

CUIDADOS PALIATIVOS EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: UMA ABORDAGEM DO CENÁRIO BRASILEIRO À LUZ DA BIOÉTICA E DOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

Gabrielle Bezerra Sales Sarlet

Pós-Doutora em Direito pela Universidade de Hamburgo-Alemanha. Pós-Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Direito pela Universidade de Augsburg – Alemanha. Mestre e Graduada em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Ex-Bolsista do MPI – Max Planck Institute Hamburg – Alemanha. Professora do curso de Graduação e de Pós-Graduação em Direito na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atualmente, cursa a Especialização em Neurociências e Comportamento na PUCRS. *E-mail:* gabriellebezerrasales@gmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/9638814642817946>. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-3628-0852>.

Fábio de Holanda Monteiro

Doutorando em Direito pela Universidade Estácio de Sá (Unesa). Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-Graduado em Direito Tributário pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pós-Graduado em Processo Administrativo pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Assistente do curso de Direito da Universidade Estadual do Piauí (Uespi). Procurador do Estado do Piauí. *E-mail:* fabiodeh@terra.com.br. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/4222150305673060>. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-682X>.

Resumo: Este artigo aborda, empregando o método hipotético-dedutivo, mediante investigação bibliográfica e exploratória embasada na bioética e no catálogo de direitos humanos e fundamentais, os cuidados paliativos em pacientes com Covid-19 no Brasil. Embora a assistência em saúde em situação de emergência e crise humanitária seja centrada no salvamento de vidas, mostra-se de fundamental importância a prestação de cuidados paliativos ao paciente em todas as fases da doença, especialmente quando em estado grave ou terminal. Os cuidados paliativos objetivam aliviar a dor e o sofrimento no intuito de conferir qualidade de vida ao paciente e sua família. Ainda que se trate de uma doença infecciosa e letal como a Covid-19, devem ser ofertados ao paciente os melhores cuidados possíveis, com respeito à autonomia, à igualdade e à dignidade da pessoa humana, sem deixar de levar em consideração a equidade, a justiça e, especialmente, a vulnerabilidade das pessoas em grupos de risco e das menos favorecidas socialmente.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Pandemia de Covid-19. Bioética. Direitos humanos e fundamentais.

Sumário: **1** Notas introdutórias – **2** O direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro – **3** A pandemia de Covid-19 no cenário brasileiro: aspectos fáticos e jurídicos – **4** Os cuidados paliativos como práticas essenciais em assistência à saúde – **5** Os cuidados paliativos em tempos de Covid-19 na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais – **6** Síntese conclusiva – Referências

1 Notas introdutórias

Ao longo da história da humanidade, em diferentes épocas e contextos socioculturais, têm surgido doenças infectocontagiosas que se alastraram entre os seres humanos provocando, não raras vezes, centenas de milhares e até mesmo milhões de mortes.

A mais letal de todas, a peste negra (peste bubônica), ocorrida no século XIV, entre a Ásia Oriental e a Europa Ocidental, no período que durou pouco mais de uma década, causou a morte de 75 milhões a 200 milhões de pessoas, cerca de um quarto da população.¹

Outro grande surto deu-se com a epidemia de varíola, surgida a partir de um caso ocorrido no México em março de 1520, no século XVI, que terminou se propagando por toda a América Central, ocasionando a morte de quase um terço da população.²

Já no início do século XX, em 1918, supostamente no condado de Haskell, no estado do Kansas, Estados Unidos, apareceu um novo vírus influenza, provocando uma gripe severa nos seres humanos (gripe espanhola),³ a qual terminou por se disseminar para a América do Norte, Europa, América do Sul, Ásia e África,⁴ culminando na morte de 50 milhões a 100 milhões de pessoas em menos de um ano.⁵

Em período mais recente, em 2009, ocorreu a pandemia de influenza A (H1N1), que teve origem no México no ano de 2008 e se espalhou para diversos países do mundo. De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde

¹ HARARI, Yuval Noah. *Na batalha contra o coronavírus, faltam líderes à humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. *E-book*. pos. 11.

² HARARI, Yuval Noah. *Na batalha contra o coronavírus, faltam líderes à humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. *E-book*. pos. 22.

³ BARRY, M. John. *A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020. *E-book*. p. 122.

⁴ BARRY, M. John. *A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020. *E-book*. p. 570.

⁵ HARARI, Yuval Noah. *Na batalha contra o coronavírus, faltam líderes à humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. *E-book*. pos. 22.

(OMS), foram registrados 504 mil casos da doença e aproximadamente 6.300 mortes.⁶

Os casos acima apontados são apenas alguns exemplos que retratam as graves consequências impostas por doenças com alto grau de transmissibilidade e de elevada letalidade para os seres humanos, que não têm ficado adstritas somente a uma época, um lugar, uma cultura ou uma comunidade.

E a despeito do avanço da medicina⁷ nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, assim como do desenvolvimento de novos medicamentos e de vacinas capazes de curar ou de controlar doenças como a varíola, ebola e H1N1, ainda é comum o surgimento de novos agentes patogênicos capazes de causar o adoecimento e de provocar a morte de milhares de pessoas. As síndromes gripais, *e.g.*, mesmo aquelas que já dispõem de vacinas, são capazes de levar milhares de pessoas à morte, como se deu com a primeira pandemia do século XXI (pandemia de influenza A – H1N1).

Não obstante o alerta de estudos científicos e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para uma grande possibilidade de surgimento de um novo surto epidêmico ou pandêmico provocado por vírus, as autoridades governamentais, de modo geral, não demonstraram preocupação com o porvir, mantendo os sistemas de saúde voltados para o atendimento individual e emergencial, ainda que de forma insatisfatória, como no caso do Brasil.⁸

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu na China e deu ensejo a uma doença (Covid-19) inicialmente desacreditada, muitas vezes desdenhada e debochada pelos presidentes do Estados Unidos e do Brasil,⁹ porém de grande disseminação e alta mortandade que, sem sombra de dúvidas, tem causado danos sem precedentes e abalos tanto materiais quanto imateriais.

Em face disto, empregando o método hipotético-dedutivo mediante uma investigação bibliográfica e exploratória embasada na área da bioética e no catálogo de direitos humanos e fundamentais, este artigo é composto de quatro partes. Inicialmente, aborda-se o direito à saúde no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro, acercando-se de considerações sobre a origem e a evolução do direito fundamental à saúde, para, em seguida, encetar uma análise sobre a implantação, a

⁶ PANDEMIAS pela história: como a humanidade sobrevive. [s.l.]: Editora O Curioso, [s.d.]. *E-book*. pos. 130.

⁷ ALLAMEL- RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JÚNIOR, Lybio. *História da medicina*. Organização de Marcio Fabri dos Anjos. Tradução de Aquiles Von Zuben. Aparecida: Ideias & Letras, 2011. p. 67-76.

⁸ Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/oms-decreta-pandemia-do-novo-coronavirus-saiba-o-que-isso-significa/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

⁹ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/com-sanfoneiro-bolsonaro-faz-homenagem-vitimas-diz-que-houve-excesso-de-preocupacao-com-coronavirus-24500280>. Acesso em: 29 jun. 2020.

formação, as ações e as prestações de serviços de saúde, bem como a respeito de alguns dos problemas afetos ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seguida, destacam-se alguns dos pontos centrais da pandemia de Covid-19 no cenário brasileiro, notadamente os fáticos e os jurídicos, com vistas a melhor situar o tema em discussão. Posteriormente, volta-se o foco para os cuidados paliativos como práticas essenciais em assistência à saúde, partindo-se de sua origem e de sua definição, ressaltando-se a posição da ética e, em especial, da bioética. Entende-se, desde logo, que todos, inclusive o paciente com doença incurável ou em fase terminal, devem ter assegurado o seu direito fundamental à saúde e à vida, desde o momento do diagnóstico da patologia até a ocorrência do óbito.

Por fim, analisa-se a articulação entre os cuidados paliativos de paciente com Covid-19, a contribuição da perspectiva bioética e os direitos humanos e fundamentais, partindo-se da premissa de que os cuidados paliativos constituem um direito humano e fundamental ligado ao direito à saúde e vinculado ao direito à vida, inadmitindo-se qualquer tratamento discriminatório¹⁰ em relação ao paciente em estado grave ou terminal, posto que a dignidade¹¹ é inerente a todo e qualquer ser humano.

A propósito, em uma situação de emergência e de crise humanitária,¹² como a provocada pela Covid-19, os cuidados paliativos se mostram essenciais, devendo-se, nessa altura, reafirmar a sua fundamentalidade formal e material e, dessa forma, confirmar o dever fundamental do Estado e da sociedade civil na busca de atenuar os efeitos patogênicos da pobreza, de amparar financeiramente todos os pacientes que sofram os efeitos da doença, além de conferir um tratamento respeitoso, justo, benéfico e que leve em conta as nuances referentes à vulnerabilidade e à desigualdade social.

¹⁰ RIOS, Roger Raupp. *Direito da antidiscriminação: discriminação direta, indireta e ações afirmativas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 15-21.

¹¹ SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015. p. 69. “O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana, e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças”.

¹² “Emergências e crises humanitárias, ou HECs, são eventos de larga escala que afetam populações ou sociedades, causando uma variedade de consequências difíceis e angustiantes, que podem incluir perda maciça de vidas, interrupção dos meios de subsistência, colapso da sociedade, deslocamento forçado e outros efeitos políticos, econômicos, sociais, psicológicos e espirituais grave” (WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. p. 9).

