

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS II

JANAÍNA MACHADO STURZA

HERON JOSÉ DE SANTANA GORDILHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

B615

Biodireito e direitos dos animais II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Heron José de Santana Gordilho; Janaína Machado Sturza – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-050-3

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



INCORPORAÇÃO DOS TRATADOS DE DIREITOS HUMANOS NO BRASIL E OS REFLEXOS DA PROTEÇÃO NO DIREITO DO TRABALHO

INCORPORATION OF HUMAN DIRECTORS TREATIES IN BRAZIL AND THE REFLECTIONS OF PROTECTION IN LABOR LAW

**Andreia Ferreira Noronha
Fernanda Fernandes da Silva**

Resumo

O presente artigo visa estudar a incorporação dos tratados de Direitos Humanos no ordenamento nacional e os reflexos na proteção dos trabalhadores. A metodologia utilizada caracteriza-se pela pesquisa bibliográfica a partir de uma análise geral da incorporação dos tratados de Direitos Humanos utilizando-se do método dedutivo. Verifica-se que houve uma significativa evolução da absorção de direitos humanos com a constituição de 88 e posteriormente formalizada com a emenda constitucional 45. Contudo, ainda requer dos operadores do direito maior persistência na aplicação das normas protetivas, principalmente quando se trata de direitos humanos no âmbito trabalhista.

Palavras-chave: Direitos humanos, Direito do trabalho, Incorporação dos tratados, Convencionalidade, Relações laborais

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to study the incorporation of Human Rights in the national order and the effects on the protection of workers. The methodology used is characterized by bibliographic research based on a general analysis of the incorporation of human rights using the deductive method. It was seen that there has been a significant evolution in the absorption of human rights with the constitution of 88 and formalized after the constitutional amendment 45. However, operators of the law still require greater persistence in the application of protective rules, especially when it comes to human rights in the scope of labor.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Human rights, Labor law, Incorporation of treaties, Conventionality, Labor relations

O NOVO CORONAVÍRUS, SEUS DILEMAS BIOÉTCICOS E REFLEXOS JURÍDICOS: ANÁLISE E ENFRENTAMENTO À LUZ DA BIOÉTICA E DO BIODIREITO

THE NOVEL CORONAVIRUS, ITS BIOETHICAL DILEMMAS AND LEGAL REFLEXES: ANALYSIS AND TACKLING IN THE LIGHT OF BIOETHICS AND BIOLAW

Larissa Schubert Nascimento ¹

Lino Rampazzo ²

Resumo

O surgimento e a pandemia da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, suscitam diversos questionamentos éticos, como até que ponto vai a responsabilidade do profissional de saúde para com o paciente infectado, quais pacientes priorizar na ausência de leitos para todos, se devem ser atendidos pacientes que recusam tratamento por convicções particulares. Todas questões delicadas que merecem especial atenção da Bioética e do Biodireito neste cenário mundial inédito e assustador. Diante disso, objetiva-se, por intermédio de pesquisa bibliográfico-documental, analisar os dilemas bioéticos evidenciados pelo novo coronavírus, seus reflexos jurídicos, bem como enfrentá-los à luz da Bioética e do Biodireito.

Palavras-chave: Covid-19, Novo coronavírus, Dilemas bioéticos, Reflexos jurídicos, Biodireito

Abstract/Resumen/Résumé

The emergence and the pandemic of COVID-19, the disease caused by the novel coronavirus, raise several ethical questionings, such as the extent of the health professional's responsibility with the patient infected, what patients prioritize in the lack of berths for all, whether patients who refuse treatment for particular convictions should be assisted. All fragile issues that deserve special attention from Bioethics and Biolaw in this new and frightful global scenario. Before that, it's aimed, through bibliographic-documentary research, to analyze the bioethical dilemmas foregrounded by the novel coronavirus, their legal reflexes, and face them in the light of Bioethics and Biolaw.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Covid-19, Novel coronavirus, Bioethical dilemmas, Legal reflexes, Biolaw

¹ Mestra em Direito pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL); Pesquisadora e Professora Universitária e de Cursos Preparatórios; E-mail: larissaschubertnascimento@gmail.com

² Doutor em Teologia pela Pontificia Università Lateranense; Pós-Doutor em Democracia e Direitos Humanos pela Universidade de Coimbra; Professor e Pesquisador no Programa de Mestrado em Direito do UNISAL; E-mail: lino.rampazzo@uol.com.br

1 Introdução

Recentemente, o mundo foi surpreendido com o surgimento e a disseminação da COVID-19, doença causada pelo Sars-CoV-2, conhecido, popularmente, como novo coronavírus. Coronavírus é um grupo viral que causa infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus foi descoberto na China em 31 de dezembro de 2019.

As primeiras vítimas humanas de coronavírus foram detectadas e isoladas em 1937. Foi apenas em 1965, no entanto, que o vírus foi descrito como coronavírus, em razão de sua aparência de coroa, percebida por meio de microscopia.

A maioria das pessoas, especialmente crianças pequenas, é infectada pelos coronavírus comuns ao longo da vida, quais sejam o *alpha* coronavírus 229E e NL63, e o *beta* coronavírus OC43 e HKU1.

Recém-descoberto, o Sars-CoV-2, responsável pela COVID-19, é, porém, ainda uma incógnita para os cientistas. O que se sabe, com certeza, são seus sintomas, como tosse seca, febre alta, dor de cabeça e falta de ar, e que pode ser fatal, especialmente para idosos, cardíacos, pessoas com diabetes e doenças respiratórias, pacientes oncológicos e outros do até então chamado “grupo de risco”.

Ocorre que, com o início da pandemia de COVID-19, inúmeras mortes e casos confirmados e suspeitos já se somam em todo o mundo, e, a despeito das medidas preventivas tomadas por governantes de todo o planeta, as estatísticas continuam a aumentar, gerando uma série de preocupações, como a ausência de leitos e profissionais suficientes para tratamento de todos os doentes, a demora para obter os resultados de exames que atestam ou afastam o contágio pelo vírus, entre outras.

Surgem, assim, alguns questionamentos éticos relevantes, como até que ponto vai a responsabilidade do profissional de saúde para com o paciente infectado, quais pacientes priorizar na ausência de leitos para todos, se devem ou não ser atendidos pacientes que se recusam a receber tratamento em razão de suas crenças individuais, todas questões delicadas que merecem especial atenção da Bioética e do Biodireito nesse cenário mundial tão inédito e assustador.

