

Sociedade, Estado e sustentabilidade: responsabilidades na saúde e no combate à pandemia Covid-19

*Society, State and sustainability: responsibilities in health
and combating the pandemic covid-19*

Josias Jacintho Bittencourt¹  <http://orcid.org/0000-0003-0477-4495>

José Geraldo Romanello Bueno²  <http://orcid.org/0000-0002-1715-081X>

Resumo

Este artigo analisa as responsabilidades mútuas entre sociedade e Estado no combate à pandemia Covid-19, num percurso desde a antiguidade até o atual momento. Nuances de sustentabilidade, aplicadas à pandemia, também são analisadas. No passado, diante dos erros de diagnóstico e tratamento de saúde, o conceito de responsabilidade perpassava pela ideia de uma pena físico-mutilação. Atualmente, perpassa pelo ideal primevo de condenação pecuniária. Com a transformação de ideias, ideais e técnicas científico-jurídicas, igualmente foram alteradas as formas e graus de responsabilidade. Se antes havia técnicas rudimentares para diagnosticar e tratar doenças, atualmente a medicina possibilita “certeza” científica. A literatura, juntamente com as novas tecnologias, oferece elevados graus de cientificidade, diagnóstico, tratamento e cura. Pode tardar, não necessariamente falhar! Sustentabilidade, Medicina e Direito possuem interlocução com as realidades e as utopias da saúde. A sustentabilidade tem a responsabilidade de detectar necessidades sociais, ambientais e econômicas, a Medicina de cuidar da saúde, e o Direito de efetivar a Justiça. Responsabilidades mútuas, inclusive na pandemia Covid-19.

Palavras-chave: Covid-19. Estado. Responsabilidade médica. Sociedade. Sustentabilidade.

Abstract

This article analyzes the mutual responsibilities between society and the State in combating the Covid-19 pandemic, on a route from ancient times to the present. Nuances of sustainability, applied to the pandemic, are also analyzed. In the past, in the face of errors in diagnosis and health treatment, the concept of responsibility ran through the idea of a physical penalty for mutilation. Currently, it runs through the primeval ideal of pecuniary condemnation. With the transformation of ideas, ideals and techniques scientific-legal, “updated”, the forms and degrees of responsibility were also changed. If before there were rudimentary techniques to diagnose and treat diseases, nowadays the medicine allows scientific “certainty”. Literature, together with new technologies, offers high degrees of scientificity, diagnosis, treatment and cure. It may take time, not necessarily fail! Sustainability, Medicine and Law interact with the realities and utopias of health. The sustainability has the responsibility to detect social needs, environmental and economic, the Medicine to take care of health, and Law to effect Justice. Mutual responsibilities, including Covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19 Pandemic. State. Medical Responsibility. Society. Sustainability.

¹ Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito. Coimbra, Portugal. Correspondência para/Correspondence to: J. J. BITTENCOURT. E-mail: <josias.bittencourt@fd.uc.pt>.

² Presbiteriana Mackenzie, Faculdade de Direito. Campinas, SP, Brasil.



Introdução

Este artigo, escrito em março de 2021, encontra notícias na imprensa e na John Hopkins University que aproximadamente 129 milhões de pessoas no mundo foram contaminadas pela pandemia Covid-19, com 2,8 milhões de óbitos (Johns Hopkins University & Medicine, c2021). Até esta data, no Brasil, cerca de 12,7 milhões de pessoas infectadas e 321 mil mortes. É uma doença que, em tese, tem levado pessoas à óbito não tanto por causa de descuidos pessoais, mas por causa da conexão com outras doenças, que mutuamente se agravam.