2 O direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro

Ressurge do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946 ser direito fundamental de todo ser humano gozar da melhor saúde possível, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.¹³

A definição da OMS ampliou o conceito de saúde para além das searas curativa e preventiva, afirmando-a não somente como a ausência de doenças, mas igualmente como um perfeito bem-estar físico, mental e social,¹⁴ integrando-a em uma dimensão positiva (promoção do bem-estar) e outra negativa de saúde (ausência de enfermidade).¹⁵

Embora prevista no texto fundante da OMS, a saúde somente passou a ser considerada um direito efetivo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, sendo a sua plena garantia uma condição essencial para a existência humana e para uma vida digna, sendo indispensável à proteção da vida, bem jurídico maior, e, conseqüentemente, o fundamento de todos os demais direitos.^{16 17}

No Brasil, nem sempre o tema da saúde foi tratado no âmbito constitucional. As cartas de 1824 e de 1891 não traziam qualquer norma expressa acerca desse tema.¹⁸ O texto constitucional de 1934 referiu-se à saúde somente no tocante à competência para legislar.¹⁹ As constituições de 1937, 1946, 1967, assim como a emenda constitucional de 1969, também se restringiram, basicamente, à competência legislativa.²⁰ Foi somente com a promulgação da Constituição

¹³ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health*. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 maio 2020.

¹⁴ SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 35.

¹⁵ LANES, Liton; SOBRINHO, Pilau. *Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista*. Passo Fundo: UFP, 2003. p. 124.

¹⁶ MENDES, Karyna Rocha. *Curso de direito da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 22.

¹⁷ “Artigo 25º 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” (UNHR. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 9 jun. 2020).

¹⁸ RIBEIRO, Weslly Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. *Revista NEJ – Eletrônica*, v. 15, n. 3, p. 447-460, set./dez. 2010. p. 449.

¹⁹ RIBEIRO, Weslly Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. *Revista NEJ – Eletrônica*, v. 15, n. 3, p. 447-460, set./dez. 2010. p. 450.

²⁰ RIBEIRO, Weslly Carlos; JULIO, Renata Siqueira. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. *Revista NEJ – Eletrônica*, v. 15, n. 3, p. 447-460, set./dez. 2010. p. 450-451.

Federal de 1988 (CF/88) que, em acolhimento à ideia de universalidade, a saúde foi consagrada como direito fundamental social (art. 6º, CF/88).²¹

Antes de 1988, as políticas de saúde assumiam um plano de menor importância, posto serem voltadas para o controle de endemias e de campanhas de vacinação. Nenhuma das constituições anteriores fizeram referência à saúde, tendo a Primeira República ignorado, completamente, qualquer direito social.²²

Além de ser alçada à condição de direito fundamental pelo texto constitucional de 1988, o direito à saúde foi abrigado em um novo regime jurídico, sendo-lhe estendido o atributo da rigidez constitucional e os efeitos da eficácia plena.²³ O constituinte buscou, com isso, a universalização e a igualdade de tratamento, de forma tal que o acesso e as prestações dos serviços de saúde sejam oportunizados a todos os indivíduos, sem qualquer distinção. Ao Poder Público foi imposta a obrigatoriedade da prevenção de doenças, bem como a adoção de políticas públicas voltadas para a disponibilização de serviços destinados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde no âmbito do regime emoldurado a partir da plêiade de direitos e de garantias constitucionalmente consagrados.^{24 25}

Com efeito, a Carta de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito de todos, cabendo ao Poder Público a responsabilidade pelo financiamento da saúde pública, com vistas a implementar políticas públicas de saúde direcionadas não somente ao aspecto curativo, mas igualmente à prevenção e à promoção.²⁶ O constituinte, em consonância com o que dispõe o art. 3º, assegurou a todas as pessoas o acesso às ações e aos serviços de saúde, independentemente de nacionalidade, de cor, de sexo, de religião, do poder econômico, de classe social, dispensando um tratamento eminentemente isonômico.²⁷

²¹ RAMOS, João Gualberto Garcez; ESQUIVEL, Carla Liliane Waldow. O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. *Ciências Sociais Aplicadas em Revista*, v. 15, n. 28, p. 9-40, 1º sem. 2015. ISSN 1679-348X. p. 15.

²² DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 23.

²³ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”.

²⁴ “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

²⁵ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

²⁶ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 99.

²⁷ MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. *Direito sanitário*. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e Tutela Coletiva, 2012. p. 18.

Nesse sentido, a ideia de saúde advinda com a CF/88 engloba as dimensões preventiva e promocional, formando, como um todo, o objeto e o marco de sua proteção jusfundamental.²⁸ Assim, deve-se sublinhar que o conceito de saúde previsto na Constituição abrange tanto a ausência de doença como o sentido de bem-estar, decorrentes de políticas públicas que o tem como objetivo, seja somente a política, seja sua implementação, por meio da garantia de acesso, universal e igualitário, às ações e os serviços de saúde (CF/88, art. 196).²⁹

Vale ressaltar que, ao referir às ações e aos serviços de saúde que visem à “recuperação”, a CF/88 encetou uma correlação com a “saúde curativa”, garantindo o acesso aos meios que possam levar à cura da doença ou, não sendo esta possível, ao menos alguma sorte de melhoramento na qualidade de vida,³⁰ como é o caso da pessoa acometida de doença crônica (incurável) ou terminal.

A impossibilidade de cura da enfermidade não exclui a obrigatoriedade da assistência terapêutica de forma ampla e integral, posto que o direito à saúde deve assegurar, dentro do possível, o bem-estar e a qualidade de vida ao doente, independentemente da gravidade da patologia, desde o diagnóstico até o final do processo de morrer. Em rigor, pode-se inferir que para que se atinja a integralidade torna-se imprescindível que o direito ao livre desenvolvimento da personalidade formate uma espécie de constelação com o direito à saúde.

Destarte, o paciente com doença incurável ou terminal possui igualmente o direito a ter a sua saúde respeitada, preservada e cuidada, dentro das possibilidades, dos limites, das carências e das necessidades, com vista à garantia de seu bem-estar físico, psíquico, social, espiritual e religioso, para que tenha uma morte em paz, condizente com a própria vida e pautada na dignidade.³¹ Assim, não se pode descuidar que a mudança de paradigma em relação à saúde no Brasil na medida do acesso universal e igualitário assegurado pela Carta atual³² se caracteriza como a grande inovação do sistema de saúde projetado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil pós-88.

²⁸ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) da saúde no Brasil. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (Coord.). *Curso de direito médico*. São Paulo: Conceito, 2011. p. 20.

²⁹ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 30.

³⁰ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Art. 196. In: CANOTILHO, J. J. Gomes *et al* (Coord.). *Comentários à Constituição do Brasil*. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. E-book. p. 3.551.

³¹ LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves Souza de; SANTORO, Luciano de Freitas. *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2018. p. 167.

³² FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito à saúde: leis nº 8.080/90 e 8.142/90, arts. 6º e 196 a 200 da Constituição Federal*. 6. ed. Salvador: JusPodivm, 2019. p. 94.

O SUS foi criado após um longo processo de incorporação da saúde como um exercício de cidadania, dando surgimento a um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo.³³ Anteriormente ao SUS, o sistema de saúde brasileiro era composto pelas ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade (saúde pública); pela saúde do trabalhador, da alçada do Ministério do Trabalho; e pelas ações curativas e individuais, compreendendo a medicina previdenciária e a assistência médica liberal, filantrópica e empresarial.³⁴ Importa lembrar que não havia nenhuma relação do direito à saúde com a condição de cidadão.³⁵

A estrutura e a finalidade do SUS encontra-se delineada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990, primeira Lei Orgânica da Saúde (LOS), que praticamente reafirmou as premissas constitucionais do direito à saúde como um direito humano e fundamental, atribuindo ao Estado a responsabilidade pela garantia de acesso, bem como os fatores que a determinam e a condicionam (arts. 1º a 3º),^{36 37} cabendo às ações de saúde garantir às pessoas e à coletividade não somente o bem-estar físico, incluindo o psíquico e o social (parágrafo único do art. 3º).³⁸

Segundo a Lei nº 8.080/1990, o SUS é constituído por um conjunto de ações e de serviços de saúde fornecidos por órgãos e por instituições públicas federais, estaduais e municipais, bem como pela administração indireta,³⁹ com participação da iniciativa privada em caráter complementar (art. 4º),⁴⁰ com observância da

³³ WAILLA, Liane de Alexandre. *SUS (Sistema Único de Saúde): conquistas, desafios político e bioética*. Curitiba: Juruá, 2018. *E-book*. p. 56.

³⁴ PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. *E-book*. pos. 287.

³⁵ PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. *E-book*. pos. 306.

³⁶ MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. *Direito sanitário*. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e Tutela Coletiva, 2012. p. 29.

³⁷ “Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. §1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. §2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

³⁸ “Art. 3º [...] Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

³⁹ Autarquias e fundações públicas.

