



Guilherme Tácio Marçal
Oliveira

Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade de Brasília
(UnB). Brasília-DF, Brasil.

marcal.unb@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-3185-2875>

Marianna Assunção Figueiredo
Holanda

Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade de Brasília
(UnB). Brasília-DF, Brasil.

marianna.holanda@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5174-6855>

Dilemas bioéticos anteriores, persistentes e emergentes à pandemia de covid-19 vivenciados por profissionais da saúde

Bioethical dilemmas experienced by health professionals prior to, persisting and emerging from the covid-19 pandemic

Dilemas bioéticos que experimentaron los profesionales de la salud antes, durante y después de la pandemia de covid-19

Resumo: O campo da saúde é notadamente marcado pelos determinantes sociais da saúde, desigualdades e conflitos múltiplos. Estas questões se potencializaram ao longo da pandemia de covid-19, com impactos sistêmicos e iníquos na assistência. Objetivou-se identificar e analisar os dilemas e implicações (bio)éticos vivenciados por profissionais da saúde antes e durante a pandemia. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo envolvendo aplicação de questionários semiestruturados online para profissionais da saúde. Os dados foram sistematizados, interpretados e estratificados em eixos temáticos. Obteve-se 43 respostas válidas, que sustentaram dois eixos temáticos “Conflitos e dilemas anteriores e/ou persistentes à pandemia de covid-19” e “Conflitos emergentes à pandemia” abarcando questões das fragilidades estruturais e de recursos escassos no sistema de saúde bem como conflitos de ordem moral e deontológica na crise sanitária. Os relatos evocam inúmeras problemáticas que exigem a coordenação estratégica pelo poder público, associações e instituições na melhoria dos serviços de saúde e normativas balizadoras para processos decisórios e o preparo para futuras crises e seus conflitos.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Bioética. Covid-19. Pandemia. Profissionais da Saúde.

Abstract: The health field is notably shaped by social determinants of health, inequalities and multiple forms of conflict. These issues were intensified during the covid-19 pandemic, with systemic and inequitable impacts on healthcare delivery. This study aimed to identify and analyse the (bio)ethical dilemmas and implications experienced by health professionals before and during the pandemic. A qualitative, exploratory and descriptive study was conducted using online semi-structured questionnaires administered to health professionals. Data were systematized, interpreted, and organized into thematic axes. A total of 43 valid responses were obtained, supporting two thematic axes “Conflicts and dilemmas prior and/or persistent to the covid-19 pandemic” and “Conflicts emerging from the pandemic”. These encompassed issues related to structural fragilities and scarce resources in the health system, as well as moral and deontological conflicts arising in the health crisis. The accounts evoke numerous challenges that demanded strategic coordination

by public authorities, professional associations and institutions to improve health services, as well as establishing normative guidelines for decision-making processes and to prepare for upcoming crises and conflicts.

Keywords: Health Assistance. Bioethics. Covid-19. Pandemic. Health professionals.

Resumen: El campo de la salud se encuentra notablemente marcado por los determinantes sociales de la salud, las desigualdades y múltiples conflictos. Estas cuestiones se intensificaron a lo largo de la pandemia por covid-19, con impactos sistémicos e inequidades en la asistencia en salud. El objetivo de este estudio fue identificar y analizar los dilemas e implicaciones (bio)éticas vivenciadas por profesionales de la salud, antes y durante la pandemia. Este es un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo que involucró la aplicación de cuestionarios semi-estructurados on line dirigidos a profesionales de la salud. Los datos fueron sistematizados, interpretados y estratificados en ejes temáticos. Se obtuvieron 43 respuestas válidas, que sustentaron dos ejes temáticos: “Conflictos y dilemas anteriores y/o persistentes a la pandemia de covid-19” y “Conflictos emergentes durante la pandemia”, los cuales abarcan problemáticas relacionadas con las fragilidades estructurales y la escasez de recursos en el sistema de salud; así como conflictos de orden moral y deontológico durante la crisis sanitaria. Los relatos evocan numerosas situaciones problemáticas que exigen la coordinación estratégica por parte del poder público, asociaciones e instituciones para la mejora de los servicios de salud, adicionando normativas que orienten procesos decisorios y la preparación ante futuras crisis y sus conflictos.

Palabras clave: Atención en Salud. Bioética. Covid-19. Pandemia. Profesionales de la Salud.

Introdução

O campo da saúde constitui um pilar estrutural e transversal dos direitos sociais e humanos, configurando-se uma área em permanente construção, discussão e reflexão diante conflitos e dilemas (bio)éticos inerentes às práticas de cuidado e assistência. Esses dilemas permeiam diferentes constructos morais, deontológicos, legais e demais perspectivas, religiosidades e convenções sociais, traduzem, assim, distintos significados sobre o acesso à saúde, apontando intersecções entre determinantes sociais de saúde e marcadores estruturais da diferença (Zamboni, 2015).

No Brasil, essas questões situam-se intrinsecamente nos cenários de atuação e rede do Sistema Único de Saúde (SUS) – constituído como modelo de saúde contra-hegemônico, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, que orientam as políticas de promoção, proteção e prevenção da saúde (Paim, 2018; Sales *et al.*, 2019). Apesar dos significativos avanços obtidos nos últimos 30 anos em matéria de saúde pública, o SUS enfrenta um persistente estado de escassez de investimentos e recursos, o que compromete a promoção e proteção das populações e a garantia da aplicação de seus princípios e diretrizes de maneira ampla e capilarizada (Arreguy e Schramm, 2005; Paim, 2018).

Tais problemáticas refletem desafios macroestruturais e institucionais com desfechos diretos na oferta de serviços. Pensado como produto de uma Reforma Sanitária ainda inacabada e em permanente construção, o SUS vivencia um histórico de subfinanciamento da seguridade social e das sucessivas tentativas de mercantilização do direito e acesso à saúde no Brasil (Paim, 2018). Desde o golpe constitucional que o país enfrentou em 2016 e a passagem por governos de extrema-direita e conservadores, as políticas de saúde no Brasil foram tomadas pelo ditame neoliberal restritivo e especulativo, implicando na sobreposição do papel privado sobre o público, com reflexos no sucateamento da infraestrutura, na falta de recursos materiais e humanos que impactam diretamente no acesso e qualidade dos serviços de saúde e seus indicadores (Viacava *et al.*, 2018).