Lorenzetti (2010) relembra que Henrik Johan Ibsen, dramaturgo norueguês, escreveu em 1882 o livro “Um inimigo do Povo”, no qual descreve um problema comunitário: um médico descobre que as águas do balneário estão contaminadas devido ao vazamento de esgoto. Por causa do feito, recebe muitas homenagens da comunidade. Posteriormente, ao saber que o balneário – única fonte de entretenimento do povo –, teria que ser interditado, os proprietários, trabalhadores, imprensa e prefeito protestam. Em ato de assembleia, concluíram que o médico era um “inimigo do povo”. Lorenzetti entende que o médico fez dois descobrimentos: o primeiro, é que o “balneário” estava alicerçado sobre bases pestilentas e doentias; o segundo, é que a “sociedade” estava alicerçada sobre bases doentias e pestilentas.

O ser humano vive estranhos paradoxos multiculturais, ideológicos: até há pouco tempo confiava-se nos grandes relatos sobre desenvolvimento progressivo, que utiliza palavras ressoantes para descrever utopias que chegariam às gerações futuras. Hoje, ao contrário, os prognósticos são diferentes, pouco dizem com segurança o que haverá no futuro. O que será deixado para as futuras gerações assemelha-se ao sentido etimológico da utopia abstrata: um não lugar.

Vive-se uma era de verdades implacáveis, em que a natureza mostra os seus limites, em que se aproxima das fronteiras dos modelos que serviram de base para o desenvolvimento humano. Destruir para criar, renovação perpétua, dialética entre o passado e o moderno, são símbolos do progresso. Entretanto, o que agora ocorre é que há um limite para descobrir-se, tanto na destruição como na criação. Assim, sociedade, sustentabilidade e Estado interligam-se em responsabilidades mútuas na saúde e no combate à pandemia Covid-19

Num contexto assim, Lorenzetti escreve que os bens ambientais, incluindo o bem-estar, não são meros fatos empíricos passíveis de serem legislados, senão um sistema complexo e relacionado que motiva suas próprias regulações e ordens classificatórias.

Quando declarações, tratados, pactos internacionais, leis nacionais sobre saúde, solos, mares, água potável, geleiras, flora e fauna, ar puro, aquecimento global, espécies em extinção e outras similares são elaboradas, interpretadas e aplicadas, conclui-se que ainda paira grande insuficiência de analogia e ideal de justiça sustentável.

Segundo a cientista-chefe da Organização Mundial da Saúde (OMS)³ Soumya

³ Disponível em: <<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

Swaminathan as vacinas contra a Covid-19 dificilmente estarão disponíveis para toda a população mundial antes de 2022 (Organización Mundial de la Salud, [2020?]; OMS..., 2020) Os grupos de risco seriam imunizados já em 2021. O preço de uma dose seria entre US\$2 e US\$30. A cientista acredita que o mercado, por ser dinâmico, mudará os preços à medida que mais vacinas são disponibilizadas. Lembrou que alguns países “vacinam seus cidadãos de graça ou a baixo custo”. Fez uma advertência para o mundo político, científico, jurídico e social: “É a primeira vez na história que precisamos de bilhões de doses de uma vacina” (OMS..., 2020, *online*).

Em um mundo com 7,8 bilhões de pessoas, 210 milhões vivendo no Brasil, a Covid-19 e as “bilhões de doses de vacinas imunizantes” desafiam questões importantes sobre a responsabilidade médica da sociedade e do Estado. Por exemplo: Qual a responsabilidade da sociedade, do Estado e dos profissionais de saúde na Covid-19? Há nexos causais entre pandemia, impacto econômico social e responsabilidade estatal? A proposta de formar um consórcio mundial para produzir vacina é viável ou utopia? Sendo uma pandemia, é lícito quebrar patentes das indústrias farmacêuticas? Num mundo globalizado, com pandemia globalizada e liderança globalizada da OMS, há Direito e responsabilidade conjunta aplicáveis?

Pandemias surgem desde a história primitiva, antiga, da humanidade. A Peste Negra (1347-1351) é considerada a pandemia mais devastadora da história. Há registros de índices de mortes que variam de 30% a 60% da população da Europa e da Eurásia (475 milhões), ou seja, mortes de aproximadamente 200 milhões de pessoas. Naquele século XIV, a população teria sido reduzida a um certo tamanho que precisou de 200 anos para recuperar o “nível” anterior.