⁴⁰ BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.080/90*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 maio 2020.

universalidade de acesso, a preservação da autonomia, a integralidade e a igualdade da assistência em saúde (art. 7^o).⁴¹

A segunda Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.142, de 28.12.1990, trouxe de volta alguns dispositivos vetados quando da edição da Lei nº 8.080/90. Esta lei trata sobre a participação comunitária na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais na área de saúde.⁴²

Interessante pontuar que cerca de 70% da população brasileira tem no acesso às ações e aos serviços prestados pelo SUS para os atendimentos em saúde, em especial por meio de procedimentos ambulatoriais, de internações hospitalares, de consultas, de partos, de cirurgias cardíacas, de quimioterapia e de radioterapia,⁴³ de transplantes, de hemodiálises, de imunizações, de ações de vigilância sanitária etc.

A despeito de as ações e as prestações de serviços do SUS terem evoluído e, desse modo, proporcionado considerável melhoria nas condições de saúde da população brasileira, ainda persistem problemas como as longas filas de espera, os hospitais lotados, a falta de médicos e de medicamentos, a distribuição desigual dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, o atendimento não humanizado,⁴⁴ a insuficiência de leitos clínicos e de UTI, o alto número de óbitos decorrentes da negligência e da imperícia, entre outros.

Para além disso, deve-se apontar, de qualquer forma, que a aprovação da EC nº 95/2016, ao estabelecer um teto de gastos, encetou uma perda para o SUS de R\$13,5 bilhões em 2019, ou seja, no momento em que o envelhecimento da população brasileira dispara e a incorporação de tecnologia na vida cotidiana demanda mais recursos. Para o ano de 2020, importa acentuar, a projeção é de uma perda em torno de R\$10 bilhões.⁴⁵

Foi nesse contexto que a pandemia de Covid-19 aportou no país, exigindo a tomada de medidas emergenciais pelos governos federal, estaduais e municipais, como o aumento do número de leitos de UTI, a importação de equipamentos de proteção individual e de ventiladores, a montagem de hospitais de campanha, a

⁴¹ BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.080/90*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 maio 2020.

⁴² AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015. p. 46; 48.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes estratégicas*. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em: 8 jun. 2020.

⁴⁴ WAILLA, Liane de Alexandre. *SUS (Sistema Único de Saúde): conquistas, desafios político e bioética*. Curitiba: Juruá, 2018. *E-book*. p. 71.

⁴⁵ MORETTI, Bruno; SÓTER, Ana Paula. Emenda do teto de gastos faz SUS perder R\$13,5 bilhões em 2019. *Dom Total*. Disponível em: <https://domtotal.com/noticia/1424169/2020/02/emenda-do-teto-de-gastos-faz-sus-perder-r-13-5-bilhoes-em-2019/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

compra de testes laboratoriais, as medidas restritivas de isolamento social e de quarentena, a produção de vacinas, entre outras.

3 A pandemia de Covid-19 no cenário brasileiro: aspectos fáticos e jurídicos

A situação pandêmica ocorre quando uma nova doença surge e a propagação se dá em nível global ou em uma área cuja extensão ultrapassa as fronteiras de países ou os continentes, acometendo um elevado número de pessoas.⁴⁶ Algumas vezes pode atingir toda a humanidade.⁴⁷

Quando se trata de afecções respiratórias, em razão do caráter essencialmente migratório do ser humano, a pandemia normalmente assume grandes proporções, alastrando-se por diversos países e continentes, sendo, em regra, causada pelo aparecimento de um novo subtipo de vírus, que, em face da ausência de imunidade das pessoas (inexistência de anticorpos), encontra condições que propiciam sua propagação.⁴⁸ Os vírus causadores das pandemias anteriores a da Covid-19 foram provenientes, modo geral, de vírus influenza que infectam animais, podendo afetar pessoas de todas as faixas etárias, especialmente os idosos e as pessoas com problemas de saúde subjacentes (comorbidades).⁴⁹

Os primeiros casos da infecção que deram origem à Covid-19 supostamente apareceram na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, em 31.12.2019.⁵⁰ No entanto, algumas investigações posteriores sobre os primeiros casos identificados constataram que os sintomas já existiam em 1º de dezembro, afastando a ligação dos casos com o mercado de Huanan.⁵¹

Quando o número de casos da doença já passava de 7.700 na China (170 mortes), e com confirmação de casos em 18 países da Ásia, América do Norte e Europa, a OMS declarou, em 30.1.2020, após uma reunião com especialistas, a emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), em razão

⁴⁶ SANZ MUÑOZ, Iván *et al.* *50 preguntas y respuestas sobre el coronavirus (COVID-19)*. Zaragoza, España: Amazing Books, 2020. *E-book*. pos. 246.

⁴⁷ GARNIER, Marcel *et al.* *Dicionário Andrei de termos de medicina*. 2. ed. São Paulo: Andrei, 2002. p. 932.

⁴⁸ GEORGE, Francisco; NUNES, Emília. *Pandemias no século XXI*. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/1102>. Acesso em: 7 jun. 2020.

⁴⁹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What is a pandemic?*. Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/. Acesso em: 7 jun. 2020.

⁵⁰ LEMOS, Alberto Santos. *Etiologia e origem*. In: LEMOS, Alberto Santos (Ed.). *Covid-19: guia prático de infectologia*. Barueri: Manole, 2020. *E-book*. pos. 132.

⁵¹ LEMOS, Alberto Santos. *Etiologia e origem*. In: LEMOS, Alberto Santos (Ed.). *Covid-19: guia prático de infectologia*. Barueri: Manole, 2020. *E-book*. pos. 144.

da disseminação do novo coronavírus.⁵² Em 11.2.2020, a OMS anunciou que Covid-19 seria o nome da doença causada pelo novo coronavírus.⁵³ Nessa ocasião, nove casos estavam sob investigação no Brasil.⁵⁴

Em meio às medidas iniciais de proteção em face da Covid-19 no Brasil, o Ministério da Saúde publicou, em 3.2.2020, a Portaria nº 188, que declarou como emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) a infecção humana ocasionada pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Mediante essa portaria, foi criado o Centro de Operações em Saúde Pública (COE-nCoV), com o objetivo de estabelecer uma gestão coordenada das medidas emergenciais em âmbito nacional.⁵⁵

Logo em seguida, em 6.2.2020, houve a publicação da Lei nº 13.979, que dispõe sobre as medidas a serem adotadas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional provocada pelo novo coronavírus. Essas medidas, de cunho não farmacológico, foram estabelecidas visando à proteção da coletividade.⁵⁶ Entre algumas das medidas protetivas que podem ser adotadas, tem-se, *e.g.*, o isolamento, a quarentena, os tratamentos médicos compulsórios (exames, coletas de amostras etc.), o estudo ou a investigação epidemiológica, a restrição excepcional e temporária.⁵⁷

⁵² WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-10*. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2. Acesso em: 2 jun. 2020.

⁵³ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rolling updates on coronavirus disease (Covid-19)*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Acesso em: 2 jun. 2020.

⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 2. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COECORONA-SVS-13FEV20.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

⁵⁵ Portaria nº 188, de 3.2.2020: “Art. 1º Declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011; Art. 2º Estabelecer o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Parágrafo único. A gestão do COE estará sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Art. 3º Compete ao COE-nCoV: I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde; [...]”.

⁵⁶ “Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. §1º As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade. [...]”.

⁵⁷ “Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: I - isolamento; II - quarentena; III - determinação de realização compulsória de: a) exames médicos; b) testes laboratoriais; c) coleta de amostras clínicas; d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou e) tratamentos médicos específicos; IV - estudo ou investigação epidemiológica; [...] VI - restrição excepcional e temporária, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por rodovias, portos ou aeroportos de: a) entrada e saída do País; e b) locomoção interestadual e intermunicipal; [...]”.

Não custa recordar que o primeiro caso de Covid-19 em território brasileiro foi notificado pelo Ministério da Saúde em 26.2.2020. Tratava-se de um homem de 61 anos que havia retornado de viagem à Itália, especificamente da região da Lombardia, e que deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein em 25.2.2020.⁵⁸

Em 11.3.2020, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 356,⁵⁹ que cuida da regulamentação e da operacionalização das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, prevista na Lei nº 13.979, de 6.2.2020. Já o estado de transmissão comunitária da Covid-19 foi declarado pela Portaria nº 454, de 20.3.2020, que adotou o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas residentes no mesmo domicílio, mesmo que assintomáticas, devendo permanecer em quarentena pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.⁶⁰

Aproximadamente um mês após a confirmação do primeiro caso, todos os estados brasileiros registravam casos de Covid-19, com registros de mortes nos estados do Amazonas, Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo, ocasião em que houve a liberação de recursos na ordem de 1 bilhão de reais pelo Governo Federal aos estados e aos municípios para o fortalecimento das ações de combate ao vírus.⁶¹ A propósito, a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem provocado uma crise sem precedentes, tornando-se um ponto de inflexão na história, afetando diversos setores, como o social, o sanitário, o cultural e o econômico.

No tocante à saúde, a crise provocada pela Covid-19 levou os sistemas de saúde de países de diversas partes do mundo a incorrerem em colapso, provocado, entre outros motivos, pela falta de leitos clínicos e de UTI, de equipamentos de proteção individual, de respiradores, de materiais hospitalares de uso contínuo, de profissionais de saúde capacitados, de medicamentos etc.

No Brasil, a situação mostrou-se ainda mais desafiadora, posto que, aliada aos problemas de escassez de recursos, tem-se a desigualdade social como um elemento central, com boa parte da população vivendo em condições precárias, sem saneamento e sequer acesso à água potável, residindo, em regra, de forma

⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil confirma primeiro caso da doença*. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 10 jun. 2020.

⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 356, de 11 de março de 2020*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 15 jun. 2020.

⁶⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 454, de 20 de março de 2020*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 15 jun. 2020.

⁶¹ FERREIRA NETTO, Raimundo Gonçalves; CORRÊA, José Wilson do Nascimento. Epidemiologia do surto de doença por coronavírus (Covid-19). *Revista Desafios*, v. 7, 2020. Supl. Covid-19. p. 22.

aglomerada em pequenas moradias.⁶² Não se deve descuidar de que o Brasil tem se tornado eminentemente um país cada vez mais urbano, violento e desigual, sobretudo quanto ao contingente populacional formatado por pessoas negras e pobres.

Deste modo, a infecção causada pelo novo coronavírus atingiu níveis alarmantes no Brasil, passando a ser ainda o único que apresentou evolução progressiva no número de infectados e de mortos após passados 50 dias da notificação do primeiro caso, segundo pesquisa da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto.⁶³

Relatório global da OMS, datado de 21.10.2020, aponta para um total de 40.455.651 casos confirmados e 1.119.431 mortes no mundo. O Brasil figura no mesmo relatório com 5.250.727 casos confirmados e 154.176 mortes, atrás somente dos Estados Unidos, com 8.124.233 casos confirmados e 218.641 mortes.⁶⁴

4 Os cuidados paliativos como práticas essenciais em assistência à saúde

Em sendo a saúde um direito humano e fundamental assegurado a todos (art. 196, CF/88), indistintamente, ao paciente com doença crônica (incurável) ou terminal, devem ser proporcionados os melhores cuidados possíveis a fim de aliviar a dor e o sofrimento, resgatando e assegurando o quinhão de humanidade que lhe é inerente e irrenunciável.

Como condição necessária à vida (art. 5º, *caput*, CF/88), ao desenvolvimento da personalidade e à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88), o direito à saúde não se exaure no caso de irreversibilidade da doença ou no decorrer do processo de morte. Mesmo quando não houver mais qualquer possibilidade de cura, a assistência em saúde mostra-se cabível e exigível por meio dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos tiveram sua primeira definição atribuída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, como cuidado ativo total dos

⁶² WERNEK, Guilherme Loureiro. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônicas de uma crise sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5): e00068820, p. 1, 2020, p. 1.

⁶³ DIAS, Roger. Brasil completa 100 dias de Covid-19 com maior curva ascendente no mundo. *Estado de Minas*, 4 jun. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/06/04/interna_nacional,1153866/brasil-completa-100-dias-de-covid-19-com-maior-curva-ascendente-no-mun.shtml. Acesso em: 14 jun. 2020.

⁶⁴ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard*. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 21 out. 2020.

pacientes com doença não mais suscetível de cura, voltado ao controle da dor e de outros sintomas limitantes, com o cuidado de problemas de ordem psicológica, social e espiritual, e cujo objetivo é conferir uma melhor qualidade de vida para os pacientes e, em decorrência, de suas famílias.⁶⁵

Com as transformações socioeconômicas e as alterações do estilo de vida, como o aumento do sedentarismo, do estresse, das mudanças de hábitos alimentares etc., ocorridas nas últimas décadas do século XX, associadas ao aumento da expectativa de vida, houve o aumento das doenças crônicas,⁶⁶ com a consequente imprescindibilidade de cuidados paliativos por parte dos pacientes por elas acometidos, implicando uma nova definição conferida pela OMS.

Em 2002, a OMS, definiu os cuidados paliativos como uma abordagem terapêutica que visa a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias em face de problemas associados às doenças que põem em risco a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento mediante a identificação precoce e de uma avaliação precisa no tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.⁶⁷

Esta definição, diferentemente da primeira, não se direcionava somente aos adultos, fazendo menção expressa à criança, além de ter conferido a assistência paliativa a outras doenças graves e incuráveis, como a AIDS, as doenças cardíacas, as doenças degenerativas, a doença pulmonar crônica, o diabetes, as doenças hepáticas crônicas etc.,⁶⁸ sendo dispensados aos pacientes cuidados por uma equipe interdisciplinar, com atuação interprofissional, devendo ser garantidos mediante política geral de assistência à saúde.

⁶⁵ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*. Geneva: World Health Organization, 1990. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 12 maio 2020.

⁶⁶ FERRO, Ivis Andrea Marques; DIAS, Lílian Barbosa Ribeiro; FRAGA, Renata Caravalline Carvalhal. Doenças crônicas e cuidados paliativos. In: CABRAL, Hildeniza Boechat; VON-HELD, Adréa Rodrigues; DADALTO, Luciana (Org.). *Cuidados paliativos: estudos acadêmicos transdisciplinares*. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. *E-book*. p. 2752.

⁶⁷ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 12 maio 2020.

⁶⁸ Sandra Pereira destaca: “São várias as situações de doença com carácter evolutivo que conduzem a um estado terminal e que beneficiam da prestação de cuidados paliativos, designadamente as doenças oncológicas em estado avançado, as patologias degenerativas e graves do sistema nervoso central, a síndrome da imunodeficiência adquirida em fase avançada, as designadas insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória, renal, hepática), as demências em estado adiantado. Estas doenças, particularmente quando em situação adiantada e em rápida progressão, assumem grande complexidade e conduzem a uma debilitação progressiva do estado geral da pessoa, com o surgimento de múltiplos sintomas e problemas” (PEREIRA, Sandra Martins. *Cuidados paliativos: confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. p. 14).

Os cuidados paliativos, que antes eram dirigidos aos pacientes com câncer terminal, passaram a ter uma perspectiva ampliada, incluindo outras doenças com risco de vida. O escopo e a prestação dos cuidados paliativos convergiram para a saúde pública, para a população e para a comunidade como um todo, introduzindo o conceito de sua abordagem em todos os ambientes de atendimento, no contexto da cobertura e do acesso universal à saúde.⁶⁹

Ainda se deve mencionar que a mais recente definição de cuidados paliativos foi estabelecida pela OMS em agosto de 2017, como uma abordagem que almeja a melhora da qualidade de vida dos pacientes adultos, das crianças e de suas famílias que passam por problemas relacionados às doenças com risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento mediante, desde a identificação precoce, a avaliação apropriada e o tratamento da dor e demais problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.⁷⁰

No Brasil, ainda que não haja uma disciplina legal específica, em nível nacional, sobre os cuidados paliativos, estes têm sido inseridos e normatizados pelo Ministério da Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988, por meio da Portaria nº 3.535/1988, que introduziu algumas modalidades assistenciais colocando os serviços de cuidados paliativos nos centros de atendimento de oncologia de alta complexidade; da Portaria nº 19/2002, que instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos; e da Portaria nº 1.319/2002, que criou no âmbito do SUS os Centros de Referência para Tratamento de Dor.⁷¹

Em 31.10.2018, visando estabelecer diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, o Ministério da Saúde publicou a Resolução MS-CIT nº 41, que normatizou a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando o tratamento dos pacientes desde o diagnóstico em relação às doenças que lhes imponham algum risco de vida.⁷²

Seguindo a mesma linha defendida pela OMS, a Resolução MS-CIT nº 41/2018 definiu os cuidados paliativos como a assistência prestada por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida do paciente

⁶⁹ GÓMEZ-BATISTE, Xavier *et al.* Development of palliative care: past, present, and future. In: MACLEOD, Roderick Duncan; BLOCK, Lieve Van Den (Ed.). *Textbook of palliative care*. Cham, Switzerland: [s.n.], 2019. p. 113.

⁷⁰ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 12 maio 2020.

⁷¹ MALAGUTTI, William; ROEHRS, Hellen. A legislação e os cuidados paliativos no Brasil. In: SILVA, Rudval Souza da; AMARAL, Juliana Bezerra do; MALAGUTTI, William. *Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019. p. 92-93.

⁷² BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução MS-CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018*.

e de sua família em face de doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação adequada e do tratamento da dor e demais sintomas.⁷³

Os cuidados paliativos encontram-se previstos igualmente na Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, invocando o art. 1º, III, CF (princípio da dignidade da pessoa humana) e o art. 5º, III, CF (ninguém deve ser submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante), regulamentou a prática da ortotanásia⁷⁴ para paciente com doença incurável ou terminal.⁷⁵ O art. 2º da resolução, *e.g.*, estabelece que o paciente continuará recebendo todos os cuidados necessários ao alívio dos sintomas causadores de sofrimento, garantida a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito à alta hospitalar.⁷⁶

Oportuno ressaltar que, embora as portarias, as resoluções editadas pelo Ministério da Saúde e a Resolução do CFM não possuam força legal, encontram amparo no texto constitucional de 1988 (art. 1º, inc. III; art. 5º, *caput* e inc. III), conforme destacado anteriormente.

Os cuidados paliativos, com efeito, reafirmam a vida e expressam de modo inequívoco que “o morrer é um processo normal do viver”. Não buscam, portanto, precipitar nem prolongar a morte. Não objetivam a cura, porém não se confundem com a eutanásia.⁷⁷ De fato, procuram aliviar a dor, o sofrimento desnecessário e outros sintomas angustiantes. Integram nessa abordagem um conjunto de medidas, entre elas, cabendo ressaltar os aspectos psicológicos e espirituais. Oferecem um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver com qualidade, dentro do possível, até a morte, proporcionando outrossim um sistema de suporte para a família lidar com enfermidade do paciente e com o luto.⁷⁸

⁷³ BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução MS-CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018*.