Ao longo da pandemia de covid-19 a omissão, a negligência e o descompromisso público do governo brasileiro (2019-2022) com o SUS afetou sobremaneira determinadas populações já vulnerabilizadas por desigualdades estruturais (Galvão *et al.*, 2021), resultando no fenômeno denominado de “mistanásia”, ou seja, a morte precoce, injusta, indigna e evitável de pessoas e determinados grupos (Holanda *et al.*, 2021). O cenário pandêmico (2020-2023) acentuou desigualdades históricas e marcou rupturas profundas na assistência prestada. Isso promoveu iniquidades ao não garantir direitos fundamentais, especialmente em saúde, previstos constitucionalmente e em políticas e acordos internacionais, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) de 2005 e demais convenções das quais o Brasil é signatário.

Nesse contexto de crise com impactos sistemáticos sobre todas as relações humanas – como da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – o papel do sistema de saúde público foi tensionado frente à necessária resposta à crise sanitária. A pandemia, trazida pelas metrópoles e elites brasileiras, se expandiu para as periferias e se interiorizou em locais com maiores vulnerabilidades socioeconômicas e de direitos básicos. Essa situação impôs novos desafios ao SUS e seus profissionais, acentuando fragilidades e disparidades no acesso e atendimento em saúde, agudizadas pela convulsão social da crise política e econômica vivenciadas no país nas últimas décadas (Rache *et al.*, 2020; Rego *et al.*, 2021).

Transitam, assim, nos espaços e práticas de saúde, diferentes e complexos dilemas e conflitos (bio)éticos que envolvem múltiplos atores sociais e institucionais. São complexidades humanas e sanitárias anteriores, que vão desde a origem e a

finitude da vida, e as desigualdades raciais e sociais estruturais – como situações persistentes em Bioética – até os conflitos e limites da biotecnologia face à preservação da dignidade e direitos humanos – como situações emergentes em Bioética (Garrafa, 2006; Garrafa, 2009). Soma-se, a isso, questões próprias da pandemia, como o desconhecimento inicial da doença, a ausência de vacinas, a urgência de medidas restritivas de circulação e mobilidade social, bem como a busca por tratamentos e medicamentos eficazes, o que resultou, no Brasil, em experimentações antiéticas de medicamentos sem eficácia comprovada por parte de muitos profissionais da saúde, promovendo grave violação de direitos e levando o então governo brasileiro a ser acusado de crime contra a humanidade (Conep/CNS, 2021), pelos quais o então presidente foi condenado pelo Tribunal Permanente dos Povos, em setembro de 2022 (ARNS, 2022).

Nesse período ocorreu uma demanda emergencial por acesso e a necessidade de priorização de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), de equipamentos de suporte ventilatório e medicamentos do chamado “kit intubação”. A falta inicial de equipamentos de proteção individual (EPIs) envolveu a busca global por produtos para saúde PPS, se somou às mudanças sistemáticas nas redes dos serviços de saúde, nos protocolos e na gestão em saúde, considerando ainda a elevada sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde e o gerenciamento da tomada de decisão diante dos recursos insuficientes para uma demanda crescente de assistência anterior e urgente, de média e alta complexidade (Moreira, 2020; Orellana *et al.*, 2021).

Partindo de premissas principialistas da não maleficência e beneficência, centralizou-se o debate em torno da autonomia médica e do indivíduo/paciente em um contexto em que foram deixados em segundo plano diversas questões persistentes em Bioética, como a desigualdade social, o racismo estrutural e as políticas específicas de saúde a populações vulneráveis.

Foi neste contexto que esta pesquisa foi realizada, a partir da seguinte pergunta: *“Em meio às fragilidades estruturais persistentes e escassez de recursos na área da saúde, acentuadas pela pandemia de covid-19, como se pautam as condutas e decisões dos profissionais da saúde? Quais as implicações (bio)éticas destas escolhas?”*. O objetivo desta pesquisa foi promover uma escuta ativa de profissionais da saúde de diversas categorias, buscando identificar, sistematizar e refletir sobre a tomada de decisões de difícil escolha, sob pressão e em contextos de recursos escassos, analisando-se, ainda, responsabilidades éticas, legais e humanas envolvidas.

Método

Realizou-se um estudo de caráter qualitativo, exploratório e descritivo, por meio de coleta de dados com questionário semiestruturado distribuído em ambiente virtual (online), entre dezembro de 2020 e março de 2021. O questionário continha 28 perguntas – 19 objetivas e 9 subjetivas – distribuídas em três seções: (I) Levantamento de dados sociodemográficos; (II) Reflexões sobre as implicações bioéticas e dilemas da assistência e cuidado em saúde antes da pandemia; e (III) Reflexões sobre a tomada de decisões e suas implicações presentes e urgentes na pandemia.

O recorte do estudo foi de profissionais da saúde de diferentes especialidades, que compunham equipes multi e interprofissionais, legalmente qualificados e habilitados, atuantes nos mais diversos níveis de atenção e serviços de saúde do país. Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica *snowball* (bola de neve), na qual um grupo inicial de participantes foi selecionado em grupos de profissionais de saúde, existentes em um aplicativo de mensagens. A esses participantes, foi solicitado que indicassem outros membros da população de interesse da pesquisa, e que encaminhassem o questionário de pesquisa em suas redes de contato. Trata-se de uma técnica de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência, a qual se mostra útil para pesquisar grupos de difícil acesso ou estudo, quando não há precisão sobre seu quantitativo e, sobretudo, quando a pesquisa aborda questões delicadas de âmbito profissional e privado (Vinuto, 2014; Costa, 2018).

As respostas ao questionário foram sistematizadas e estratificadas em eixos temáticos e categorias de interpretação, significação e comparação frente à compreensão das condutas e cultura de profissionais da saúde diante de dilemas (bio)éticos em contextos de difícil processo decisório, sejam eles anteriores ou presentes durante a pandemia de covid-19.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (UnB), sob o parecer n.º 4.425.418/2020, e seguiu as recomendações da Resolução n.º 466/2012 e Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do Ofício circular n.º 2/2021. Todos as/os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Foram recebidas 49 respostas, das quais 43 foram consideradas válidas considerando-se os critérios de inclusão. Participaram da pesquisa profissionais da saúde de todas as regiões do Brasil oriundos de equipes multi e interprofissionais, atuantes nos diferentes níveis de atenção e serviços. Das/dos respondentes, 21 (48,84%) eram da região Centro-Oeste, 9 (22,92%) do Sudeste, 6 (13,95%) do Sul, 5 (11,63%) do Nordeste e 2 (4,65%) do Norte. Majoritariamente foram mulheres (n=36; 83,72%), dado em consonância com a realidade brasileira, na qual as mulheres compreendem a maioria da força profissional na saúde, com cerca de 70% da ocupação na área no país (Wermelinger, 2010). Entre os demais respondentes, 6 (13,95%) homens e 1 (2,33%) não informou o gênero.