Por causa do flagelo da Peste Negra, escreve Gordon (1997, p. 86), Boccaccio teria dito: “Quantos homens valiosos, quantas mulheres lindas, tomaram café da manhã com seus parentes e na mesma noite “jantaram” com seus ancestrais no mundo dos mortos”.

Na Inglaterra, 33% da população de quatro milhões de habitantes morreram devido à Peste Negra. Entre os padres paroquianos, 45% morreram; dentre os 17,5 mil devotos trancados em mosteiros e conventos, 51% morreram da infecção que penetrou nos suscetíveis claustros. A Igreja perdeu seus melhores e mais entusiasmados jovens oficiais, e sentiu a falta deles. Os sofrimentos da Peste Negra teriam deixado a população agitada, com descontentamento, dúvida, e o feudo e a paróquia ineficazes para responder as questões religiosas e sociais. “Como o senhor explica os flagelos que afligem a humanidade? Por que existem pragas, fomes, inundações e terremotos?”, perguntou uma velha senhora a um abade em “A Revolta dos Anjos” Gordon (1997, p. 93). “Por que é necessário, com certeza, que Deus às vezes nos lembre de sua existência” Gordon (1997, p. 93), replica o religioso, com um sorriso celestial.

Num contexto semelhante, também cruel, a gripe pandêmica “espanhola” (em 1918) infectou 500 milhões de pessoas no mundo, ou seja, entre janeiro de 1918 até dezembro de

1920 (três anos), 25% da população mundial foi contaminada. Há registros com cerca de 100 milhões de óbitos, tornando-se uma das epidemias mais destruidoras da história. Nos EUA, cerca de 28% de uma população de 105 milhões de habitantes morreram (675 mil pessoas). Na Índia, teriam morrido entre 12 e 17 milhões de pessoas. Nas viagens de trem, os cadáveres precisavam ser removidos antes de chegarem aos seus destinos. No Brasil, a pandemia “espanhola” provocou cerca de 35 mil mortes, inclusive a do presidente da República, Rodrigues Alves. Em um único dia, cerca de mil pessoas teriam morrido no Rio de Janeiro.

Segundo Gordon (1997, p. 85), a pandemia de 1918 riu-se da guerra mundial de 1918, tendo em vista que a natureza pode ser “[...] uma assassina muito mais eficiente que o homem”. Se a gripe foi um tigre nos humanos, a pneumonia foi o chacal de sua presa não morta. “Espirrar era como sacar uma faca”, escreve. “É proibido tossir, espirrar ou escarrar neste Teatro”, alertavam os cartazes nas portas de imóveis de artes. “No caso de precisar tossir ou espirrar, faça-o no seu próprio lenço, e se a moléstia persistir, deixe o Teatro imediatamente”. “Vá para casa e fique na cama até que você esteja bem. Se você tiver um resfriado, ou se estiver tossindo e espirrando, não entre neste Teatro” (Gordon, 1997, p. 86).

Estes textos, contra a “gripe espanhola”, lá em 1919, têm semelhança com textos orientadores contra a Covid-19, cá em 2019?

Naquela ocasião, escreve Gordon (1997), os hospitais tinham pacientes nos corredores. Milhares foram inoculados com uma inútil vacina antigripal. Escolas e bibliotecas foram fechadas. Os homens foram aconselhados a não mais se barbearem em barbearias. Todos eram aconselhados a vestir pijamas frescos, evitar apertos de mão e a tomar óleo de rícino. Todos usavam máscaras brancas de algodão, como cirurgiões.

Nos EUA, as máscaras eram obrigatórias em São Francisco, sob pena de prisão; e a polícia queixava-se de que a prática encorajava os furtos. Ainda mais: Os soldados, prudentemente, abriam covas para os que ainda não tinham se transformado em cadáveres. No mercado, havia muita exploração, muito ágio, na compra de caixões. O secretário de saúde de Washington, D.C, confiscou dois vagões cheios de urnas mortuárias, que estavam nos pátios de carga do Potomac. Os caixões funerários foram colocados sob guarda policial, sendo o seu furto, o seu roubo, um crime “inafiançável”.