⁷⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução MS-CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018*.

⁷⁵ “Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. §1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. §2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada em prontuário. §3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica”.

⁷⁶ CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1.805/2006*. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 19 jul. 2020.

⁷⁷ Diferentemente dos *cuidados paliativos*, que buscam aliviar a dor e o sofrimento, conferindo ao paciente qualidade de vida do adoecer ao morrer (de forma natural), a *eutanásia* é pautada em ação ou omissão médica que leva o paciente à morte antecipadamente deliberada, como exemplo, nos casos de aplicação de injeção letal, retirada de tratamento, desligamento de equipamentos médicos (LOMBARD, John. *Law, palliative care and dying: legal and ethical challenges*. New York: Routledge, 2018. *E-book*. l. 7).

⁷⁸ PESSINI, Leo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. 6. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 187.

Pode-se, então, compreender os cuidados paliativos como uma estratégia de cuidado indicada ao paciente acometido por doença incurável ou terminal e à família, independentemente da enfermidade, de gênero, da classe social e da idade. Portanto, pode e deve ser instituído nas fases mais precoces da doença, desde o diagnóstico, e não somente na fase terminal da vida, parametrizando-se pelas necessidades e pela autonomia do doente.⁷⁹ Abrange, logo, uma enorme gama de pacientes graves que têm a qualidade de vida comprometida, mas que o óbito nem sempre ocorrerá em curto intervalo de tempo.⁸⁰

5 Os cuidados paliativos em tempos de Covid-19 na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais

Em situação de emergência e de crise humanitária como no caso da pandemia provocada pela Covid-19, o sofrimento das vítimas e o uso de medidas para proporcionar o alívio terminam por ser negligenciados em razão da concentração de esforços em salvar vidas.⁸¹ Esquece-se, em regra, do paciente de Covid-19 em estado grave ou terminal, isolado e/ou entubado em um leito de UTI, passando por dor e sofrimento totalmente desnecessários, ou seja, em claro desrespeito aos emolduramentos advindos com a eficácia dos direitos humanos e fundamentais, como os que tocam à vida, à saúde, à autonomia, à autodeterminação, ao tratamento humano que reconhece protagonismo à pessoa, entre outros.

Não obstante o salvamento de vidas seja o foco principal na pandemia provocada pela Covid-19, o alívio do sofrimento humano constitui o objetivo primordial, a fim de que haja respeito à dignidade da pessoa humana e demais direitos constitucionalmente erigidos. Nesse sentido, deve-se mencionar que o uso das chamadas novas tecnologias, *e.g.*, pode servir para alentar a pessoa em isolamento, vez que pode proporcionar momentos de acolhimento e de reencontro com a família por meio de câmeras, de ligações em celulares, de chamadas de vídeo, criação de grupos virtuais de apoio etc.

⁷⁹ PEREIRA, Sandra Martins. *Cuidados paliativos: confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. p. 26.

⁸⁰ CORADAZZI, Ana Lucia; CALLEGARI, Lívia Abigail. *Cuidados paliativos, Covid-19 e as escolhas de todos nós*. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/cuidados-paliativos-covid-19-e-as-escolhas-de-todos-nos/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

⁸¹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. p. 23.

Convém destacar, de qualquer sorte, que as síndromes gripais (SG) e as síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) são acontecimentos em saúde pública com grande repercussão para os sistemas de saúde em todo o mundo. E embora os coronavírus sejam causadores de síndromes,⁸² o novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem apresentado um comportamento incomum, com alta transmissibilidade e letalidade,⁸³ o que implicou a declaração de Emergência Internacional de Saúde e de Pandemia pela OMS.⁸⁴ A elevada propagação e mortandade,⁸⁵ em comparação com outros vírus respiratórios já monitorados, demonstra que o comportamento atípico do SARS-CoV-2 constitui grande risco para o Sistema Único de Saúde, paralisando-o/colapsando-o por vezes.⁸⁶

Deve-se lembrar que, entre os sintomas mais comuns da Covid-19, tem-se a febre, a tosse seca e o cansaço. Porém, outros sintomas menos frequentes podem se fazer presentes em alguns pacientes, como dor, congestão nasal, cefalalgia, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou de olfato e ainda erupções cutâneas ou alterações de cor nos dedos das mãos ou dos pés. Os sintomas geralmente são leves e começam de forma gradual, reconhecendo-se casos de pessoas assintomáticas.⁸⁷ Essa complexidade compromete, *e.g.*, o diagnóstico precoce, o acompanhamento e a uniformização de protocolos das formas de terapias.

A propósito, a maior parte das pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 se recupera sem que haja complicação ou qualquer necessidade de internamento hospitalar, devendo-se grifar que ainda há muitas indagações a respeito de

⁸² “Síndrome. Reunião de um grupo de sintomas (ou de sinais) que se reproduzem ao mesmo tempo em certo número de doenças” (GARNIER, Marcel *et al.* *Dicionário Andrei de termos de medicina*. 2. ed. São Paulo: Andrei, 2002. p. 1.119).

⁸³ A letalidade tem sido variável em países de diversas partes do mundo, por fatores cuja análise foge ao objetivo do presente estudo. A título de exemplo, citem-se: Estados Unidos (6%), Reino Unido (14,3%), Espanha (12,2%), Itália (14,3%), Alemanha (4,6%), França (19,6%) (BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 17. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25-BEE17-Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020).

⁸⁴ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rolling updates on coronavirus disease (Covid-19)*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Acesso em: 14 jun. 2020.

⁸⁵ Comparada à letalidade de outras doenças infecciosas transmissíveis por seres humanos, a Covid-19 apresenta letalidade moderada: Covid-19 (3,6%), Mers (34%), Sars (10%), Gripe Influenza H1N1 e outras gripes (0,01% a 0,08%), Sarampo em 2019 (1,42%), Ebola (25% a 90%), na República Democrática do Congo (65% em 2019) (Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/14/taxa-de-letalidade-do-sars-cov-2-e-maior-que-a-da-gripe-mas-e-a-menor-da-familia-coronavirus-veja-comparativos.ghtml>. Acesso em: 15 jun. 2020).

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 8. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020. p. 32.

⁸⁷ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Q&A on coronaviruses (Covid-19)*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>. Acesso em: 9 jun. 2020.

possíveis sequelas de natureza neurológica. No entanto, aproximadamente 14% delas evoluem para um quadro grave e, assim, apresentam dificuldade para respirar, requerendo oxigenoterapia.⁸⁸ Em torno de 5% necessitarão de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI). Das que se encontram em estado crítico, a maioria necessitará de ventilação mecânica.^{89 90}

As pessoas idosas e as que possuem problemas de saúde preexistentes, como pressão alta, problemas cardíacos ou pulmonares, diabetes ou câncer, apresentam maior risco de desenvolver a forma grave. Porém, em geral, qualquer pessoa pode ser infectada e ficar gravemente enferma.⁹¹ Em alguns casos, a evolução para o quadro grave da doença pode levar à falta de ar e aos sintomas graves correspondentes à pneumonia,⁹² ao choque séptico, à disfunção de coagulação, ocasionando o óbito.⁹³

Como outrora salientado, os cuidados paliativos constituem uma assistência terapêutica que objetiva amenizar a dor e o sofrimento,⁹⁴ tendo em vista conferir qualidade de vida ao paciente com doença crônica ou terminal. Deve-se, de fato, buscar ainda atenuar os “efeitos patogênicos da pobreza nos pacientes e nas famílias”, bem como ampará-los para que não passem por maiores dificuldades

⁸⁸ “A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio acima da concentração do gás ambiental normal (21%), com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e conseqüentemente, promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio” (Disponível em: <http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Oxig%C3%AAnio%20e%20ventila%C3%A7%C3%A3o%20n%C3%A3o%20invasiva.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020).

⁸⁹ “A ventilação mecânica (VM) se faz através da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volumes de ar (volume corrente - VT). O movimento do gás para dentro dos pulmões ocorre devido à geração de um gradiente de pressão entre as vias aéreas superiores e o alvéolo, podendo ser conseguido por um equipamento que diminua a pressão alveolar (ventilação por pressão negativa) ou que aumente a pressão da via aérea proximal (ventilação por pressão positiva)” (CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol.*, n. 33, supl. 2, S 54-S 70, 2007. p. 54).

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na atenção especializada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 11.

⁹¹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Q&A on coronaviruses (Covid-19)*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>. Acesso em: 9 jun. 2020.

⁹² FERREIRA NETTO, Raimundo Gonçalves; CORRÉA, José Wilson do Nascimento. Epidemiologia do surto de doença por coronavírus (Covid-19). *Revista Desafios*, v. 7, 2020. Supl. Covid-19. p. 20.

⁹³ GUO, Yan-Rong *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, n. 7:11, 2020. p. 5.