Entre as/os respondentes, a maioria tinha somente graduação/ensino superior completo, 23 (53,49%), e 16 (41,86%) haviam cursado pós-graduação (mestrado, doutorado ou especialização). Ademais, 4 (9,30%) concluíram o ensino médio completo, 1 (2,33%) o ensino fundamental e 1 (2,33%) não respondeu o seu grau de instrução.

A pesquisa envolveu profissionais de diferentes formações, sendo 22 (51,16%) da Enfermagem (enfermeiros, técnicos e docentes), 6 (13,95%) da Psicologia, 4 (9,30%) da Medicina, 2 (4,65%) Agentes Comunitários de Saúde, 2 (4,65%) de Farmácia e 7 (16,28%) de outras áreas, sendo elas, biomedicina, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e serviço social.

Os/As participantes atuavam em diferentes níveis de atenção à saúde, sendo 14 (32,56%) na atenção primária, 9 (20,93%) na secundária e 8 (18,60%) na terciária. Demais modalidades compreenderam 10 (23,26%) das/os participantes e 2 (4,65%) não responderam. A maioria trabalhava em serviços públicos de saúde (n=21; 48,84%) e em serviços privados (n=15; 34,88%). Um total de 6 (13,95%) atuava profissionalmente em outros tipos de serviço (filantrópicos, gestão mista ou trabalho liberal). Houve 1 não respondente (2,33%).

Em relação ao tempo de atuação em sua área profissional, 3 (6,98%) possuíam menos de 1 ano de experiência; 9 (20,93%) entre 1 e 5 anos; 6 (13,95%) entre 6 e 10 anos; 8 (18,60%) entre 11 e 15 anos; 8 (18,60%) entre 16 e 20 anos; e 9 (20,93%) possuíam mais de 20 anos de experiência na área. Do total de respondentes, 16 (37,21%) informaram atuar em unidade de referência para tratamento e cuidado a

Os relatos e dados coletados sustentaram a formação de dois eixos temáticos: (I) “*Conflitos e dilemas anteriores e/ou persistentes à pandemia de covid-19*”; e (II) “*Conflitos emergentes à pandemia de covid-19*”.

(I) Conflitos e dilemas anteriores e/ou persistentes à pandemia de covid-19

As práticas de cuidado e atenção à saúde das populações são recortadas por múltiplos contextos e marcadores sociais, culturais, religiosos, políticos, morais e jurídicos. É nesse sentido que a Bioética promove uma compreensão ampliada de vários conflitos e dilemas ligados à interface entre teoria e prática e à intersecção de tais valores (Rego *et al.*, 2009).

Como fundamento para a tomada de decisão, 74,42% (n=32) do total de respondentes acreditavam que sua formação acadêmica e profissional balizou adequadamente o processo decisório. Analisando suas trajetórias profissionais, 55,81% (n=24) relataram ter vivenciado situações de difícil tomada de decisão profissional, o que Nora *et al.* (2015) definem como “deliberação ética”: a utilização de valores, crenças e deveres para orientar o processo decisório individualmente ou com suporte coletivo em discussão ampliada.

Contudo, 25,58% (n=11) dentre as/os respondentes relataram a vivência de possível indução ou coerção à tomada de decisão, acreditando que agiram contra o princípio da dignidade e a garantia dos direitos humanos e de saúde, um dado expressivo e de notável relevância. Dentre as situações relatadas, 34,88% (n=15) consideram que houve violação de direitos fundamentais e da dignidade humana, o que demonstra um antagonismo entre a adequada tomada de decisão em termos éticos e a proteção de direitos fundamentais. Observa-se que o artigo 18 da DUBDH aborda justamente a Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas, a saber:

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.

c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes (Art. 18º DUBDH – Unesco, 2005).

Diferentes questões apresentaram-se nas respostas e relatos do corpo profissional da saúde, abrangendo desde conflitos anteriores à pandemia de covid-19 até aqueles que persistiram ou foram agudizados nesse cenário. Os relatos deste eixo temático suscitaram inúmeras problemáticas, organizadas nas seguintes categorias: 1) Falta de infraestrutura, EPIs e superlotação; 2) Desafios de gestão e trabalho em equipe; 3) Desumanização e violências; 4) Dilemas em situações limite; 5) Priorização de atendimento e recursos; e, 6) Autonomia e ato médico.

A falta de infraestrutura e equipamentos de proteção individual (EPIs) e a superlotação das unidades, apresentaram-se como um dilema anterior e agravado no contexto pandêmico. Essa problemática mostrou-se transversal e serviu como base para uma série de conflitos:

Diante da falta de EPIs na unidade, me vi em uma situação em que eu só tinha um par de luvas de procedimentos para realizar quatro curativos no mesmo paciente. Me senti muito mal e muito culpada por saber os prejuízos que aquela contaminação cruzada poderia causar ao paciente que já estava imunodeprimido e muito debilitado. Mas, ao mesmo tempo, também pensei na piora da ferida caso aquele curativo já saturado continuasse fechado por mais um dia. Foi uma decisão difícil, mas eu tentei priorizar os curativos das feridas limpas primeiro e finalizei com a ferida mais contaminada, para reduzir o risco de agravos (Relato 1 – Enfermeira, Centro-Oeste).

Eu fiquei monitorando o paciente e chamei o SAMU, que demorou 30 minutos para chegar, tempo considerado rápido para a realidade da rede onde atuo. Me senti sem função, como se meu objetivo de médico, cuidador e profissional de saúde estivesse falhado. Mas deu certo com a chegada inusitadamente rápida do SAMU, o paciente foi removido para o hospital e ficou bem depois de um período de internação (Relato 5 – Médico, Centro-Oeste).

Os cenários e dificuldades relatadas impactam diretamente na qualidade e segurança da assistência prestada, tanto aos profissionais quanto aos pacientes. A escassez de EPIs, denunciada no relato 1, fere diretrizes de biossegurança e situa problemáticas que estiveram no foco central da pandemia, diante da escassez pela demanda global por esses insumos e produtos de saúde e seu necessário racionamento. Problemáticas da ordem da infraestrutura e articulação da rede de saúde, presentes no relato 5, podem resultar na perda de vidas ou na progressão de agravos maiores, com altos custos sociais, econômicos e humanos.

Somam-se a essas iniquidades, a persistente superlotação das unidades de saúde, antes e durante a pandemia, em desacordo com as orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no âmbito da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e por instituições nacionais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e protocolos do Ministério da Saúde (Brasil, 2017; Neves *et al.*, 2011). Nessas condições os profissionais refletiram sobre a necessidade de melhor organização dos serviços, propondo o *“controle dos insumos, treinamento do pessoal e organização na superlotação”* (Relato 10 – Agente Comunitário de Saúde, Centro-Oeste).