Diante disso, o presente artigo visa, por intermédio de pesquisa bibliográfica e documental, a indicar as características da COVID-19 com as sucessivas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Analisa, em seguida, os dilemas bioéticos evidenciados pela pandemia de COVID-19 e seus reflexos jurídicos. Por fim, procura enfrentar tais dilemas éticos à luz da Bioética e do Biodireito.

2 Características da COVID-19 e orientações da Organização Mundial da Saúde

Com a disseminação mundial da doença provocada pelo novo coronavírus, os sistemas de saúde dos países afetados começaram a entrar em colapso. Dificuldades para acomodar e assistir o grande número de doentes, somados àqueles que, por outros motivos, já recebiam atendimento ou estavam hospitalizados, bem como para examinar rapidamente os casos suspeitos passaram a ser preocupações dos profissionais de saúde, dos governantes e, conseqüente e inevitavelmente, de toda a sociedade.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO na sigla em inglês), até as 18:53 GMT-3 de 24 de março de 2020, foram confirmados 375,498 casos, 16,362 mortes e 196 países, áreas ou territórios atingidos. 15 dias depois, às 21:00 GMT-3 de 07 de abril de 2020, já se registravam 1.353.361 casos, 79.235 mortes e 212 países afetados, números tão altos e crescentes, que, já em 11 de março, o estado de contaminação de COVID-19 foi elevado à classificação de pandemia (WHO, 2020).

Para entender a noção de pandemia, é necessário, no entanto, fazer, primeiramente, a distinção entre COVID-19, Sars-CoV-2 e coronavírus. Os três termos têm sido amplamente utilizados pela mídia e equivocadamente replicados pela população como se sinônimos fossem, mas há diferença entre eles e empregá-los corretamente é essencial para descrever adequadamente o problema atual enfrentado pela saúde mundial.

A Organização Mundial da Saúde denominou “COVID-19” a doença respiratória provocada pela infecção do novo coronavírus. O nome da doença resulta das palavras “corona”, “vírus” e “doença”, indicando-se, ao final, o ano em que surgiu (2019).

A nomenclatura segue diretrizes internacionais, segundo as quais deve-se evitar fazer referência a uma localização geográfica, um animal, um indivíduo ou grupo de pessoas. O nome oficial afasta a propagação de informações descontextualizadas e que possam gerar preconceito e violência de quaisquer tipos, como o ocorrido em 2009, por exemplo, em que, por ser apelidado de “gripe suína”, o vírus H1N1 levou à dizimação de milhares de porcos no Egito, apesar de a doença ser espalhada por seres humanos.

A COVID-19 é causada pelo Sars-CoV-2, nome oficial atribuído ao novo agente do coronavírus, também chamado de “coronavírus 2”. Sars-CoV-2 significa “síndrome respiratória aguda grave” e é apenas um dos vários vírus que compõem o coronavírus, família de vírus (*Coronaviridae*) a qual ele pertence e da qual também fazem parte outras variações do vírus, como o Sars-CoV e o Mers-CoV, já conhecidos pelos pesquisadores e transmitidos a

seres humanos por meio do contato com animais: gatos, no caso do Sars, e dromedários, no do Mers.

Em resumo, COVID-19 é a doença, Sars-CoV-2 é o novo vírus, e coronavírus é a família de vírus a que ele pertence, de modo que o correto a se afirmar é que o mundo está diante de uma pandemia de COVID-19.

Pandemia, do grego *παν* (*pan*, equivalente a “tudo/ todo(s)”) e *δήμος* (*demos*, equivalente a “povo”) é uma epidemia de doença infecciosa que se espalha entre a população localizada numa grande região geográfica, como, por exemplo, um continente, ou mesmo todo o planeta (GREENBERG, 2005, p. 18).

A definição de pandemia não depende de um número específico de casos. Considera-se que uma doença infecciosa atingiu esse patamar quando afeta um grande número de pessoas espalhadas pelo mundo. A OMS evita usar o termo com frequência para não causar pânico ou uma sensação de que nada pode ser feito para controlar a enfermidade.

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um plano de preparação de gripe global que define os períodos e fases de uma pandemia, qual o seu papel, e recomendações para medidas nacionais prévias e concomitantes à disseminação (BLYTHER, 2009).

Embora desenvolvido à época do surto do vírus H1N1 (2009), o plano é, ainda, bastante atual e pode ser analogamente emprestado à atual pandemia, ao menos para que se entenda sua sistemática. O plano contempla três períodos e seis fases.

O primeiro período (período de interpandemia) compreendeu as fases 1 e 2. Na fase 1, nenhum novo subtipo de vírus de gripe foi descoberto em humanos. Na fase 2, nenhum novo subtipo de vírus de gripe foi descoberto em humanos, mas uma doença, variante animal ameaça.

O segundo período (período de alerta de pandemia) englobou as fases 3, 4 e 5. Na fase 3, identificou-se uma infecção (humana) com um subtipo novo, mas nenhuma expansão de humano para humano. Na fase 4, foram detectados pequenos focos com transmissão de humano para humano com localização limitada. Já na fase 5, foi possível verificar maior(es) foco(s) da expansão de humano para humano, ainda localizado(s).

O terceiro período (período de pandemia), por sua vez, abarcou apenas a fase 6, da pandemia propriamente dita, em que houve um aumento da transmissão contínua entre a população geral.

O mesmo ocorre agora. Houve um período de interpandemia, um período de alerta e, atualmente, todos vivenciam a pandemia de COVID-19, o que levou a OMS a orientar todos os países que ativassem e intensificassem mecanismos emergenciais de resposta, buscassem

casos suspeitos, isolassem, testassem e tratassem todo episódio da doença, além de traçar possíveis infectados pelo contato com vítimas já confirmadas.

Na teoria, o fato de a OMS ter elevado o estado de contaminação de COVID-19 a uma pandemia não alterou suas orientações. As recomendações seguem as mesmas do plano já traçado anteriormente para outros casos de pandemia, de modo que não há que se falar num novo pacote de diretrizes. Mas a declaração, feita em 11 de março de 2020, serviu, na prática, como um alerta para que todos os países, sem exceção, adotassem ações para conter a disseminação da doença e para cuidar adequadamente dos pacientes.