⁹⁴ Os sofrimentos mais comuns que foram observados nas epidemias de influenza e que podem servir de parâmetro para a pandemia de Covid-19 são: dor, dispneia, tosse, estresse agudo, isolamento/estigmatização, luto complicado (NEIVA, Carolina. *Por que cuidados paliativos na pandemia de Covid-19?*. Disponível em: <https://pebmed.com.br/por-que-cuidados-paliativos-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 14 jun. 2020).

financeiras⁹⁵ em decorrência da doença ou da incapacidade. Além disso, em função da necessária efetividade dos direitos constitucionalmente assegurados, é de importância capital a integração dos cuidados paliativos nos sistemas públicos de saúde, tendo em vista a cobertura universal da saúde.⁹⁶

Os cuidados paliativos, urge reafirmar, constituem um “componente fundamental de qualquer plano de cuidado durante a pandemia”, cabendo aos profissionais de saúde prestá-los com o objetivo de atenuar o sofrimento do paciente. Em se tratando de paciente com doença incurável que já se encontra sob cuidados paliativos, mostra-se de grande relevância a continuidade da assistência, especialmente pelo fato de o doente encontrar-se entre a população de risco.⁹⁷

O alívio de sintomas como dor, diarreia etc., além de propiciar conforto, também pode vir a melhorar a sobrevivência do paciente. Além do mais, a relação médico-paciente assume uma perspectiva muito significativa no controle da infecção,⁹⁸ tendo em vista que a empatia e a alteridade, o profissionalismo e a expertise, bem como a prestação de informações de maneira clara e adequada contribuem para o estabelecimento de uma relação de confiança e inclusiva que, por sua vez, propicia uma melhor aceitação do tratamento em um contexto emancipatório. Assim, o profissional de saúde não pode fazer uso de qualquer medida terapêutica que possa causar dano ou prejuízo⁹⁹ ao paciente, sob pena de incorrer na prática de tratamento desumano, malferindo a dignidade da pessoa, os direitos

⁹⁵ Por meio da Lei nº 13.982, de 2.4.2020 – posteriormente modificada pela Lei nº 1998, de 14.5.2020, foram estabelecidas medidas de proteção social para o enfrentamento da Covid-19, oportunidade em que foi criado o auxílio emergencial mensal de R\$600,00 (seiscentos reais), a ser pago ao trabalhador que: seja maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo no caso de mães adolescentes; não tenha emprego formal ativo; não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§1º e 2º, o Bolsa Família; cuja renda familiar mensal *per capita* seja de até 1/2 (meio) salário mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos; que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e que exerça atividade na condição de: microempreendedor individual (MEI); contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do *caput* ou do inc. I do §2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24.7.1991; ou c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20.3.2020, ou que, nos termos de autodeclaração, cumpra o requisito do inc. IV.

⁹⁶ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*: a WHO guide. p. 15.

⁹⁷ MAYARA, Jéssica. *Cuidados paliativos são essenciais na pandemia*. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2020/05/17/interna_bem_viver,1147031/cuidados-paliativos-sao-essenciais-na-pandemia.shtml. Acesso em: 14 jul. 2020.

⁹⁸ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*: a WHO guide. p. 23.

⁹⁹ BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. 3. ed. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2013. p. 212.

já substancialmente assegurados no ordenamento jurídico pátrio e a própria ética profissional.

Na perspectiva dos cuidados paliativos, a morte é tida como uma etapa de um processo normal, ou seja, a morte expressa um momento intrinsecamente alinhavado com a vida. Cabe, então, ao médico envidar todos os esforços realizáveis/factíveis para salvar a vida do doente, exceto quando o paciente tenha se manifestado expressamente pela renúncia ao tratamento, devendo observar todas as diretrizes que perfaçam o planejamento vital dele. A assistência paliativa e o controle de sintomas, nestes termos, devem ocorrer de maneira integrada com o tratamento que salva as vidas de pacientes com condições agudas de risco de vida ou com triagem em vermelho.^{100 101}

Impende, nesta altura, rememorar que o paciente acometido pela Covid-19 é, destarte, possuidor da mesma dignidade que as demais pessoas, sendo merecedor de viver da melhor forma possível, desde o momento do recebimento do diagnóstico da doença até os últimos instantes que antecederem seu óbito.¹⁰²

Desse modo, a fim de que sejam respeitados os direitos fundamentais do paciente com Covid-19 que se encontre em estado grave ou terminal, as diretrizes básicas estabelecidas como cuidados paliativos devem ser observadas por todos que fazem parte da rede assistencial do SUS, mediante uma equipe multidisciplinar composta por médico, por enfermeiro, por assistente social, por psicólogo, por terapeuta ocupacional, por fisioterapeuta, entre outros.

Acontece que, a exemplo do que ocorreu com outros sistemas de saúde, a Covid-19 expôs as limitações do SUS, como a falta de recursos humanos, de medicamentos essenciais, de ventiladores, de equipamento de proteção individual, de leitos de UTI etc. Tal situação, conseqüentemente, leva às escolhas difíceis¹⁰³ e à necessidade de reconfiguração dos serviços existentes, com base

¹⁰⁰ Segundo o Protocolo de Manchester, paciente com triagem em vermelho é o paciente para emergência, que necessita de atendimento imediato (Disponível em: <https://www.secad.com.br/blog/enfermagem/protocolo-de-manchester/>. Acesso em: 15 jun. 2020).

¹⁰¹ WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. p. 15-16.

¹⁰² Convém ressaltar que a Covid-19 é uma doença tratável, conquanto ainda não exista vacina para evitar a infecção. Em grande parte dos casos, cerca de 80%, os sintomas provocados são sintomas leves. Outra parte, em torno de 20%, evolui para um quadro de gravidade, com um índice de letalidade, segundo dados do Brasil, por volta de 5% (BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel coronavírus*. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2020).

¹⁰³ As escolhas difíceis, dado envolverem dilemas éticos, demandam o estabelecimento de critérios ou procedimentos prévios, de forma a permitir ao médico tomada de decisão adequada ao caso concreto. Cite-se, como exemplo, a Resolução CFM nº 2.156/2016, que estabelece critérios para a admissão e alta em unidade de terapia intensiva (UTI), cujo preâmbulo estabelece que “nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”. Desse modo, caso a decisão

em diretrizes éticas e jurídicas, a fim de que seja garantido um “tratamento e atendimento humano e respeitoso” e em consonância com a vontade e com a vida do paciente.¹⁰⁴

Por outro lado, não se pode deixar de levar em conta que, embora o vírus da Covid-19 afete todas as pessoas, a população que vive em condições sanitárias insalubres possui maior risco de contrair a doença,¹⁰⁵ expressando-se, à guisa de exemplo, no contingente da população que vive nas comunidades das grandes cidades brasileiras, habitando em moradias minúsculas, destituídas de saneamento básico, de água potável etc. A pandemia, oportuno destacar, tem provocado impactos diferenciados conforme a raça, a etnia, a idade e a região. As pessoas pardas e negras, *e.g.*, especialmente do Norte e do Nordeste, são mais propensas a morrer de Covid-19. As pardas figuram como o segundo fator de risco depois da idade, além de apresentarem maior comorbidade.¹⁰⁶

Nas regiões Norte¹⁰⁷ e Centro-Sul,¹⁰⁸ os sobreviventes tendem a ser os mais jovens, brancos e do sexo feminino, enquanto os não sobreviventes recaem mais sobre pretos e pardos. Entre o total de hospitalizados, a mortalidade tem sido maior no Norte, com prevalência entre negros e pardos.¹⁰⁹

No que diz respeito ao gênero, dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) revelam que 70% da força de trabalho que atua no combate direto da pandemia é feminina. Há também o fato inquestionável de as mulheres terem ficado mais sobrecarregadas, sobretudo quando se observa o cuidado com as crianças em decorrência do fechamento das escolas, ou seja, quando se tem em vista o cotidiano e, em regra, a realidade doméstica.¹¹⁰ Isso sem esquecer o drama das trabalhadoras domésticas, que comumente ainda continuam a desempenhar suas atividades, mesmo que informalmente, vendo-se obrigadas a se deslocarem

envolva paciente terminal com Covid-19, sem que haja possibilidade de sobrevivida, os cuidados paliativos se mostram a medida terapêutica ética e legalmente a ser adotada.

¹⁰⁴ JUNQUEIRA, André. Coronavírus: desafios éticos no tratamento e com os cuidados paliativos. *Veja saúde*. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/coronavirus-tratamento-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

¹⁰⁵ PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. E-book. pos. 735.

¹⁰⁶ Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/rfi/2020/05/27/estudo-internacional-diz-que-covid-19-no-brasil-mata-mais-pardos-e-negros.htm>. Acesso em: 19 jul. 2020.

¹⁰⁷ Embora o texto faça uso da expressão *Norte*, em realidade está a expressar as regiões Norte e Nordeste.

¹⁰⁸ Refere-se às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

¹⁰⁹ BAQUI, Pedro *et al.* *Ethnic and regional variation in hospital mortality from Covid-19 in Brazil*. p. 4. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.19.20107094v1.full.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

¹¹⁰ COVID-19: a pandemia afeta cada gênero de formas diferentes?. *Estadão*. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/covid-19-a-pandemia-afeta-cada-genero-de-formas-diferentes/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

para o trabalho em meio ao isolamento social e a assumir sobrejornadas para complementar a renda familiar.