Além de aspectos estruturais, apresentaram-se desafios da gestão e trabalho em equipe e seus impactos sobre a assistência prestada. Essa categoria envolve questões de ordem administrativa e hierárquica do trabalho multiprofissional, desde a relação de confiança entre profissional-paciente na manutenção do sigilo profissional, que é frequentemente impactada diante de questões organizacionais e estruturais, como a *“triagem e consulta de enfermagem de mais de um paciente no mesmo ambiente”* (Relato 29 – docente de Enfermagem, Sul) e a *“quebra de sigilo, interferência no trabalho do outro e conflitos de interesse”* (Relato 24 – Educador Físico, Sudeste). Ademais, foram citados conflitos hierárquicos:

Conflitos entre equipes que muitas vezes ferem os princípios éticos e morais, como sou técnica de enfermagem sempre segui a hierarquia de passar para os superiores, porém nem sempre os conflitos eram resolvidos (Relato 36 – Enfermeira, Sudeste).

Segundo os relatos, a notificação para a gestão superior das unidades e órgãos de saúde nem sempre ocorre de maneira eficaz, o que também uma dificuldade em promover mudanças nas relações hierárquicas de poder e coerção entre os profissionais.

Como docente que supervisiona estágio, minha atuação se restringe a orientação ao aluno e não realizar tal forma de atendimento, bem como conversar com a equipe sobre a conduta, mas sem resolutividade (Relato 29 – docente de Enfermagem, Sul).

Dessa forma, para manter o paciente seguro, é importante o reconhecimento das falhas na assistência e o manejo adequado das condições de trabalho e gestão. O que demanda mudanças de atitude na unidade e nos profissionais, na implementação de culturas de gestão mais justas, mesmo diante de graves conflitos bioéticos e profissionais (Nora *et al.*, 2018):

Um colega veio me contar que contaminou uma sonda vesical de demora no chão e mesmo assim instalou no paciente. Meu dilema era contar ou não para a nossa supervisora. Avalio que tomei a decisão correta ao comunicar o ocorrido, pois a supervisora soube contornar a situação pensando no bem do paciente e sem constranger ou causar represálias ao profissional que errou no procedimento (Relato 1 – Enfermeira, Centro-Oeste).

Esses conflitos recaem sobremaneira na saúde psíquica dos profissionais, diante do peso do dever ético e profissional em oferecer o suporte e os cuidados de saúde apropriados, por vezes distantes da realidade dos serviços de saúde (Teixeira, 2020). Tais questões resultam também em eventos de desumanização e violências simbólicas e físicas perpetuadas por alguns profissionais de saúde. Apesar dos aportes ideológicos e das diretrizes do SUS, que incluem valores de saúde ampliados como a humanização do cuidado e do trabalho, demonstrou-se como um desafio persistente: *“Infelizmente a saúde é um ambiente onde muito se é necessário construir uma prática humanizada”* (Relato 20 – Fonoaudióloga, Nordeste). Essa dificuldade, dada a sua importância, é abordada por políticas como a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que preconiza a assistência integral, humanizada e respeitosa (Pasche *et al.*, 2011).

Portanto, são problemáticas que resultam em violações dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e dos acompanhantes, como ilustra o relato de uma profissional ao *“ser criticada por atender o parceiro de gestantes em uma unidade de saúde que não fazia o pré-natal do parceiro por falta de estrutura, pessoal e demanda de muito tempo. Me senti coagida, agredida, triste, impotente e desrespeitada”* (Relato 31 – Enfermeira, Centro-Oeste). Somam-se a isso questões do poder hierárquico, evidenciando relações simbólicas do poderio do saber médico em relação aos demais profissionais da saúde e aos pacientes, inclusive envolvendo ocorrências de violências obstétricas:

Acho que a questão da humanização dos profissionais, principalmente os médicos, acaba interferindo no tratamento eficaz dos pacientes. O fato de o setor de saúde trabalhar no modelo de produtividade também desumaniza a atenção à saúde (Relato 20 – Fonoaudióloga, Nordeste).

Presenciei violência obstétrica por parte do médico e como estudante, não pude fazer nada. Ninguém tem coragem de “peitar” esse profissional. Fiquei mal pela mulher que estava em um momento de fragilidade (Relato 41 – Enfermeira, Centro-Oeste).

Vi gestante em trabalho de parto com covid-19 ser vítima de preconceito por ter ido buscar atendimento onde trabalho, que não é referência para

covid-19. Gestantes não tem obrigação de saber onde é referência ou não para buscar atendimento sendo covid-19. A unidade onde trabalho deve fazer atendimento emergencial de pacientes com covid-19 e se necessitar internação, fazer encaminhamento com AIH (Autorização de Internação Hospitalar) ou referência e contrarreferência. (...) Existe muito preconceito com quem está positivo para covid-19. Ainda existe muito medo da doença (Relato 39 – Enfermeira, Centro-Oeste).

Não surpreende que a dimensão dessa relação hierárquica crie obstáculos para a denúncia de situações de violações aos direitos dos pacientes, diante do medo de represálias e do autoritarismo no ambiente de trabalho. Portanto, para o efetivo e democrático processo decisório, essas questões não podem estar presentes ou intimidando as liberdades de opinião, fala e decisão (Nora *et al.*, 2015).

Ainda sobre aspectos gerenciais e éticos, apresentaram-se problemáticas da gestão de atendimento prioritário em crises, como a priorização de leitos e cuidados de pacientes de alto risco: *“Costumo dizer que o que conta muitas vezes é o cuidado com o leito e não com o paciente, quanto mais rápido esvaziar o leito, melhor para a produtividade”* (Relato 20 – Enfermeira, Centro-Oeste). Essa situação é evidenciada pela necessidade de *“liberar para enfermagem pacientes instáveis para atender paciente mais grave”* (Relato 12 – Enfermeira, Sul), questão balizada na Resolução n.º 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que se refere à prioridade de leitos e à seleção da urgência quanto ao tratamento.

Moreira (2020) discute que em crises ou alta demanda de pacientes em condição clínica grave, tem-se na complexa prática decisória diversas leituras e conduções quanto ao direito e preferência ao leito. Trata-se de um contexto que pode ser influenciado por preconceitos e perspectivas pessoais, promovendo iniquidades e violências em saúde. Essa situação pode ser evidenciada pelo dilema relatado por uma Enfermeira da região Centro-Oeste: *“Manter pessoas com quadro de saúde complexo na Instituição para cuidado paliativo de conforto ou enviar ao Hospital?”* (Relato 31 – Enfermeira, Centro-Oeste) em contexto de pandemia.