O surto prolongou-se em todos os lugares durante quase dois meses. Uma onda menos letal teria acontecido em fins de 1919. “Na primavera, a gripe teria ido embora. Para onde? Talvez para dentro dos suínos. Mas ela poderia voltar”, escreveu Gordon (1997, p. 87), em referência à gripe suína.

Repetindo: a história da “gripe espanhola”, lá nos idos de 1919, tem semelhança com textos orientadores contra a Covid-19, cá em 2019? A resposta é óbvia. Já são passados 100 anos (1919-2019) entre as duas pandemias. E os conceitos de prevenção e de responsabilidade, tanto da sociedade como do Estado, são semelhantes. A necessidade de extremos cuidados é óbvia!

Todo ser humano deseja ter uma vida saudável. O conceito clássico de saúde, segundo Schneider (1985, p. 13), citando a Organização Mundial de Saúde (OMS), é de o “[...] indivíduo ter um bem-estar físico, psíquico e social”. Mas possuir boa saúde não significa, apenas, não ter doenças; significa, também, ter a plena capacidade de viver as forças física, mental, social e espiritual, com as plenas atividades dos órgãos-corpo.

Schneider (1985, p. 13) também escreve que a OMS orienta que “[...] viver com saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano, sem distinção de raça, religião, ideias políticas, condições econômicas ou sociais”; que “a saúde de todos os povos é fundamental para alcançar a paz e a segurança”. Entretanto, para alcançar esse ideal a OMS exige ampla colaboração da sociedade e dos países. Portanto, para um completo bem-estar, o indivíduo precisa de alimentos saudáveis, da prática de exercícios físicos e dos bons hábitos de higiene.

Segundo Scheider (1985), a saúde do ser humano depende do seu modo de viver. Para Carrel (1940, p. 46), o homem é o resultado da herança que obteve e do meio ambiente em que vive. Shryock (1958, p. 13) acredita que, “[...] nestes dias, a metade de nossas enfermidades provêm do descuido do corpo e do excesso do trabalho do cérebro”. Portanto, vida saudável não é apenas um meio a ser conquistado, mas um fim a ser vivido imediata e diariamente.

Todas as pessoas têm propensão a especular, a divulgar informações sobre saúde e tratamento de doenças. Assim é a pregação popular: “de médico e louco todo mundo tem um pouco”. Todavia, todos precisam ter senso de responsabilidade antes de questionar “tudo e todos”, principalmente contra os pesquisadores, profissionais da saúde. É o caso da conjuntura Covid-19, em que muitos avanços científicos têm retroagido, sendo usados politicamente.

As Ciências da Saúde e o Direito, com seus conceitos de responsabilidade, são as principais ciências envolvidas na dimensão e dinâmica da vida, na solução dos conflitos saúde-paciente. *Toda-via*, julgamento de responsabilidades e danos provocados pela sociedade, pela ação-omissão do Estado-Executivo, como na Covid-19, é feito única e exclusivamente pelo Estado-Judiciário. Responsabilidades e julgamentos que envolvem, inclusive, punição social, psicológica. No caso da sociedade, condenação físico-abstrata da psiquê, com consequências “contínuas”. O Estado, seus governantes, têm responsabilidade de “garantir saúde para todos”. Está no art. 196 da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença”, com direito de “[...] acesso igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, *online*).

Saúde como “direito de todos e dever do Estado” envolve aspectos diversos. Assim como na Ciência da Saúde, o Direito contém tanto as filosofias da obediência como as filosofias da revolta, tanto o sentimento de felicidade como o sentimento da tristeza. Se, de um lado, o Direito protege pessoas de um poder arbitrário, salvando vidas e restabelecendo a dignidade humana, dando oportunidades iguais a todos e amparando os desfavorecidos; de outro lado, o

Direito pode ser manipulável, frustrando aspirações dos menos privilegiados ao ser usado com técnicas de controle e dominação que, por sua complexidade, podem ser combatidas somente por especialistas comprometidos com a Justiça. Assim escreve Ferraz Júnior (2003). Obediência e revolta, felicidade e tristeza, são valores aplicáveis nas Ciências da Saúde e no Direito, inclusive nas mútuas responsabilidades da sociedade e do Estado na Covid-19.