O ser humano, indistintamente, convém lembrar, deve ser visto na sua integralidade, sobretudo na sociedade em que convive, e não como um simples indivíduo apartado pelos malefícios sociais e pela omissão estatal. Daí advém a necessidade do reconhecimento e, mais especificamente, da concretização do “direito à inclusão social e à antidiscriminação”, particularmente para que todas as pessoas tenham assegurado não somente o acesso à saúde, mas também às “condições de vida que, de modo geral, garantam a todos o exercício da cidadania plena”.¹¹¹

Assim, a parte a crônica de desamparo social que persiste no cenário brasileiro, o paciente de Covid-19 em estado grave ou terminal deve ser tratado com respeito, mormente no que toca à sua autonomia, ou seja, à capacidade de decisão sobre as medidas terapêuticas adotadas a partir das informações prestadas pelos profissionais de saúde.¹¹² E, mesmo nos casos em que não haja mais resposta ao tratamento, não pode ser relegado à própria sorte.

Por tais razões, não se pode perder de vista que a vontade e a autonomia são pressupostos básicos, sendo necessário, em caso de existência, que se faça constar do prontuário médico o testamento vital.¹¹³ O testamento vital, deve-se relembrar, retrata a manifestação de vontade do paciente enquanto ainda possuidor de discernimento, cujos efeitos normalmente se produzem diante de um quadro de irreversibilidade.¹¹⁴ Restando, pois, demonstrado não mais ser possível o uso medidas curativas para o doente de Covid-19 que se encontre inconsciente, cabe ao médico decidir de acordo com a vontade externada, ainda que contrária à da família ou à do representante legal.

Por outro lado, quando o paciente não tiver manifestado sua vontade ao médico ou ante a inexistência de testamento vital, e estando ele em situação aguda de risco de vida em decorrência de insuficiência respiratória ocasionada pela Covid-19,¹¹⁵ entubado e isolado, cabe ao médico e aos responsáveis a tomada de decisão, sem deixar de levar em conta o legado da bioética, notadamente no que

¹¹¹ SARLET, Gabrielle Bezerra Sales. Da ética hipocrática à bioética: notas acerca da teoria do consentimento livre e esclarecido e o teor da Lei nº 13.146/2015. *Revista da Ajuris – Porto Alegre*, v. 44, n. 1433, dez. 2017. p. 194.

¹¹² WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*. p. 59.

¹¹³ DADALTO, Luciana. *Testamento vital*. 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 4353.

¹¹⁴ DADALTO, Luciana. A tomada de decisão em fim e vida e a Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 9041.

¹¹⁵ CORADAZZI, Ana Lucia; CALLEGARI, Livia Abigail. *Cuidados paliativos, Covid-19 e as escolhas de todos nós*. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/cuidados-paliativos-covid-19-e-as-escolhas-de-todos-nos/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

se refere ao cuidado com o máximo de bem-estar, com a minimização do sofrimento, evitando tratamentos inúteis e com cuidado estrito em relação à dignidade da pessoa humana.

A conjuntura da pandemia de Covid-19 implica, a despeito do que se pensara no seu início, que as ações e serviços de saúde busquem cada vez mais o bem-estar coletivo e não individual, visando, inclusive com base na bioética da intervenção, suprimir as desigualdades,¹¹⁶ o que se torna mais difícil em países cuja biografia encontra-se pautada por práticas de corrupção e, de todo modo, carentes de alocação coerente de recursos financeiros e humanos como o Brasil, que, em função da dificuldade de uso de medidas interventivas mais adequadas ao controle da pandemia, como a testagem em massa, o controle de infectados etc., vem apostando no isolamento social e na quarentena como os principais meios de enfrentamento.¹¹⁷

Deve-se admoestar que, em uma sociedade na qual perdura uma grande desigualdade social, as medidas de contenção vão além de uma questão meramente técnica ou mesmo teórica, perpassando também o âmbito social, vez que considerável parcela da população brasileira não dispõe sequer de condições mínimas de alimentação, de moradia, de saneamento e de esgotamento sanitário, além de uma situação cada vez mais precária no ambiente de trabalho.¹¹⁸ Isso sem esquecer os moradores de rua, que vivem em condições de extrema vulnerabilidade e se encontram mais propensos ainda a contrair a Covid-19 e incorrer em risco de morte.¹¹⁹

Relevante mencionar que, neste cenário, mesmo sem desconsiderar os avanços nos sistemas de normas protetivas, nacionais e internacionais, o paciente que necessita de cuidados paliativos ainda não é, no Brasil, assistido de forma adequada, posto que, para além do fosso existente entre as classes sociais, o modelo médico usual ainda é paternalista e muito centrado na cura da doença e não no doente, em claro desrespeito à dignidade da pessoa humana, à paleta das liberdades e à autodeterminação. Há de se pontuar igualmente uma tendência muito significativa no ambiente nacional de centralizar a saúde apenas na perspectiva médica e biomédica e, nesta medida, produz-se uma espécie de

¹¹⁶ DADALTO, Luciana. A tomada de decisão em fim e vida e a Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 628.

¹¹⁷ PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 670/671.

¹¹⁸ PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 681. E

¹¹⁹ PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*. pos. 692.

reducionismo muito danoso, em particular quando se enfoca nos aspectos que tracejam os cuidados paliativos.

Assim, por estar intrinsecamente atrelado ao direito à saúde, os cuidados paliativos devem ser estendidos na forma de tratamento isonômico da população, buscando, de fato, garantir os meios apropriados para viver e para conviver com felicidade e com harmonia em uma ambiência digna em todas as fases da vida que oportunize a experiência de viver e de morrer conforme um projeto integral. O portador de Covid-19 é possuidor dessa mesma dignidade, sendo merecedor de viver e de conviver da melhor forma possível até os últimos momentos que antecederem sua morte, a despeito de qualquer forma de estigma ou de discriminação.

6 Síntese conclusiva

A pandemia de Covid-19 não apenas evidenciou a fragilidade dos sistemas de saúde de países ricos, em desenvolvimento e pobres, mas igualmente serviu de alerta para que a comunidade mundial, inclusive o Brasil, focasse na eficácia do direito à saúde, devendo ser conferido a todos na medida do acesso ao saneamento, à água potável, à alimentação, à moradia digna, entre outros. De modo geral, depreende-se que, em função da complexidade, a saúde somente se torna concreta em uma constelação indissociável com outros direitos humanos e fundamentais.

Não basta, portanto, que o atendimento em saúde seja direcionado quase que exclusivamente ao tratamento de saúde individual, voltado à cura da doença e com uso de medicina de alta tecnologia que exige elevada soma de recursos, excluindo considerável parcela da população em países com enormes desigualdades sociais como o Brasil. Mais que isso, a saúde deve estar direcionada para a sociedade civil como um todo por meio de ações e de prestações de serviços coletivos, com atenção contínua à prevenção, bem como aos riscos endêmicos, epidêmicos e pandêmicos, inclusive por meio do investimento e do apoio à pesquisa, à ciência e à inovação.

Infere-se que, embora a pandemia ocasionada pela Covid-19 já tenha infectado milhões de pessoas no mundo e ocasionado a morte de centenas de milhares, gerando um estado de crise sem precedentes, não se pode ignorar que os cuidados paliativos são de vital importância para amenizar a dor e o sofrimento dos doentes de Covid-19 que se encontrem em estado grave ou terminal, visto que, independentemente do estágio da patologia, todo ser humano possui o direito humano e fundamental à saúde e, em sua integridade, a uma vida digna.

Registre-se ainda, contudo, que a ideia dos cuidados paliativos prestados ao paciente com Covid-19, sobretudo no Brasil, em razão do atual espessamento da desigualdade social, não deve pautar somente as condições clínicas, mas, outrossim, engloba as condições sociais, visto que, embora o acesso à saúde seja assegurado a todos, restam lacunas excruciantes quanto ao cuidado com os hipossuficientes. Em síntese, o que se infere da apatia em relação ao número de óbitos diz muito a respeito do grave abismo que tem se pronunciado entre os brasileiros e, em regra, expressa de modo mais nítido a falta de empatia e de alteridade em uma sociedade cada vez mais polarizada e violenta. Igualmente deve-se alertar para o risco de estigmatização das pessoas mais expostas ao vírus e ao descaso para com alguns grupos que já têm a marginalização como uma espécie de normalidade.

The last but not the least, afirma-se, de fato, a urgência por um amplo debate nacional acerca da ampliação do cuidado na área da saúde de modo que a vida seja dignificada em todos os seus estágios, possibilitando, destarte, ao paciente de Covid-19, independentemente de qualquer viés, discriminação ou preconceito, o pleno gozo de seus direitos consagrados no sistema normativo, em especial no momento em que se encontra mais vulnerabilizado. Oportuniza-se, desta maneira, uma experiência de cidadania plena em todas as dimensões da vida em consonância com os dispositivos constitucionais, com os principais pactos internacionais em vigor e com a abordagem bioética.

Trata-se, com efeito, de uma grande oportunidade para, em face do inventário pandêmico, refletir e alterar o contexto atual, perfazendo novos enlances políticos, éticos, sanitários e sociais, implicando uma reconfiguração na qual tanto o Estado quanto a sociedade civil assumam seus papéis e, em especial, suas tarefas constitucionalmente previstas e expressas no binômio solidariedade/responsabilidade, conferindo uma melhor qualidade de vida e assumindo posturas antidiscriminatórias e mais inclusivas.