Nesse aspecto dos conflitos e dilemas profissionais anteriores ou persistentes à pandemia de covid-19, os relatos coletados trouxeram ainda a dimensão da falta de acesso à informação somada a preconceitos múltiplos que privam pacientes – muitas vezes graves – do efetivo acesso aos serviços, inclusive em situações complexas e de vulnerabilidade, como o processo do parto e puerpério. No relato 17, o profissional de Enfermagem da região Centro-Oeste discorreu que *“gostaria de ver mais direitos*

dos pacientes do SUS sendo respeitados”, os quais deveriam balizar as condutas e culturas dos trabalhadores da saúde, visando a garantia dos direitos dos usuários do SUS, no que pese a diferentes políticas específicas e transversais de saúde, como também dos direitos e deveres postulados na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e da PNH (BRASIL, 2011).

Outra questão vivenciada na prática profissional foi a ocorrência de dilemas em “situações limite”, como circunstâncias que tensionaram valores e crenças de ordem privada e moral e que envolviam condutas inadequadas, abusivas ou omissas dos profissionais. Entre elas a negligência: *“paciente classe média; internou no último grau de desnutrição e desidratação, foi requisitado cuidadores porque era idosa para acompanhar. Infelizmente ela faleceu”* (Relato 17 – Enfermeiro, Centro-Oeste) sem ter o seu direito atendido. Outra profissional Farmacêutica, também da região Centro-Oeste, refletiu sobre o *“limite de ajuda profissional em relação a paciente com risco de autoextermínio”* (Relato 38 – Farmacêutica, Centro Oeste) bem como em situações de violência: *“Mulheres que sofriam violência doméstica e não tinham coragem, vontade, condições psicológicas para denunciar o agressor. Não é possível obrigar uma pessoa a fazer uma denúncia. Mas teria que ser encaminhada a uma psicóloga”* (Relato 08 – Dentista, Sudeste).

Tais situações requeriam que profissionais de saúde tivessem o domínio de conhecimentos em diferentes áreas, incluindo direitos humanos, políticas de saúde e assistência social para diversos grupos em situação de vulnerabilidade, e da legislação com componentes de proteção social, com especial atenção aos alicerces da Bioética – incluindo a DUBDH (Unesco, 2005) – para a tomada adequada de decisão. Esses contextos tensionam os limites de atuação profissional, como o relato da *“impossibilidade de ação ampla do Farmacêutico Clínico”* diante situação de autoextermínio (Relato 38 – Farmacêutico, Centro Oeste), e no caso da violência doméstica (Relato 08 – Dentista, Sudeste): *“triste essa situação que se repete todos os dias contra crianças, idosos e mulheres. Não tenho capacidade para avaliar o que legalmente possa ser feito para acabar com essa chaga”*. Falas que estão atreladas a contextos multifatoriais que, além dos aspectos de saúde, envolvem questões sociais, políticas e culturais, e uma série de valores e morais, próprios dos profissionais, pacientes e familiares, em contínua e tênue tensão.

Ainda sobre situações limite no exercício profissional, observou-se nos relatos colhidos nesta pesquisa a existência de conflitos envolvendo situações persistentes

em bioética, como a distanásia e ortotanásia, com uma discussão ampliada desses fenômenos no contexto pandêmico:

O paciente, tetraplégico por Acidente Vascular Cerebral, 60 anos, sem possibilidade de reversão do quadro, sem família, pedia para ajudá-lo a morrer (Relato 11 – Psicóloga, Sul).

Idoso de 109 anos com demência grave, com complicações de covid-19 associado a impossibilidade de presença da família. A decisão de não reanimação deveria ter sido em equipe interdisciplinar e com a família. Foi balizada por protocolo institucional e relatório médico corroborando com a situação frágil do idoso. Considero acertada a decisão de não reanimação, porém isso não exclui o cuidado e manejo dos sintomas. Diante desses cuidados houve melhor aceitação da equipe. Exceto pela ausência de família e tomada de decisão compartilhada (Relato 7 – Enfermeiro, Centro-Oeste).

Por vezes, a procura pela manutenção da vida a qualquer preço – caracterizando a distanásia, ou seja, a obstinação terapêutica –, constitui um prolongamento penoso e artificial do processo de morrer, que não significa qualidade e respeito à vida, necessariamente (Felix *et al.*, 2013). Coloca-se em debate a perspectiva de autonomia do paciente pela decisão de interrupção da vida diante de grave sofrimento ou da impossibilidade de tratamento, ou ainda, a longa permanência em cuidados paliativos, no contexto da ortotanásia, com a interrupção do tratamento da doença – e não de cuidado e conforto –, que se apresenta irreversível, de modo a poupar o indivíduo de sofrimento evitáveis e prolongados, provendo assim, dignidade no morrer (Tabet e Garrafa, 2016).

O processo decisório nesses casos, segundo os relatos, baseou-se em “*aspectos morais, religiosos e legais*” (Relato 11 – Psicóloga, Sul) e na análise do “*protocolo institucional e relatório médico corroborando com a situação frágil do idoso*” (Relato 7 – Enfermeiro, Centro-Oeste). São questões anteriores à pandemia, mas que ganharam novas facetas de importante discussão e reflexão nesse cenário particular. Isso foi evidenciado principalmente nos cenários de UTI como focos de atenção e suporte aos infectados pela covid-19 que desenvolvem casos mais graves da doença e que necessitam de cuidados intensivos.

A reflexão sobre o princípio de autonomia e suas repercussões na saúde dos indivíduos e das coletividades envolveu também a questão da vacinação – em um contexto de disseminação de *fake news* e desinformação, com crescimento sistemático de movimentos antivacina em diferentes países, mesmo anteriormente à pandemia.

Apresentaram-se potenciais riscos e desfechos:

Dificuldade com pais que não gostariam de vacinar ou fazer vitamina K. Três dias depois da alta hospitalar o bebê teve um mal súbito e faleceu em casa. Após investigação bebê faleceu por hemorragia interna. Hoje sou mais incisiva sobre a importância da vitamina K. Acredito que poderia ter aumentado minha autonomia (Relato 2 – Enfermeira, Centro-Oeste).

No Brasil, a vacinação, apesar de não ser compulsória, constitui direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e em recentes decisões judiciais que qualificam o direito da criança à saúde em contraponto à autonomia dos genitores/cuidadores, sendo obrigatória para o acesso à educação e a políticas sociais. Impõe, assim, limites à autonomia individual e da tutela familiar em prol dos direitos e garantias de crianças e adolescentes resguardados em lei, bem como fomenta o debate ampliado sobre os direitos coletivos e a responsabilidade social em saúde consoante ao artigo 14 da DUBDH.

