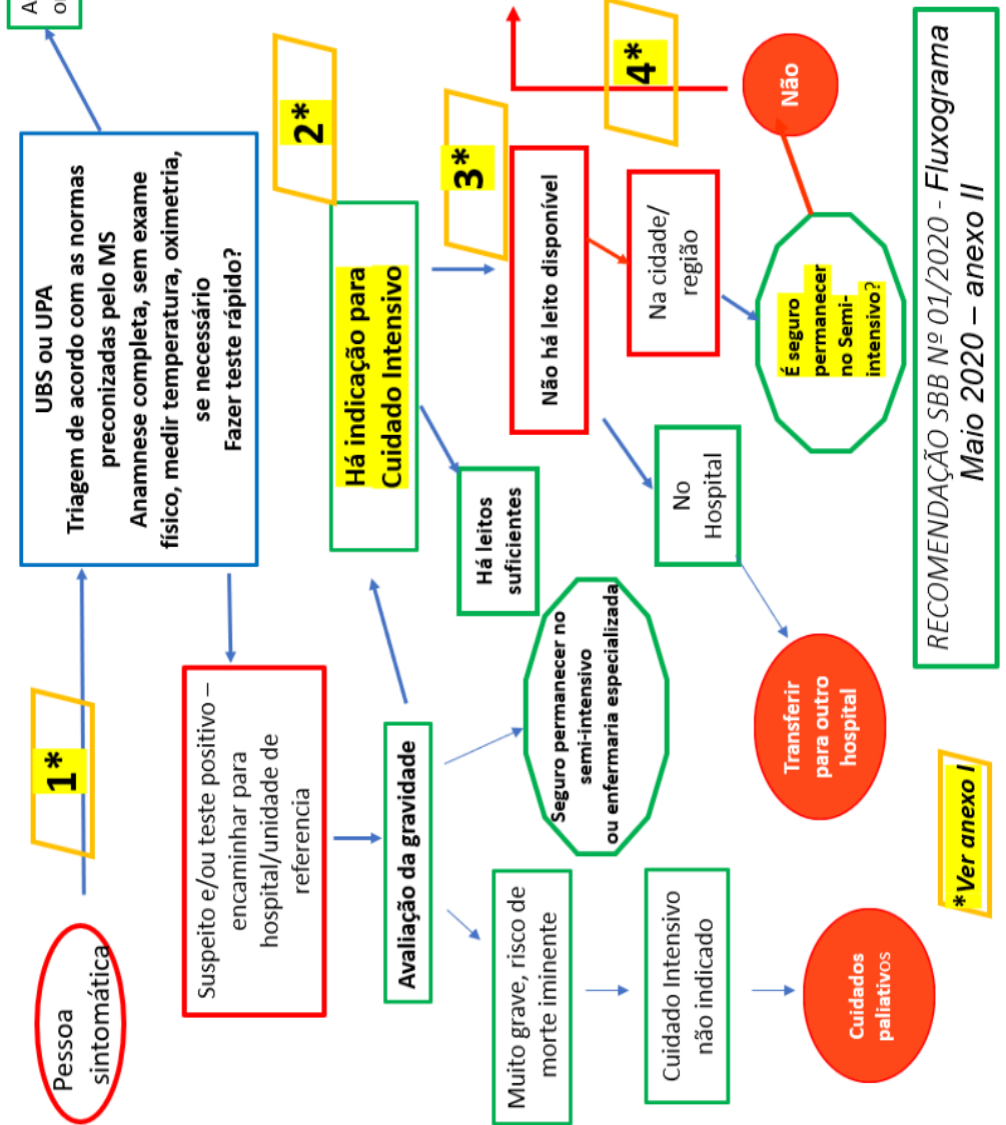
Protocolo AMIB de alocação

o de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID.pdf Acesso em 11 maio 2020.



RECOMENDAÇÃO SBB Nº 01/2020

ANEXO II - FLUXOGRAMA



Assintomático ou paucissintomático – orientação e encaminhamento para residência

Para enfrentar os dilemas éticos nas decisões em caso de insuficiência de leitos de UTI disponíveis, o algoritmo estabelecido para auxiliar nesta tomada de decisão, deve considerar as condições locais e culturais, ser amplamente discutido e divulgado. Este deve conter: critérios técnicos cientificamente validados e éticos, e absoluto respeito à dignidade e aos direitos humanos sem discriminação de natureza social - incluídas as questões de gênero e etárias -, econômica, cultural, étnico/racial e de qualquer outro fator não relativo à condição de saúde.

Neste sentido, tendo como pressuposto o disposto na Recomendação SBB n.º 01/2020 e seus anexos, a SBB endossa o passo a passo constante na "Tabela 1" da segunda versão das Recomendações da AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP, de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, abaixo:

Tabela 1 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE

| Passos | Critérios | Pontuação | Total | | |
|--------|---|-----------|-----------|--------------|-----------|
| 1 | Calcular SOFA total (a+b+c) e pontuar conforme estratificação ao lado | SOFA ≤ 8 | SOFA > 11 | SOFA 12 - 14 | SOFA > 14 |
| 2 | Em caso de valores graves, com expectativa de sobrevivência < 50%* | ... | ... | Sim | ... |
| 3 | Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado | 0 - 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3 | | | | |
| 5 | Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha levado em conta o tempo de espera | | | | |
| 6 | Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente: | | | | |
| 6a | Menor escore SOFA total | | | | |
| 6b | Julgamento clínico da equipe de triagem | | | | |

*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPIC-T-BR ou PIG-GSF