E assim tem sido feito desde então. Governantes do mundo todo se posicionaram e tomaram medidas preventivas e repressivas para combater o vírus e sua propagação. Países que ultrapassaram a fase inicial da pandemia tiveram desfechos distintos, a depender das medidas adotadas por cada governo.

Nas nações em que ocorreu isolamento social logo após as primeiras manifestações do vírus, o combate tem se mostrado mais efetivo. Acredita-se que, na China, a epidemia foi freada com sucesso após a quarentena geral imposta em 3 de fevereiro, com proibição de sair de casa e de funcionamento de transportes públicos. Cerca de 60 milhões de pessoas foram isoladas, o país construiu um hospital em 10 dias e passou a diagnosticar e isolar pacientes rapidamente. Com a sobrecarga de exigência de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), hospitais normais se transformaram em “hospitais de coronavírus”. Se, em 17 de fevereiro, foram constatados 19,4 mil novos casos e mais de 3 mil mortos, em 18 de março, ninguém se contaminou, segundo dados da OMS (WHO, 2020).

Ao contrário, países que demoraram para adotar estratégias de desestímulo a aglomerações lidam com um crescimento exponencial no número de casos. Entre os países que foram atingidos pela contaminação de COVID-19, destacaram-se, conforme noticiário da Mídia, Coreia do Sul, Japão, Itália, Iran, Espanha, Estados Unidos e até o Brasil.

Não é objetivo específico deste artigo, no entanto, analisar as características da difusão da doença nesses países, nem as iniciativas adotadas por seus governantes para combatê-la.

Conforme explicitado, o artigo restringe-se a indicar as características gerais da COVID-19 e as orientações da Organização Mundial da Saúde, já apontadas, bem como, visando ao posterior enfrentamento da questão à luz da Bioética e do Biodireito, analisar os dilemas bioéticos evidenciados pela pandemia e seus reflexos jurídicos, os quais serão considerados a seguir.

3 Dilemas bioéticos e reflexos jurídicos da pandemia de COVID-19

Como já salientado, com a evolução do quadro de contaminação da COVID-19, os governantes de todo o mundo ficaram em estado de alerta e os sistemas de saúde dos países atingidos, sobrecarregados.

Com isso, algumas questões éticas começaram a ser levantadas, como até que ponto vai a responsabilidade do profissional de saúde para com o paciente infectado, quais pacientes priorizar na ausência de leitos para todos, se devem ou não ser atendidos pacientes que se recusam a receber tratamento em razão de suas crenças individuais, etc.

Trata-se de questões delicadas que demandam especial atenção da Bioética e do Biodireito, tendo-se em vista sua relação direta com a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar de todos, inclusive de indivíduos não infectados, haja vista o risco de disseminação do vírus por pacientes eventualmente não atendidos da forma adequada.

Bioética (grego: *bios*, vida + *ethos*, relativo à ética) é o estudo transdisciplinar entre as Ciências Biológicas, as Ciências da Saúde e a Filosofia (Ética) que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e ambiental. Os estudos em Bioética tratam de questões relacionadas tanto ao meio ambiente, quanto aos animais humanos e não-humanos. Mais especificamente, abordam certas complicações morais relacionadas à intervenção humana, tecnológica ou não, que possam afetar a vida em seu sentido amplo e estrito, resultando em aprimoramento, em sua interrupção ou alterando positiva ou negativamente sua qualidade. É um campo de atuação e investigação que recebe contribuições de pesquisadores, cientistas e médicos, incluindo perspectivas religiosas, sobre temas como pesquisas com seres humanos, longevidade humana, eutanásia e outros (OLIVEIRA, 2018).

Numa perspectiva atual, abarca, ainda, temas como responsabilidade ética e legal do profissional de saúde, bem como vulnerabilidade, direitos e, vale frisar, também deveres do paciente, de suma relevância para o enfrentamento do cenário vivenciado.

Como campo de estudos, pode-se dizer que a Bioética é relativamente recente. O termo “Bioética” foi utilizado pela primeira vez em 1927, pelo pastor protestante alemão Paul Max Fritz Jahr (1895-1953), num artigo de editorial da revista *Kosmos*, intitulado “Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas” (do alemão “*Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*”).

A despeito de o título sugerir uma formulação da Bioética mais direcionada ao meio ambiente, Jahr pretendia dizer que, se devia ser respeitada toda forma de vida, inclusive animais e plantas, tanto mais deviam ser respeitados os humanos (no caso, os judeus). Para ponderar corretamente o contexto no qual deve ser compreendida a formulação da Bioética feita por Fritz Jahr, é importante lembrar que surgiu na mesma época e no mesmo país em que o nazismo estava estruturando sua linha de pensamento (HOSS, 2013).

O termo ganharia notoriedade, no entanto, apenas em 1971, num artigo do oncólogo Van Rensselaer Potter, da Universidade de Wisconsin (E.U.A.), intitulado “*The science of survival*”, e, no ano seguinte, no volume com o título “*Bioethics: bridge to the future*”.

Em seus escritos, Potter apontou para o perigo que representa para a sobrevivência de todo o ecossistema a separação entre duas áreas do saber, o saber científico e o saber humanista. A clara distinção entre os valores éticos (*ethical values*), que fazem parte da cultura humanista em sentido lato, e os fatos biológicos (*biological facts*) está na raiz daquele processo científico-tecnológico indiscriminado que, segundo Potter, põe em perigo a própria humanidade e a própria sobrevivência sobre a Terra. O único caminho possível de solução para essa iminente catástrofe é a constituição de uma “ponte” entre as duas culturas: a científica e a humanístico-moral. Em outros termos, a ética não deve se referir somente ao homem, mas deve estender o olhar para a biosfera em seu conjunto, ou melhor, para cada intervenção científica do homem sobre a vida em geral. A Bioética, portanto, deve se ocupar de unir a “ética” e a “biologia”, os valores éticos e os fatos biológicos para a sobrevivência do ecossistema como um todo. O “instinto” de sobrevivência não basta: é preciso elaborar uma “ciência” da sobrevivência, que o autor identifica como “Bioética” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007).