Segundo Santos (2014) é incontestável que atualmente os Direitos Humanos possui uma hegemonia global como linguagem de dignidade humana. Entretanto, é uma hegemonia que convive com uma realidade perturbadora. Ele defende que a grande maioria da população mundial não é sujeito de Direitos Humanos; mas apenas objeto de discursos de Direitos Humanos. Por isso a questão: os Direitos Humanos servem eficazmente a luta dos excluídos, dos explorados e dos discriminados ou, ao contrário, a torna mais difícil?

Esta questão é importante para o debate da efetividade da vacina Covid-19. Os países pobres têm recursos suficientes para combater a pandemia? As minorias terão vacinas nas “primeiras etapas” de vacinação ou no “fim da fila”? Os países ricos, sob coordenação da ONU, OMS, estão dispostos a prestar socorro internacional? Observar nuances históricas e contemporâneas sobre responsabilidade da sociedade e do Estado na área da saúde é o objetivo deste artigo. Absolvição ou condenação acontece diante de fatos e atos. Assim é o Direito!

Nuances da História da Responsabilidade

Josserand (1941) escreveu que o conceito de verdade da responsabilidade, nos dias passados, não é mais a de hoje, que deverá, por sua vez, ceder lugar ao conceito da verdade de amanhã. Entretanto, na Medicina, as verdades-responsabilidades do passado são necessárias para compreender as verdades-responsabilidades no presente.

Segundo os juristas Mazeaud e Tunc (1957) os antigos doutrinadores da responsabilidade civil se sentiram mais tentados a desenvolvê-la do que a defini-la. Lopes (1995) entende que um dos mais árduos e complexos problemas jurídicos é o da responsabilidade civil, porque nela refletem as atividades humanas, individuais e contratuais da coletividade. São observações finalísticas, que continuam aplicáveis.

É muito complexo realizar um histórico da responsabilidade civil, penal. Pereira (1997, p. 1), citando Weill, Terré e Beauchet, escreve que nos tempos primitivos havia uma “responsabilidade arcaica”, conforme demonstram monumentos legislativos da época. É o caso do “Estado” da Mesopotâmia, com o seu Código de Hammurabi e a explícita ideia de punir o causador do dano com um sofrimento igual. No Código de Manu, o conceito de responsabilidade é semelhante, assim como no Direito Hebraico. A civilização helênica elevou o conceito de indenização, que possuía sentido puramente objetivo, independentemente de afronta a uma norma predeterminada, para um patamar mais avançado: para o patrimônio do agente.

A história do Direito é muitas vezes tratada com um condescendente desdém, escreve Henri de Page (1942) citado por Gilissen (2001). Com isso, o Direito torna-se prejudicado por aqueles que preferem ocupar-se exclusivamente do Direito Positivo. E os que se interessam pela história do Direito, quase sempre à custa de investigações longas e laboriosas, são frequentemente acusados de pedantismo. Quanto mais se avança na história do Direito, mais se constata que, além da sua lógica e teoria, ela é a única capaz de explicar o que as nossas instituições são, e porque é que são desde que existem.

Santos (2000) diz que o Direito não se inventa; o que hoje vigora, abrolhou de germes existentes no passado. O Direito é, portanto, um produto lento que vai se adaptando ao meio no percurso do seu processo transformador. Só pessoas estranhas à ciência jurídica acreditam na possibilidade de se fazerem leis inteiramente novas. O autor da norma positiva apenas assimila, aproveita e consolida o que encontra na sociedade e, em pequena parte, entre povos do mesmo grau de civilização. O agente legislador é apenas um aparente autor, um produtor das formalidades de uma norma que, nos tempos primitivos, era predominantemente “formalizada” nos costumes. Portanto, o Direito atual consiste em reproduções, ora integrais, ora ligeiramente modificadas, de preceitos preexistentes. É um conceito também aplicável, obviamente, no atual contexto da Covid-19.