Na outra ponta da autonomia, apresenta-se também o direito do paciente de aderir ou não ao tratamento prescrito. Para adultos, essa decisão corresponde a processos decisórios do âmbito de sua individualidade, cabendo ao profissional orientar sobre a importância da aderência ao tratamento e informar a/o paciente sobre as consequências médicas em caso de recusa. Não cabe ao profissional de saúde obrigar ou impor quaisquer medidas punitivas e restritivas, além de situações previstas na legislação ou com respaldo legal, ou ainda, em emergências para resguardar e salvar vidas, conforme prevê os códigos deontológicos (Silva, 2015).

Os presentes relatos sustentam reflexões e denúncias sobre inúmeros conflitos de ordem (bio)ética, jurídica e moral, abordando questões que são anteriores à pandemia e que nela se desdobraram em conflitos maiores. Reflete-se, aqui sobre a importância da escuta destes profissionais quanto à identificação dessas problemáticas a fim de compreender o impacto da pandemia nas práticas de cuidado em saúde, visando identificar lacunas e organizar proposições.

(II) Conflitos emergentes à pandemia

A pandemia de covid-19 foi declarada em 11 de março de 2020 pela OMS, diante do crescente surto do novo coronavírus iniciado em Wuhan, na China, e disseminou rapidamente desde o fim de dezembro de 2019. O cenário sanitário provocou mudanças complexas na geopolítica mundial, alterando as relações de trabalho, econômicas e sociais em diversos aspectos.

Neste bloco da pesquisa, os discursos dos respondentes do questionário deram origem a cinco categorias temáticas: 1) Reflexões sobre protocolos e recomendações deontológicas na pandemia; 2) Dilemas sanitários em contraste a dilemas sociais; 3) Reflexões sobre mistanásia; 4) Prescrição de medicamentos e tratamentos sem comprovação científica; e 5) Represamento de demandas em saúde anteriores à pandemia.

Desde seu anúncio, ainda como surto, a covid-19 demandou o estabelecimento urgente de novos protocolos e recomendações sanitárias, que foram rotineiramente revisados e discutidos à luz do avanço dos conhecimentos a respeito da nova doença. No Brasil, pode-se dizer que o primeiro ano da pandemia foi marcado por “ausências: de protocolos adequados, de políticas públicas de prevenção e acesso à informação e de vacinas para a população” (Lima, Portela e Holanda, 2020).

Nem sempre é possível haver protocolo se a emergência/crise é desconhecida, como a do coronavírus. Por outro lado, protocolos mal escritos ou inadequados podem levar a atendimentos inadequados e, mesmo, eticamente questionáveis (Relato 11 – Psicóloga, Sul).

Esta ausência de protocolos e orientações objetivas diante da crise sanitária foi significativa na opinião de 88,37% (n=38) do total de participantes da pesquisa, podendo ser considerada também como uma violação aos direitos humanos conforme os artigos: 4º (os benefícios diretos e indiretos a pacientes devem ser maximizados e qualquer dano possível minimizado); 8º (respeito pela vulnerabilidade humana e integridade individual, que devem ser consideradas na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas); e 22º (que aborda o papel dos Estados na formação e informação da população) da DUBDH (Unesco, 2005). É importante ressaltar que, ao longo de 2020 e 2021, diversas instituições (inter) nacionais, bem como associações profissionais e científicas, publicaram orientações para os cuidados de pacientes com covid-19, propondo a reorganização dos serviços para atender a demanda crescente.

No campo deste estudo – das questões éticas e legais na assistência em saúde e seus conflitos – destaca-se a Recomendação n.º 01/2020 da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) que visava balizar os fundamentos éticos no contexto da pandemia, abrangendo desde a alocação de recursos e uso de tecnologias com base na igualdade, e o Protocolo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) sobre alocação de leitos e recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19. Ressalta-se, ainda, a necessária observação rigorosa dos preceitos e valores da

DUBDH (Unesco, 2005) como pilar da prática profissional, clínica e de pesquisas científicas, em especial, nos contextos de crise.

Demanda-se de profissionais da saúde a constante atualização dos conhecimentos teóricos e práticos, incluindo os protocolos que lidam com a dimensão desses conflitos. Tais protocolos servem como princípio para balizar sua conduta e cultura, em momento de difícil escolha, como também para garantir sua própria segurança e prover um cuidado melhor e mais adequado aos indivíduos, à família e à comunidade. Um exemplo disso são as políticas de acompanhamento dos pacientes – incluindo aqueles com covid-19 ou outras questões de saúde –, que ao longo da pandemia foram paulatinamente revistas:

A unidade suspendeu durante a primeira onda da pandemia o acompanhante no trabalho de parto e durante a internação. Depois permitia a entrada do pai do bebê somente na hora do nascimento, permanecendo como acompanhante por 12 horas. Atualmente, podendo ter acompanhante durante toda a internação. Visitas continuam suspensas. Senti que pacientes ficavam mais nervosas e fragilizadas, pois parto e nascimento é momento que elas necessitam de apoio de familiares (Relato 39 – Enfermeira, Centro-Oeste).

A busca por alternativas de manutenção do contato diante das necessárias medidas de distanciamento social, para prover humanização, comunicação e mesmo processos de luto e despedida vivenciados à distância, esteve presente nas reflexões do grupo participante: *“Quanto a isolamento, talvez uma estrutura adequada que permitisse o acompanhamento ou despedida do familiar”* (Relato 12 – Enfermeira, Sul). Nesse sentido, registrou-se a inserção de tecnologias de comunicação em áudio ou vídeo por profissionais da saúde, visando prover algum tipo de contato entre paciente e familiares, além de situações controladas de visita, seguindo protocolos rigorosos de paramentação e testagem.

Atrelado a isso, tem-se a questão da complexidade do cumprimento de medidas de distanciamento social diante de dilemas socioeconômicos.

O paciente deu o teste covid-19 positivo e enquanto ele não apresentasse um teste negativo ele não poderia voltar ao trabalho. Na época que era início de pandemia e pouco se falava em direitos trabalhistas na covid-19 e nem auxílio emergencial, a empresa podia mandar os funcionários irem embora (era o que a empresa alegava). No caso, ele deu positivo e o paciente era a única fonte de sustento da família. Depois do paciente contar que iria para a rua e não teria mais sustento, a equipe entrou em um debate se era ético liberarem ele para o trabalho, podendo transmitir a doença aos outros ou deixá-lo perder o emprego

e ficar sem trabalho em um dos momentos em que a taxa de desemprego estava só aumentando e sem muitas oportunidades de retorno. Enfim, o paciente perdeu o emprego. Como estagiária e na época não havia protocolos com relação à covid-19, apoiei não liberá-lo por conta do risco de transmissão. Eu não faria diferente (Relato 41 – Enfermeira, Centro-Oeste).