É interessante sublinhar o núcleo conceitual que Potter situa na raiz do nascimento da Bioética: a necessidade de que a ciência biológica se faça perguntas éticas, de que o homem se interrogue a respeito da relevância moral de sua intervenção na vida (PESSINI, 2013).

Outra característica do pensamento bioético é que essa nova reflexão deve se ocupar, ao mesmo tempo, de todas as intervenções na biosfera, e não apenas das intervenções sobre o homem. Há, portanto, uma concepção mais ampla em relação à ética médica tradicional (SGRECCIA, 2002).

A Bioética se movimenta, assim, a partir de uma situação de alarme somada a uma preocupação crítica a respeito do progresso da ciência e da sociedade ou da influência das decisões de um indivíduo sobre a manutenção ou interrupção da vida de outrem, o que descreve adequadamente o cenário atual. A pandemia de COVID-19 denota uma situação

alarmante que leva, simultaneamente, à necessidade de tomada de decisões que podem interferir diretamente na manutenção ou interrupção da vida de indivíduos dos países afetados.

Se, por um lado, os governantes têm o dever de tomar decisões que visem a assegurar a vida, em sentido amplo, de seu povo – saúde, trabalho, economia, segurança –, por outro, os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética e legal de tomar decisões que visem à proteção da vida em sentido estrito, isto é, da vida propriamente dita. Não se trata, todavia, de tarefa fácil.

Existe o dever ético e legal de se prestar assistência a um paciente quando se coloca a própria vida em risco? Cabe ao profissional de saúde decidir quais pacientes priorizar em caso de insuficiência infraestrutural e profissional? Priorizar pacientes que apresentam maiores chances de sobrevida ou que, por suas condições etárias e/ou de saúde, são mais vulneráveis que outros? Prestar ou não atendimento àqueles que, por convicções particulares, recusam-se a recebê-lo? Assistir ou não pacientes que rejeitam o tratamento quando há outros que dele necessitam, querem-no e não podem recebê-lo por falta de infraestrutura e de profissionais para atendê-los? Que decisões tomar e quais são seus reflexos jurídicos?

Essas são questões éticas que todo profissional de saúde envolvido no combate à pandemia deve se fazer, se não porque já se deparou com qualquer delas, ao menos, porque há chances reais de, a qualquer momento, ter que enfrentá-las, e o Código de Ética Médica determina, no inciso IV do Capítulo I, relativo aos princípios fundamentais, que zelem e trabalhem pelo perfeito desempenho ético da Medicina.

De acordo com o inciso II do Capítulo I do Código de Ética Médica, “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.” (CFM, 2020). Trata-se de princípio fundamental da ética médica. E se a própria vida do profissional de saúde for colocada em risco pela prestação de assistência médica ao paciente?

Como cediço, profissionais de saúde têm, além do dever ético, dever jurídico de cuidado, proteção ou vigilância. Isso significa que, havendo a possibilidade de agirem para socorrer o paciente sem qualquer prejuízo da própria saúde ou vida, deverão fazê-lo, sob pena de incorrerem em crime comissivo por omissão previsto nos artigos 13 e 135 do Código Penal, segundo os quais “a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado”, mas não o faz (CP, Art. 13, § 2º), e é considerado crime de omissão de socorro “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, [...] à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo” (CP, Art. 135).

Importante ressaltar que, constatada a existência de risco pessoal, e, portanto, afastada a possibilidade fática de agir, fica descaracterizada, numa interpretação sistêmica, a disposição do § 1º do artigo 23 do Código Penal, segundo a qual “não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo”.

Em síntese, deverá o profissional de saúde, por uma questão ética e legal, agir com o máximo de diligência e capacidade técnica para prestar a melhor assistência possível ao paciente, mas poderá se eximir de tal responsabilidade se a prestação puser sua saúde ou vida em risco. A grande questão, não respondida pela lei, é como averiguar se existe ou não o risco pessoal e qual o grau de risco que se deve considerar para fins de interpretação legal.

Acredita-se que a interpretação mais adequada seja aquela que remete a um risco pessoal iminente, indubitável e inevitável, que, nas atuais circunstâncias, restaria caracterizado apenas se os profissionais não detivessem as necessárias condições e equipamentos laborais – o que é comum em muitos países –, ou se ficasse constatado que, mesmo com a devida utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), o vírus ainda apresenta alta transmissibilidade. Isso implica dizer que, nesses termos, os profissionais de saúde apenas incorreriam em crime de omissão de socorro se tivessem os equipamentos necessários e não fizessem seu devido uso, e restasse comprovado que o uso adequado dos equipamentos afasta o risco de transmissão viral.

A respeito da difícil decisão sobre quais pacientes priorizar em caso de insuficiência de leitos e equipamentos – se cabe ao profissional de saúde tomá-la e quem deve receber atendimento prioritário: pacientes com maiores chances de sobrevivência ou pacientes mais vulneráveis –, boa parte dos sistemas de saúde mundiais, públicos e privados, tem adotado, há alguns anos, sistemas de triagem.

Atualmente, os protocolos mais utilizados, em nível mundial, para a realização da classificação de risco nos serviços de urgência/emergência são o *Australian Triage Scale* (ATS), o *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS), o *Emergency Severity Index* (ESI) e o *Manchester Triage System* (MTS). Todas essas escalas organizam o atendimento em cinco níveis de prioridade (PINTO JÚNIOR, SALGADO, CHIANCA, 2012).

No Brasil, é comum adotar-se o Sistema de Triagem de Manchester (MTS na sigla em inglês). Trata-se de um protocolo desenvolvido por um grupo de profissionais especializados em triagem, na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, para melhorar o atendimento das unidades de saúde (PINTO JÚNIOR, SALGADO, CHIANCA, 2012).

O MTS classifica a prioridade de atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade de seu estado e o risco. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo

enfermeiro, é selecionado um fluxograma específico, orientado por discriminadores e apresentado sob a forma de perguntas. Diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, encontra-se um discriminador e classifica-se o paciente numa das cinco categorias: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria, existe um tempo alvo de atendimento, que é de, respectivamente, 0, 10, 60, 120 e 240 minutos (FREITAS, 2002).