Antigamente, a vingança privada era a solução dos litígios. Monteiro (1991, p. 391) escreve que “[...] numa fase mais rudimentar da cultura humana, a reparação do dano resumia-se na retribuição do mal pelo mal, de que era típico exemplo a pena de Talião, olho por olho, dente por dente; quem com ferro fere, com ferro será ferido”. Mas a vingança privada, como meio de compensar o dano, era contraproducente; na verdade, com a vingança-punição não havia nenhuma reparação! Com o duplo dano havia redobrada lesão, a da vítima e a do seu ofensor.

Importante questão é sobre o “nascimento” da responsabilidade. Quando nasce? Apenas quando há uma ação marginal ao Direito, do indivíduo, do Estado? Para Josserand (1941) não é adequado dizer que as pessoas são responsáveis apenas quando agem sem direito; ao contrário, é melhor dizer que a responsabilidade entra em ação no momento do exercício dos direitos, ou seja, é no uso e no abuso dos direitos que nasce a responsabilidade.

Cavaliere Filho (2007, p. 20) acredita que o conceito de responsabilidade deve ser observado em análise à violação de um dever jurídico originário, que, por sua vez, gera um direito sucessivo. Se há violação, “[...] configura o ilícito, que, quase sempre, acarreta dano para outrem, gerando um novo dever jurídico, qual seja, o dever de reparar o dano” (Cavaliere Filho, 2007, p. 20). Nas relações humanas têm-se um dever jurídico originário, correspondente a um direito absoluto. Para o indivíduo que descumprir o dever originário surgirá outro dever jurídico: o dever da reparação do dano. Diante do prejuízo, há necessidade do restabelecimento do equilíbrio, “recolocando” o prejudicado no *status quo ante*. Impera neste campo, diz, o princípio da *restitutio in integrum*, isto é, repõe-se tanto quanto possível à vítima a situação

anterior à lesão. Isso se faz através de uma indenização fixada em proporção ao dano.

Mas haverá situações, ratifica-se, em que a reparação do dano não levará a vítima ao *status* que possuía antes do prejuízo. É o caso, no contexto da Covid-19, de eventual omissão do Estado, dos seus governantes, de combater com eficácia a pandemia, potencializando mortes. A condenação material e moral do agente pode amenizar a dor das vítimas, mas não necessariamente restituir a sua dignidade.

Os juristas Mazeaud (1938) afirmam que o Estado, na sua missão de intervenção e repressão de conflitos, chamou para si a responsabilidade do dever de punir. Provocou, assim, a organização de duas categorias de conflitos-delitos: os conflitos-delitos públicos e os conflitos-delitos privados. No âmbito público, coletivo, o Estado, no *status* de sujeito ativo e passivo, reprime o causador dos conflitos-delitos. Em outra dimensão, no âmbito privado, pessoal, o Estado estabelece e gerencia normas que desestimulam possibilidades de hostilidades. Se houver conflito-delito, aplica-se a pena.

Algumas profissões, pelos riscos que representam para a sociedade, estão sujeitas a disciplina especial. Estão no elenco, por exemplo, os médicos, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros, entre outros, escreve Cavalieri Filho (2007). O erro profissional, em certos casos, pode ser fatal. Por isso a necessidade de pré-requisitos legais para o exercício de determinadas atividades laborativas, que vão desde a diplomação em curso universitário, destinado a dar ao profissional habilitação técnica específica, até a inscrição em órgão especial.