Palliative cares in times of Covid-19 pandemic: an approach based on the Brazilian perspective in light of bioethics and human and fundamental rights

Abstract: This paper analyses, employing the deductive-hypothetical method and a bibliographical exploratory investigation based on Bioethics and the Catalogue of human and fundamental rights, the problem of palliative cares on patients with Covid-19 in Brazil. Though the health assistance in situation of emergency and human crisis is centered in the rescue of lives, the provision of palliative care for patients during all phases of the disease, mainly in severe and/or terminal stage is of major importance. Palliative cares aim to relieve the pain and suffering aiming to grant life quality to a patient and his family. Even being the case of an infectious and lethal disease like the Covid-19, the best possible cares must be offered to a patient, respecting the autonomy, the equality and the dignity of the human person, without neglecting the values of equity, justice and specially taking into account the vulnerability of persons belonging to groups of risk and less socially favored.

Keywords: Palliative care. Pandemic of Covid-19. Bioethics. Human and fundamental rights.

Summary: **1** Introductory notes – **2** The right to health in the Brazilian legal system – **3** The Covid-19 pandemic in the Brazilian scenario: factual and legal aspects – **4** The palliative care as essential practices in health care – **5** Palliative care and the Covid-19 pandemic from the perspective of bioethics and human and fundamental rights – **6** Concluding summary – References

Referências

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALLAMEL- RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JÚNIOR, Lybio. *História da medicina*. Organização de Marcio Fabri dos Anjos. Tradução de Acquiles Von Zuben. Aparecida: Ideias & Letras, 2011.

BAQUI, Pedro *et al.* *Ethnic and regional variation in hospital mortality from Covid-19 in Brazil*. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.19.20107094v1.full.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BARRY, M. John. *A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020. *E-book*.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. 3. ed. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 17. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25-BEE17-Boletim-do-COE.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 2. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcorona-SVS-13fev20.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, n. 8. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil confirma primeiro caso da doença*. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes estratégicas*. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em: 8 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel coronavírus*. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 1º jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 356, de 11 de março de 2020*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 454, de 20 de março de 2020*. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na atenção especializada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução MS-CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018*.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.080/90*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.142, publicada em 28 de dezembro de 1990*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 maio 2020.

CARVALHO, Carlos Roberto Ribeiro de; TOUFEN JUNIOR, Carlos; FRANCA, Suelene Aires. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol.*, n. 33, supl. 2, S 54-S 70, 2007.

CORADAZZI, Ana Lucia; CALLEGARI, Livia Abigail. *Cuidados paliativos, Covid-19 e as escolhas de todos nós*. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/cuidados-paliativos-covid-19-e-as-escolhas-de-todos-nos/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

COVID-19: a pandemia afeta cada gênero de formas diferentes?. *Estadão*. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/covid-19-a-pandemia-afeta-cada-genero-de-formas-diferentes/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

DADALTO, Luciana. A tomada de decisão em fim e vida e a Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*.

DADALTO, Luciana. *Testamento vital*. 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DIAS, Roger. Brasil completa 100 dias de Covid-19 com maior curva ascendente no mundo. *Estado de Minas*, 4 jun. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/06/04/interna_nacional,1153866/brasil-completa-100-dias-de-covid-19-com-maior-curva-ascendente-no-mun.shtml. Acesso em: 14 jun. 2020.

FERREIRA NETTO, Raimundo Gonçalves; CORRÊA, José Wilson do Nascimento. Epidemiologia do surto de doença por coronavírus (Covid-19). *Revista Desafios*, v. 7, 2020. Supl. Covid-19.

FERRO, Ivís Andrea Marques; DIAS, Lílian Barbosa Ribeiro; FRAGA, Renata Caravalline Carvalhal. Doenças crônicas e cuidados paliativos. In: CABRAL, Hildeniza Boechat; VON-HELD, Adréa Rodrigues; DADALTO, Luciana (Org.). *Cuidados paliativos: estudos acadêmicos transdisciplinares*. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. *E-book*.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito à saúde: de acordo com a Constituição Federal de 1988; Lei nº 8.080/90; Lei nº 8.142/90; Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012*. 3. ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

GARNIER, Marcel *et al.* *Dicionário Andrei de termos de medicina*. 2. ed. São Paulo: Andrei, 2002.

GEORGE, Francisco; NUNES, Emília. *Pandemias no século XXI*. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/1102>. Acesso em: 7 jun. 2020.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 88, 2016.

GÓMEZ-BATISTE, Xavier *et al.* Development of palliative care: past, present, and future. In: MACLEOD, Roderick Duncan; BLOCK, Lieve Van Den (Ed.). *Textbook of palliative care*. Cham, Switzerland: [s.n.], 2019.

GUO, Yan-Rong *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, n. 7:11, 2020.

HARARI, Yuval Noah. *Na batalha contra o coronavírus, faltam líderes à humanidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. *E-book*.

JUNQUEIRA, André. Coronavírus: desafios éticos no tratamento e com os cuidados paliativos. *Veja saúde*. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/coronavirus-tratamento-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

LANES, Liton; SOBRINHO, Pilau. *Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista*. Passo Fundo: UFP, 2003.

LEMOS, Alberto Santos. Etiologia e origem. In: LEMOS, Alberto Santos (Ed.). *Covid-19: guia prático de infectologia*. Barueri: Manole, 2020. *E-book*.

LOMBARD, John. *Law, palliative care and dying: legal and ethical challenges*. New York: Routledge, 2018. *E-book*.

LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves Souza de; SANTORO, Luciano de Freitas. *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2018.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. *Direito sanitário*. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e Tutela Coletiva, 2012.

MAYARA, Jéssica. *Cuidados paliativos são essenciais na pandemia*. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2020/05/17/interna_bem_viver,1147031/cuidados-paliativos-sao-essenciais-na-pandemia.shtml. Acesso em: 14 jul. 2020.

MENDES, Karyna Rocha. *Curso de direito da saúde*. São Paulo: Saraiva, 2013.

MORETTI, Bruno; SÓTER, Ana Paula. Emenda do teto de gastos faz SUS perder R\$13,5 bilhões em 2019. *Dom Total*. Disponível em: <https://domtotal.com/noticia/1424169/2020/02/emenda-do-teto-de-gastos-faz-sus-perder-r-13-5-bilhoes-em-2019/>. Acesso em: 7 jun. 2020.

NEIVA, Carolina. *Por que cuidados paliativos na pandemia de Covid-19?*. Disponível em: <https://pebmed.com.br/por-que-cuidados-paliativos-na-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 14 jun. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. *E-book*.

PANDEMIAS pela história: como a humanidade sobrevive. [s.l.]: Editora O Curioso, [s.d.]. *E-book*.

PEREIRA, Sandra Martins. *Cuidados paliativos: confrontar a morte*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010.

PESSINI, Leo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. 6. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da Covid-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). *Bioética e Covid-19*. Indaiatuba: Foco, 2020. *E-book*.

RIOS, Roger Raupp. *Direito da antidiscriminação: discriminação direta, indireta e ações afirmativas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SANZ MUÑOZ, Iván *et al.* *50 preguntas y respuestas sobre el coronavirus (COVID-19)*. Zaragoza, España: Amazing Books, 2020. *E-book*.

- SARLET, Gabrielle Bezerra Sales. Da ética hipocrática à bioética: notas acerca da teoria do consentimento livre e esclarecido e o teor da Lei nº 13.146/2015. *Revista da Ajuris – Porto Alegre*, v. 44, n. 1433, dez. 2017.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.
- SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos fundamentais em espécie. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.
- SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos fundamentais em espécie. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. *E-book*.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Art. 196. In: CANOTILHO, J. J. Gomes *et al* (Coord.). *Comentários à Constituição do Brasil*. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018. *E-book*.
- SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) da saúde no Brasil. In: PEREIRA, Hélio do Valle; ENZWEILER, Romano José (Coord.). *Curso de direito médico*. São Paulo: Conceito, 2011.
- SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.
- UNHR. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 9 jun. 2020.
- VARGAS, Rodrigo Gindre *et al*. Cuidados paliativos e direitos fundamentais. In: CABRAL, Hildeniza Boechat; VON-HELD, Adréa Rodrigues; DADALTO, Luciana (Org.). *Cuidados paliativos: estudos acadêmicos transdisciplinares*. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2018. *E-book*.
- WAILLA, Liane de Alexandre. *SUS (Sistema Único de Saúde): conquistas, desafios político e bioética*. Curitiba: Juruá, 2018. *E-book*.
- WERNEK, Guilherme Loureiro. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônicas de uma crise sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5): e00068820. p. 1, 2020.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health*. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 maio 2020.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*. Geneva: World Health Organization, 1990. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 12 maio 2020.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide*.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report-10*. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2. Acesso em: 2 jun. 2020.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 12 maio 2020.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 12 maio 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Q&A on coronaviruses (Covid-19)*. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>. Acesso em: 9 jun. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Situation Report – 187*. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200725-covid-19-sitrep-187.pdf?sfvrsn=1ede1410_2. Acesso em: 25 jul. 2020.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What is a pandemic?*. Disponível em: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/. Acesso em: 7 jun. 2020.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

SARLET, Gabrielle Bezerra Sales; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Cuidados paliativos em tempos de pandemia de Covid-19: uma abordagem do cenário brasileiro à luz da bioética e dos direitos humanos e fundamentais. *Direitos Fundamentais & Justiça*, Belo Horizonte, ano 14, n. 43, p. 375-405, jul./dez. 2020.

Recebido em: 28.07.2020
Pareceres: 28.09.2020, 15.10.2020
Aprovado em: 15.10.2020