Recomenda-se o uso de escalas que estratifiquem o risco dos pacientes em cinco níveis, pois essas revelam maior validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico dos usuários. Além disso, dessa forma, a assistência é organizada de forma que pacientes que apresentem sinais de maior gravidade tenham prioridade sobre os demais (GILBOY et al, 2005; FREITAS, 2002).

Isso significa que, em caso de insuficiência infraestrutural e profissional, de acordo com a sistemática dos protocolos comumente adotados no Brasil e em outros países, terão prioridade no atendimento, atualmente, os pacientes mais vulneráveis por suas condições de saúde no momento da assistência. É possível que a idade e a pré-existência de doenças crônicas de fato influenciem na triagem, mas, a princípio, tais fatores não são determinantes, de modo que, pela lógica, pacientes com maiores chances de sobrevivência e pacientes idosos ou com doenças pré-existentes que não apresentem sinais de risco iminente à vida deverão ser assistidos depois de pacientes com sinais de maior gravidade, ainda que mais jovens e naturalmente saudáveis.

Se ignoradas tais escalas, os profissionais de saúde podem ser considerados negligentes ou omissos e responsabilizados civil e/ou penalmente, resultando-se: I) na obrigação de indenizar os prejudicados, nos termos dos artigos 186 e 927 do Código Civil, segundo os quais comete ato ilícito aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, viola direito e causa dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, ficando obrigado a repará-lo; e/ou II) em pena de multa ou detenção, de um a seis meses, aumentada de metade, se da omissão resultar lesão corporal de natureza grave, ou triplicada, se resultar a morte, nos termos do artigo 135, parágrafo único, do Código Penal.

Finalmente, em relação ao procedimento que se deve adotar em caso de recusa de tratamento pelo paciente, isto é, se o profissional de saúde deve prestá-lo mesmo contra a vontade daquele, sobretudo se houver outros pacientes dispostos a recebê-lo e insuficiência de leitos, equipamentos e equipe, basta observar o próprio Código de Ética Médica.

Referido Código dispõe, no Capítulo IV, relativo aos direitos humanos, que é vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Dispõe, ainda, no artigo 31 do Capítulo V, que trata da relação com pacientes e familiares, que é vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” (CFM, 2020).

Se, diferentemente das hipóteses previstas, a recusa de tratamento pelo paciente por convicções particulares não ensejar risco iminente de morte para si, mas para aqueles a seu redor, esse poderá ser compelido, por força dos artigos 2º e 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da pandemia de COVID-19, a tomar as devidas medidas de cautela para evitar a propagação do contágio, o que pode incluir, além do isolamento social compulsório, a submissão a eventual tratamento, sob pena de multa, prisão domiciliar ou quaisquer outras formas de responsabilização previstas em lei, desconsiderando-se, nesse caso, a vontade do paciente em benefício da coletividade.

É nesse cenário que tem destaque o papel da Biomedicina. Como cediço, a Biomedicina é uma área que atua no campo de interface entre a Biologia e a Medicina, voltando-se à pesquisa das doenças humanas, seus fatores ambientais e ecoepidemiológicos, com o objetivo de compreender as causas, os efeitos, os mecanismos e desenvolver e/ou aprimorar diagnósticos e tratamentos (JACKSON; SYMONS; BERG, 1972).

Na prática, a Biomedicina é a responsável por encontrar as possíveis patologias e formas de tratá-las. Isso implica dizer que trabalha com processos que envolvem tentativas, acertos e erros, o que corresponde, também, à existência de riscos, que devem ser eticamente analisados.

Não há, ainda, um medicamento comprovadamente hábil a combater o novo coronavírus e a COVID-19, apenas tratamentos paliativos. Tem-se cogitado, recentemente, como possível forma de prevenção à contaminação pelo vírus e cura da doença, o uso, dentre outras substâncias, da hidroxicloroquina e da cloroquina, presentes em medicamentos contra a malária, reumatismo, inflamação nas articulações, lúpus, etc., mas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não recomenda sua utilização para esse fim (COFEN, 2020).

De fato, o uso da hidroxicloroquina, da cloroquina e de algumas outras substâncias parece ter apresentado resultados positivos em pesquisas científicas no tratamento da COVID-19. Em Marselha, na França, por exemplo, segundo informações disponibilizadas pelo

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), testou-se a cloroquina num grupo de 20 (vinte) pacientes, e o vírus desapareceu seis dias depois.

Na China, utilizou-se a favipiravir, substância desenvolvida no Japão, e, segundo os médicos, os resultados foram promissores em 340 (trezentos e quarenta) pacientes. A China se comprometeu a publicar um estudo detalhado sobre o uso da substância (COFEN, 2020).

Nos Estados Unidos, por sua vez, segundo artigo publicado pelo *New England Journal of Medicine*, administrou-se o Remdesivir, medicamento utilizado no combate ao Ebola, e salvou-se a vida de um paciente com a COVID-19. O médico brasileiro André Kalil lidera, na Universidade de Nebraska, os testes com a droga (GREIN, 2020; NIH, 2020).

Os resultados obtidos até então a partir da análise do uso das substâncias no combate da COVID-19 não passam, todavia, de resultados preliminares. Inclusive, já há indícios, por exemplo, de que a taxa de mortalidade de pacientes que fizeram uso da cloroquina se assemelha à de pacientes que não o fizeram. Mas esses também são indícios preliminares, resultantes de um estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pela Fundação de Medicina Tropical (TAXA, 2020).

O fato é que, para que se chegue a uma conclusão sobre quais substâncias e medicamentos utilizar eficaz e seguramente no combate da doença, mais testes serão necessários, e, com eles, surgirão novos dilemas éticos, que, juntamente daqueles já apresentados, terão que observar os preceitos fundamentais da Bioética e do Biodireito, por meio dos quais, não podem deixar de ser enfrentados.

4 Enfrentamento dos dilemas éticos evidenciados pela COVID-19 à luz da Bioética e do Biodireito

As diretrizes filosóficas da Bioética começaram a se consolidar após a tragédia do holocausto da Segunda Guerra Mundial, quando o mundo ocidental, chocado com as práticas abusivas de médicos nazistas em nome da ciência, criou um código para limitar os estudos por eles desenvolvidos. Formulou-se, então, a partir daquele momento, a ideia de que a ciência não é mais importante que o homem e adquiriu-se a percepção de que o progresso tecnocientífico deveria ser controlado para que a consciência da humanidade pudesse acompanhar seus efeitos sobre o mundo e a sociedade, evitando-se que novas descobertas e as suas aplicações ficassem sujeitas a qualquer tipo de interesse.