O relato 41 espelha um dilema vivenciado pela classe trabalhadora do campo da saúde e seus familiares. O risco de adoecimento por covid-19, em especial durante as fases críticas da pandemia, contrapôs questões sanitárias, de ordem social e estrutural, com questões subjetivas, emocionais e de subsistência. Esse dilema ocorreu em um país que, naquele momento, continha mais de 14,8 milhões de pessoas desempregadas e 6 milhões de desalentados (IBGE, 2021) e no qual 19,1 milhões passavam fome e 116,8 milhões viviam com algum grau de insegurança alimentar em 2021 (Rede Pessan, 2021).

Os relatos colhidos abordaram, nesse cenário da crise sanitária, política, social e econômica, reflexões éticas sobre a inevitabilidade da contaminação e da mortalidade, tão elevadas no Brasil. Em Bioética, a noção de *mistanásia* aborda a morte por ação ou omissão, por negligência de políticas e recursos (Ferreira e Porto, 2019; Werneck *et al.*, 2021). Essa noção fala ainda de uma responsabilização, no caso brasileiro, estatal e governamental, que reforçou marcadores das desigualdades e vulnerabilidades sistêmicas (Lima *et al.*, 2020; Holanda *et al.*, 2021). Na pesquisa realizada, 41,86% (n=18) do total de respondentes referiram a vivência de alguma situação da prática de assistência à saúde que envolveu conflitos morais, dilemas éticos ou escolhas complexas diante dos recursos escassos em saúde, amplificados pelo contexto de pandemia. Nessa difícil tomada de decisão, incluiu-se a impossibilidade de assistência à saúde para um ou mais pacientes, reportada por 44,19% (n=19) do mesmo universo – um dado extremamente significativo.

A atuação profissional em espaços estruturalmente desprovidos de recursos materiais e humanos refletiu-se, na pandemia, tanto em questões de saúde mental de toda a sociedade, que se agravaram diante das medidas de distanciamento social e mudanças abruptas no trabalho (Bastos *et al.*, 2021), como também na própria saúde mental dos trabalhadores, diante dos dilemas associados aos deveres inerentes de sua profissão somados ao medo de infectar-se, contaminar colegas e familiares (Teixeira *et al.*, 2020).

No início da pandemia, evitava atender pacientes com suspeita de covid-19, contato apenas essencial. Depois percebi, a situação de exclusão que estes

pacientes estavam vivenciando e busquei atendê-los com acolhimento (Relato 39 – Enfermeira, Centro-Oeste).

Outro aspecto evidenciado pelos protocolos e práticas clínicas em contexto de pandemia foi a prescrição de receitas e o uso indiscriminado de medicações sem comprovação científica. Essa problemática que se fez presente na urgência de tratamentos para a prevenção ou atenuação de sintomas e casos de covid-19 e que, no Brasil, foi promovida pelo próprio Ministério da Saúde e pelo Governo Federal (Sodré *et al.*, 2020, Matta *et al.*, 2021).

Paciente pedindo que eu prescrevesse medicações sem validação científica, médicos e políticos reiterando o uso de medicamentos e o tal 'tratamento precoce para covid-19'. Me orientei com base nos protocolos clínicos do DF e do MS, mas também a minha consciência bioética principialista de "não fazer o mal". O tal tratamento precoce está sendo ainda mais criticado por não ter evidências científicas (Relato 05 – Médico, Centro-Oeste).

A presente questão poderia, certamente, ser constatada em contexto anterior à pandemia. Porém, foi ao longo da pandemia de covid-19 que se observou uma maximização da prática por profissionais da saúde, em nome da premissa de "autonomia médica", ao exemplo do Parecer 4/2020, de 16 de abril de 2020, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permitiu a prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina a critério médico e consentimento do paciente. Isso resultou na disseminação indiscriminada – e, frise-se, até mesmo por intermédio institucional e governamental – de *kits covid-19* – conjunto de drogas para prática de "tratamento precoce" prescritos de forma "*off-label*" sem indicação da bula – como instrumentos para "curas, prevenção e/ou atenuação" da infecção, mesmo sem comprovações científicas efetivas (Sodré, 2020; Furlan e Caramelli, 2021; Matta *et al.*, 2021).

É importante registrar que diferentes estudos e pareceres da OMS rejeitaram o uso das mais diversas medicações, que não obtiveram eficácia comprovada no tratamento da covid-19, incluídas nesses *kits*, sendo algumas delas, inclusive gerando agravos (Ferreira e Andricopulo, 2020; Furlan e Caramelli, 2021). Observa-se uma contradição entre essa defesa da autonomia médica, em detrimento da responsabilidade social em saúde, bem como o princípio da não maleficência, pois receitar medicações sem evidências científicas e conduzir testes de medicamentos sem aprovação implicam em várias infrações (bio)éticas, legais, morais, quanto, jurídicas.

Observou-se, por fim, relatos que abordaram como a emergência da covid-19 repressou demandas e problemas de saúde anteriores à pandemia, com importantes impactos no acesso e cuidado à saúde da população: *“as outras comorbidades não estão sendo assistidas pela falta de profissionais e também limite de atendimento para unidades básicas”* (Relato 26 – Técnica em Enfermagem, Sul).

Conclui-se que a falta de gestão unificada da saúde e de coordenação, principalmente dos serviços de atenção básica, resultou em inúmeros agravos à população em geral e àquelas mais vulnerabilizadas em particular, o que também resultou na diminuição do acesso à saúde, na forma de acompanhamento, tratamentos, exames e diagnósticos (Rache *et al.*, 2020). Evidenciou-se a necessária reflexão sobre o papel das equipes de saúde na reorganização dos serviços e na manutenção dos atendimentos a outras demandas de saúde, além da covid-19.

Considerações Finais

Os eixos temáticos identificados pelos relatos colhidos nesta pesquisa denotam que a prática de assistência e cuidado no campo da saúde se situa intrinsecamente ligada a complexos processos decisórios que recaem sobremaneira na força de trabalho da saúde, sobretudo em contextos de crise sanitária, como o vivenciado na pandemia de covid-19.

Essas tomadas de decisão envolveram desde os persistentes conflitos de ordem (bio)ética e seus impactos na promoção, prevenção e recuperação da saúde – como as discriminações de gênero, raça, sexualidade e religião; alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde; ou ainda as questões relacionadas aos direitos humanos e à democracia – como também questões emergentes de bioética, relacionadas neste cenário pandêmico, ao desenvolvimento de vacinas e ao papel biopolítico de decisão e controle do Estado (Garrafa, 2006; Garrafa, 2009).