A Alemanha não foi, no entanto, o único grande palco de práticas médicas abusivas. Apesar de muito se divulgarem e criticarem os abusos científicos feitos pelos nazistas durante

a II Guerra Mundial, os relatos norte-americanos são igualmente fortes, apenas não tão divulgados por uma questão de vencedor/vencido (SOFAIR; KALDJIAN, 2000).

Como exemplo, pode-se citar o abusivo estudo sobre hepatite iniciado em 1955 na Escola Estadual de Willowbrook, instituição para pessoas com retardo mental, no Estado de Nova Iorque, em que se testou o efeito da gamaglobulina na prevenção e possível melhora da evolução da doença. Os participantes eram crianças e foram deliberadamente infectados com o vírus. A opção para inoculá-lo propositalmente dava-se pelo argumento de que as crianças adquiriam a doença após a internação, de modo que era melhor serem infectadas em condições controladas para que se pudesse acompanhar mais adequadamente a doença em seu estágio inicial (FIIRST, 2015).

Outro exemplo foi o estudo sobre sífilis realizado em Tuskegee, Alabama, em que se procurou levantar a história natural da sífilis valendo-se de 408 (quatrocentos e oito) pacientes mantidos sem tratamento, enquanto outros 192 (cento e noventa e dois) presumivelmente não-sifilíticos foram usados como controle. Os pacientes eram negros e pobres e não foram avisados de que estavam sendo submetidos a uma experiência; ao contrário, informaram-lhes que alguns procedimentos eram um “tratamento especial gratuito”. O estudo começou em 1932, tendo resultado em 13 (treze) trabalhos publicados entre 1936 e 1973. Ressalte-se que a descoberta da penicilina por Alexander Fleming ocorreu em 1928 e que o estudo, que durou até 1972, época em que era amplamente conhecido o tratamento da sífilis, prosseguiu sem que fosse administrado qualquer tratamento aos pacientes estudados. Como durou 40 anos, o estudo não passou despercebido, pois há denúncia datada de 1954, sem que nada tenha sido feito até então. Apenas quando a imprensa leiga tomou conhecimento do fato, em 1972, é que a pesquisa foi suspensa (FIIRST, 2015).

A divulgação do fato provocou, nos Estados Unidos, uma comoção nacional, que levou à exigência de regulação dos procedimentos de pesquisas com seres humanos, dando-se origem ao Relatório de Belmont (*Belmont Report*) em 1979, elaborado pelo Congresso norte-americano. A comissão que elaborou o Relatório, em 1978, foi denominada “*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*” (NCPHSBBR), em português, “Comissão Nacional de Proteção de Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental”. Sua denominação deve-se ao local onde foi discutida e redigida (Belmont, na Califórnia). Extrapolou-se o período previamente estabelecido para a sua elaboração devido à complexidade do tema proposto e às discussões que surgiram entre seus membros sobre qual seria a melhor estratégia a ser seguida. Uma proposta era a de elaborar documentos temáticos, abordando-se pequenos grupos vulneráveis

ou situações peculiares de pesquisa. Outra era a de elaborar um documento abrangente e doutrinário, como de fato acabou ocorrendo.

No *Belmont Report*, foi, pela primeira vez, estabelecido o uso sistemático de princípios (respeito às pessoas, beneficência e justiça) na abordagem de dilemas bioéticos (THE BELMONT, 1979).

Aliado a estudos posteriores, o Relatório acabou suprimindo, à época, a ausência de um corpo de doutrina de que carecia a Bioética até então, o que deixou de ser terminantemente uma preocupação em 2005, com a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, por meio da qual a Bioética conquistou significativa aceitação.

A Declaração, da Conferência Geral da UNESCO (2005), consolida os princípios fundamentais da Bioética e visa a definir e promover um quadro ético normativo comum que possa ser utilizado para a formulação e implementação de legislações nacionais.

A tal consolidação e positivação dos princípios bioéticos deu-se o nome “Biodireito”, entendido como o conjunto de normas que regulamentam a Bioética, ou seja, regras jurídicas já positivadas ou em processo de positivação voltadas à imposição ou à proibição de uma conduta médico-científica cujo descumprimento enseja sanção (CHIARINI JÚNIOR, 2004).

Pode-se dizer que, atualmente, em decorrência do avanço tecnocientífico evidenciado a partir do século XX, a Medicina é orientada e regida pela Bioética e pelo Biodireito, razão pela qual não parece adequado enfrentar-se os dilemas éticos evidenciados pela corrente emergência de saúde pública de importância internacional, sem se fazer referência aos preceitos bioéticos fundamentais, dentre os quais é possível destacar os princípios da liberdade e responsabilidade, da autonomia, da beneficência e da não-maleficência.

O princípio da liberdade-responsabilidade, fonte do ato ético, sustenta que o direito-dever do médico não pode transformar o tratamento em coação, quando a vida não está em questão. Nas lições de Rampazzo:

[...]. Há um consentimento implícito desde o momento em que o paciente se põe nas mãos do médico para que faça tudo o que for necessário para o tratamento e a recuperação da saúde. Este consentimento, todavia, não dispensa o médico do dever de informar o paciente sobre o andamento da terapia e de pedir ulterior e explícito consentimento todas as vezes que houver circunstâncias não previstas: um tratamento que comporte risco, ou a experimentação de um remédio. É preciso ter sempre presente que a vida e a saúde são confiadas prioritariamente à responsabilidade do paciente e que o médico não tem sobre o paciente outros direitos superiores aos que o próprio paciente tem a respeito de si mesmo. (RAMPAZZO, 2003, p. 77).

O princípio da autonomia comporta, segundo o Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o entendimento de que os

indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais devem ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas a seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente.

O princípio da beneficência, por sua vez, refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possíveis para assegurar que o ato médico seja benéfico ao paciente (CREMESP, 2020).

De outro lado, o princípio da não-maleficência estabelece que a ação do médico deve sempre causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente, sendo universalmente consagrado por meio do aforismo hipocrático *primum non nocere* (primeiro não prejudicar), cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano (CREMESP, 2020).

É importante observar que não há qualquer hierarquia entre os princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência. Se houver conflito entre eles, no sentido de aplicá-los corretamente, deve-se estabelecer como, quando e o quê determinará o predomínio de um sobre o outro.

Para exemplificar, é interessante registrar o que relatam Paulo Roberto Antonacci Carvalho e Jefferson Pedro Piva:

[...] em um paciente com risco iminente [...], justifica-se a aplicação de medidas salvadoras ([...], ventilação assistida, transplantes etc.) mesmo que tragam consigo algum grau de sofrimento, prevalecendo assim o princípio da beneficência sobre o da não-maleficência. O primeiro objetivo neste momento é a preservação da vida. (CARVALHO; PIVA, 1993).

Por outro lado, quando o paciente se encontra em fase de morte inevitável e a cura já não é mais possível, o princípio da não-maleficência prepondera sobre o da beneficência, ou seja, tomam-se medidas que proporcionam o alívio da dor em primeira instância. Se instituído nessa fase um tratamento mais agressivo, visando-se à cura (um transplante, por exemplo), além de ineficaz, este pode vir a causar maior sofrimento.

Por fim, tome-se como exemplo o caso de um paciente oncológico que é infectado por COVID-19 e, por desacreditar em quaisquer chances de sobrevivência, recusa-se a tomar os antibióticos prescritos, escolha que certamente resultará em óbito e com a qual os médicos responsáveis provavelmente não concordarão. Verifica-se, na questão, a prevalência do princípio da autonomia sobre os demais (CREMESP, 2020).

Já dizia Daisy Gogliano (1993), em síntese bastante completa, que toda e qualquer terapêutica médica tem por fundamento e pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados da personalidade e na relação médico-paciente, em que sobreleva o direito ao respeito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade psicofísica; o direito à informação que se deve fundar no consentimento esclarecido; o direito à cura apropriada e adequada; o direito de não sofrer inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados, na diferenciação que se impõe entre terapêutica ineficaz e terapêutica fútil, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna.

Em outras palavras, o paciente faz jus ao melhor atendimento e/ou tratamento que puder receber, cabendo ao profissional de saúde, quando das decisões sobre que posturas adotar frente aos dilemas evidenciados pela pandemia de COVID-19, levando-se em conta, sempre que possível, a vontade do paciente, esforçar-se ao máximo para prestá-lo, observada sua responsabilidade ética e legal, sem prejuízo do próprio bem-estar e do bem-estar de toda a coletividade.

A insuficiência de recursos na saúde, que, com a COVID-19, revela-se agravada, torna urgente a formulação de orientações e critérios definidores para auxiliar no processo de tomada de decisões. Essas decisões são inevitavelmente controversas, por privilegiarem umas necessidades sobre outras. Para alguns, numa visão mais utilitarista-pecuniária, privilegia-se o valor terapêutico dos tratamentos. Para outros, com base numa visão mais deontológica e no princípio “maximin” e *fair-inning*, defende-se um pluralismo de valores morais com suporte na ética teleológica, valorizando-se critérios sociais, que consideram também a inclusão da população mais carente (PINHO, 2016). A necessidade de um diálogo entre as partes interessadas, particularmente entre os responsáveis pelo poder público, os profissionais da saúde e os pacientes com seus familiares, poderá, no caso concreto, apontar para uma, muitas vezes, não fácil decisão, a ser continuamente repensada numa sociedade caracterizada, também no campo da saúde, por mudanças rápidas e profundas.

5 Conclusão

O presente artigo procurou indicar as características da COVID-19 com as sucessivas orientações da Organização Mundial da Saúde, analisar os dilemas bioéticos evidenciados pela pandemia de COVID-19 e seus reflexos jurídicos, bem como enfrentar tais dilemas à luz da Bioética e do Biodireito.

Quanto às características, procurou, antes de tudo, estabelecer a distinção entre os termos COVID-19, Sars-CoV-2 e coronavírus. Especificou, então, que COVID-19 é a doença, Sars-CoV-2 é o novo vírus, e coronavírus é a família de vírus a que ele pertence, de modo que o correto a se afirmar é que o mundo está diante de uma pandemia de COVID-19. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou “COVID-19” a doença respiratória provocada pela infecção do novo coronavírus. As sucessivas recomendações da OMS seguiram as mesmas de um plano já traçado anteriormente à época do surto da influenza A H1N1 (2009), que considerava três períodos: o da interpandemia, o de alerta de pandemia e o de pandemia propriamente dita. A OMS chegava à conclusão de que agora o mundo já se encontrava no terceiro período.

A partir dessa realidade surgiram várias questões éticas, tais como até que ponto vai a responsabilidade do profissional de saúde para com o paciente infectado, quais pacientes priorizar na ausência de leitos para todos, se devem ou não ser atendidos pacientes que se recusam a receber tratamento em razão de suas crenças individuais: questões delicadas que demandam especial atenção da Bioética e do Biodireito.

A respeito disso, foram colocados alguns dados históricos relativos ao surgimento da Bioética, que se movimenta a partir de uma situação de alarme somada a uma preocupação crítica a respeito do progresso da ciência e da sociedade ou da influência das decisões de um indivíduo sobre a manutenção ou interrupção da vida de outrem. Ressaltou-se, mais especificamente, que, para o Código de Ética Médica, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sob pena de ser responsabilizado juridicamente.

Acerca da difícil decisão sobre quais pacientes priorizar em caso de insuficiência de leitos e equipamentos, observou-se que boa parte dos sistemas de saúde mundiais, públicos e privados, tem adotado, há alguns anos, sistemas de triagem. Em seguida, destacou-se o papel da Biomedicina, responsável por encontrar as possíveis patologias e formas de tratá-las, o que envolve tentativas, acertos, erros e riscos, também de interesse ético.

Por fim, na questão relativa ao enfrentamento dos dilemas éticos evidenciados pela COVID-19 à luz da Bioética e do Biodireito, lembraram-se, primeiramente, os princípios do respeito às pessoas, da beneficência e da justiça do Relatório Belmont (1979), como também a a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Conferência Geral da UNESCO (2005), consolidando tais princípios fundamentais e visando a definir e promover um quadro ético normativo comum que pudesse ser utilizado para a formulação e implementação de legislações nacionais: o que diz respeito ao Biodireito. Enfatizou-se que a

síntese essencial do pensamento bioético remanesce, contudo, na ideia de que toda e qualquer terapêutica médica tem por fundamento e pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados da personalidade e na relação médico-paciente.