As relatadas denúncias de violações aos direitos humanos, aos direitos de pacientes e de conflitos deontológicos reforçam a necessidade de ampliar a participação de sociedade civil e de organizações internacionais e nacionais na defesa de pacientes e busca por melhores condições de trabalho e mudanças estruturais no setor da saúde e em suas práticas. O que exige um poder público eticamente balizado e atuante na melhoria dos serviços de saúde e áreas transversais, com o efetivo combate às desigualdades, iniquidades e violências.

Considerando que a recente pandemia anuncia que outras mais virão, exige-se do corpo profissional da saúde a reflexão crítica sobre os conflitos bioéticos relacionados à sua atuação e os impactos destas escolhas na intensificação ou mitigação de problemáticas historicamente preexistentes. Olhar criticamente para a história torna-se um ponto fundamental para dirimir possíveis erros e balizar condutas mais assertivas em crises e conflitos futuros e naqueles que persistem no campo da saúde.

Para tanto, advoga-se pela necessidade de protocolos e fundamentação legal para orientar e coordenar adequadamente os processos decisórios na saúde, o que envolve também a implementação de Comitês ou Conselhos de Ética em diferentes contextos e serviços de saúde. Acrescenta-se, ainda, a importância de criar canais inter e extra institucionais para denúncias de violações de direitos de pacientes e de redes de ensino e pesquisa fortalecidas e interconectadas, para compreensão e o aprofundamento destas questões.

Referências

Arreguy EEM, Schramm FR. Bioética do Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise pela bioética da proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005, 51(2): 117-123.

ARSN Comissão. Tribunal Permanente dos Povos condena Bolsonaro por crimes contra a humanidade. 1 de setembro de 2022. Disponível em: <https://comissaoarns.org/pt-br/blog/tribunal-permanente-dos-povos-condena-bolsonaro-por-crimes-contra-a-humanidade/>

Brasil. Lei no 8.069, de 13/07/1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 13/07/1990.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Assistência. Brasília: Anvisa, 2017.

Conep/CNS. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde. Nota pública: Conep/CNS avalia que tratamento com cloroquina nebulizada desrespeita normas de ética clínica no Brasil, 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1705-nota-publica-conep-cns-avalia-que-tratamento-com-cloroquina-nebulizada-desrespeita-normas-de-etica-clinica-no-brasil>

Costa BRL. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social* 2018; 7(1): 15-37.

Felix ZC, *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: Revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(9): 2733-2746.

Ferreira LG, Andricopulo AD. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. *Estudos Avançados* 2020; 34(100): 07-27.

Ferreira S, Porto D. Mistanásia × Qualidade de vida. *Revista Bioética* 2019; 27(2): 191–195. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/KGMG7BqhG6hxMKxzRr8fh8r/>.

Furlan L, Caramelli B. The regrettable story of the “Covid Kit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. *The Lancet Regional Health Americas* 2021; 4(1). Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X\(21\)00085-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanam/PIIS2667-193X(21)00085-5.pdf)

Galvão ALM *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade* 2021; 30(2): 1-14. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-7409-915X>.

Garrafa V. Apresentando a Bioética. *Universitas (UNICEUB)* 2006; 2(3):7-17.

Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética* 2009;13(1): 125-134. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97.

Holanda MAF, Allebrandt D, Dias LO. Morrendo de Brasil: genocídio, pandemia e o terror de 500 mil vidas interrompidas. *Le Monde Diplomatique Brasil* 2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/genocidio-pandemia-e-o-horror-de-500-mil-vidas-interrompidas/>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=resultados>.

Matta GC, *et al.* Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Editora Fiocruz 2021.

Moreira RS. Covid-19: intensive care units, mechanical ventilators, and latent mortality profiles associated with case-fatality in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2020; 36(5): 1-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32428072>.

Neves HCC, *et al.* Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2011; 19(2): 354-361.

Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Bioética* 2015; 23(1): 114-123.

Orellana JDY, *et al.* Excess deaths during the COVID-19 pandemic: under reporting and regional inequalities in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2021; 37(1): 1-17.

Paim JS. Thirty years of the unified health system (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1723-1728.

Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Five years of the national policy of humanization: The trajectory of a public policy. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(11): 4542-4548.

Rache B, *et al.* Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19 - Nota técnica 3: IEPS. Instituto para Estudo em Políticas de Saúde 2020; 1-5.

Rede Pessan. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Rede Pessan; 2022.

Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Rego S, *et al.* Bioética e Covid-19: vulnerabilidades e saúde pública. In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.

Sales OP, *et al.* O Sistema Único de Saúde: Discussions in 30 years of history. *Humanidades e inovação* 2019; 6(17): 54-65.

Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* 2020; 18(3).

Tabet L, Garrafa V. Fim da vida: morte e eutanásia. *Revista Brasileira de Bioética* 2016; 12:1-16, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7674>.

Teixeira CFS, *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva* 2020; 25(9): 3465-3474. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&t.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Revista Brasileira de Bioética 2005; 1(2): 213-27.

Viavaca F, *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência e Saúde Coletiva 2018; 23(6): 1751-1762.

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas 2014; 22(44): 203-220.

Wermelinger M, *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. Revista Divulgação em Saúde para Debate 2010; 45(1): 54-70.

Werneck GL, Bahia L, Moreira JPLM, Scheffer M. Mortes Evitáveis Por Covid-19, 2021. Disponível em: <https://alerta.org.br/iniciativas-e-pesquisas/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/>.

Conflito de interesses

Não há.

Colaboração

Oliveira GTM e Holanda MAF participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, bem como da redação do artigo. Holanda MAF contribuiu com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final.

Correspondência

G. T. M. Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, CEP 70910-900, Brasília-DF, Brasil.

marcal.unb@gmail.com

Agradecimentos

Este artigo é resultado de uma pesquisa de iniciação científica produzida no âmbito do projeto de extensão (PEAC) “Liga Acadêmica de Bioética e Direitos Humanos” e aprovada pelo Edital PIBIC 2020/2021 do Programa de Iniciação Científica da Universidade de

Brasília. Os resultados da pesquisa foram apresentados no 27º Congresso de Iniciação Científica da UnB e 18º Congresso de Iniciação Científica do Distrito Federal, indicado com menção honrosa.

Recebido em: 13/07/2023. Revisado em: 29/09/2025. Aprovado em: 3/10/2025.

Editora responsável

Flávia Reis de Andrade

(<https://orcid.org/0000-0001-9461-0325>)