No momento da decisão final, diante dos dilemas éticos, à luz da Bioética e do Biodireito, aponta-se para a necessidade de um diálogo entre as partes interessadas, particularmente entre os responsáveis pelo poder público, os profissionais da saúde e os pacientes com seus familiares. No caso concreto, será indicada uma, muitas vezes, não fácil decisão, a ser continuamente repensada numa sociedade caracterizada, também no campo da saúde, por mudanças rápidas e profundas.

Referências

BLYTHER, Tiaji Salaam. **The 2009 Influenza Pandemic: U.S. Responses to Global Human Cases**. Congressional Research Service, 2009.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Resolução CFM nº1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2009. Seção I, p.173. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. 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, 27. ed., 7 fev. 2020. Seção I, p.1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci; PIVA, Jefferson Pedro. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética, **Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, 1993. p. 129-138.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_1.asp. Acesso em: 31 mar. 2020.

CHIARINI JÚNIOR, Enéas Castilho. Noções introdutórias sobre Biodireito. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, VII, n. 18, ago. 2004. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4141. Acesso em: 03 abr. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Anvisa alerta: hidroxicloroquina não é recomendada contra coronavírus**. 20 mar. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/anvisa-alerta-hidroxicloroquina-nao-e-recomendada-contracoronavirus_78044.html. Acesso em: 30 mar. 2020.

CREMESP. Centro de Bioética do CREMESP. **Princípios bioéticos**. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6. Acesso em: 05 abr. 2020.

FIIRST, Henderson. O mito dos princípios da Bioética e do Biodireito. *In*: RAMPAZZO, Lino; Jiménez Serrano, Pablo; MOTTA, Ivan Martins (coord.). **Direitos Humanos e Bioética: democracia, ética e efetivação dos direitos**. Disponível em: <http://www.lo.unisal.br/direito/semi/publicacoes.aspx?livro=DHBIO>. Acesso em: 02 abr. 2020.

FREITAS, Paulo. **Triagem no serviço de urgência**: Grupo de Triagem de Manchester. 2. ed. Portugal: BMJ Publishing Group, 2002. 149 p.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index - Version 4: Implementation Handbook** [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005. 95 p. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais: morte encefálica. Bioética. **Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, 1993. p. 145-156.

GREENBERG, Raymond S.; DANIELS, Stephen R.; FLANDERS, W. Dana; ELEY, John William; BORING, III, John R. **Epidemiologia Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GREIN, M. D. Jonathan et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. **The New England Journal of Medicine**. Apr. 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2007016. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2007016>. Acesso em: 30 mar. 2020.

HOSS, Geni Maria. Fritz Jahr e o Imperativo Bioético Debate sobre o início da Bioética na Alemanha e sua importância em nível internacional. **Bioethikós**, São Paulo, n. 7, v. 1, p. 84-86, 2013. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/99/a10.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

JACKSON, D. A.; SYMONS, R. H.; BERG, P. Biochemical method for inserting new genetic information into DNA of Simian Virus 40: circular SV40 DNA molecules containing lambda phage genes and the galactose operon of Escherichia coli. **Proc Natl Acad Sci U S A**, USA, v. 69, n. 10, p. 2904-2909, oct. 1972. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC389671/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

MATSUKI, Edgard. **Itália decidiu não prestar mais atendimento a idosos com mais de 80 anos que tiverem coronavírus**: boato. Disponível em: <https://www.boatos.org/mundo/italia-decidiu-nao-prestar-mais-atendimento-idosos-mais-80-anos-coronavirus.html>. Acesso em: 22 mar. 2020.

NIH. National Institutes of Health. **NIH clinical trial of remdesivir to treat COVID-19 begins study enrolling hospitalized adults with COVID-19 in Nebraska**. Feb. 25 2020. Disponível em: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-clinical-trial-remdesivir-treat-covid-19-begins>. Acesso em: 30 mar. 2020.

OLIVEIRA, Marco Aurélio Caetano. **Bioética**. Disponível em: <https://www.infoescola.com/medicina/bioetica/>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PESSINI, Leocir. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 09-19, jan./abr. 2013. Disponível em: http://verstabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/784/849. Acesso em: 23 mar. 2020.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007.

PINHO, Micaela Moreira. Critérios sociais e éticos de priorização de pacientes: uma pesquisa a estudantes e profissionais de saúde em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, dez. 2016. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203917. Acesso em: 23 mar. 2020.

PINTO JÚNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 6, v. 20, nov./dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>. Acesso em: 27 mar. 2020. ISSN 1518-8345.

POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1971.

SBI. **Nota de esclarecimento sobre o pronunciamento oficial do Presidente da República Jair Bolsonaro**. São Paulo, 24 mar. 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1akOSph00Z3UCyF94ZKlZOcfLjvI5N9nC/view>. Acesso em: 24 mar. 2020.

RAMPAZZO, Lino. Ética e Direito, Bioética e Biodireito. *In*: NASCIMENTO, Augusta Ferreira; RAMPAZZO, Lino. **Biodireito, Ética e Cidadania**. Taubaté: Cabral, 2003.

SGREGGIA, Elio. **Manual de Bioética: I - Fundamentos e Ética Biomédica**. Tradução de Orlando Soares Moreira. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SOFAIR, André N.; KALDJIAN, Lauris C. Eugenic Sterilization and Qualified Nazi Analogy: The United States and Germany, 1930-1945. **Annals of Internal Medicine**. v. 132, n. 4, p. 312-319, 2000.

TAXA de mortes com cloroquina equivale à de quem não a utiliza. 8 abr. 2020. Disponível em: <https://panoramafarmaceutico.com.br/2020/04/08/taxa-de-mortes-com-cloroquina-equivale-a-de-quem-nao-a-utiliza/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

THE BELMONT Report. Apr. 18 1979. Disponível em: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm>. Acesso em: 03 abr. 2020.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.

WHO. **Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 07 abr. 2020.