A relação técnico-científica entre sociedade e Estado, entre Ciências da Saúde e Direito, tem no Direito a âncora para identificar e julgar conflitos-delitos de responsabilidade profissional, estatal. Através dos seus Conselhos, as Ciências da Saúde podem organizar responsabilidades técnico-administrativas. Entretanto, precisam estar de acordo com os princípios elementares da dignidade humana, sob pena de inconstitucionalidade, ilegalidade. As competências para julgar limitam-se no âmbito administrativo. Têm o condão de aplicar apenas sanções técnico-profissionais, jamais de indenização, de reparação de dano.

Se houver violação de direitos, das normas internas que regulam a profissão, será do Direito a responsabilidade de julgar os prejuízos alegados, absolvendo, condenando. Ratifica-se que apesar da reparação do dano não restabelecer o *status quo ante* da vítima, a punição amenizará, pelo menos, os efeitos diretos e indiretos da imprudência, da negligência e da imperícia. Também da omissão do Estado.

Responsabilidade e Saúde no “Estado” da Mesopotâmia

Analisar algumas normas primitivas, antigas, é importante para compreender o conceito de responsabilidade. O Código de Hammurabi (1800a.C.), na Mesopotâmia, contém interessantes questões; demonstra que os modernos conceitos de responsabilidade possuem direta conexão com os antigos conceitos.

A responsabilidade da sociedade e do “Estado” da Mesopotâmia estava prevista em

diversos artigos, como os arts. 195 a 214, que regulavam condutas delituosas, formas de pena, de indenização. Por exemplo, segundo Vieira (1994, p. 35) os arts. 197 e 206 estabeleciam penas nos moldes do “Dr. Talião”: “[...]se um homem quebrar o osso de um homem, quebrarão o seu osso”; “[...] se um homem agrediu em uma briga outro homem e lhe infligiu um ferimento, esse homem deverá pagar o médico”. Portanto, formas de punições que podiam ser corporais, patrimoniais, e pecuniárias, como no caso das despesas do tratamento médico oriundas da agressão.

Na área da saúde, a responsabilidade estava prevista em artigos como o art. 215, que estabelecia valores de indenização: “[...] se um médico fez uma incisão com lanceta de bronze em um homem e o curou, ou se abriu uma região superciliar e o curou, ele receberá 10 siclos de prata”. O art. 220 previa indenização proporcional ao dano causado: “[...] se o médico abriu a região superciliar do escravo com lanceta de bronze e destruiu o seu olho, ele pagará a metade do seu preço”. O art. 221 fixava valores condicionados aos tipos de cirurgia e tratamento clínico: “[...] se um médico restabeleceu um osso quebrado de um homem ou curou um músculo doente, o paciente dará ao médico 5 siclos de prata” (Vieira, 1994, p. 37).

Bouzon (2001) escreve que os honorários e a indenização variavam de acordo com a classe social do paciente. Tudo indica que a sociedade pobre não pagava nada, não possuía dinheiro para tanto; mas os ricos e o “Estado” tudo pagava. Os ricos, “donos” do “Estado”, pagavam (ou eram indenizados) o tratamento dos escravos para evitar a perda de um “patrimônio”. Assim, ricos e sociedade se confundiam com o próprio “Estado” da Mesopotâmia.

Conforme o art. 218, “[...] se um médico fez uma incisão difícil com lanceta de bronze em um homem livre e causou-lhe a morte, ou abriu a sua região superciliar e destruiu o seu olho, eles cortarão a sua mão”. Bouzon (2001, p. 189) O objetivo do “Estado-legislador”, claramente, era responsabilizar o profissional que causou o dano com uma punição física, permitindo que a vítima, familiares, interessados, cortassem a mão do “agressor”. No caso de morte ou cegueira do paciente, a mão era amputada para “[...] evitar outras intervenções médicas desastrosas”.

O art. 219 tratava da indenização de um escravo, morto devido ao erro de um profissional de saúde: “[...] se um médico fez uma incisão difícil com lanceta de bronze em um escravo, e causou a sua morte, ele deverá restituir um escravo idêntico ao escravo morto”. Bouzon (2001, p. 189). Ao contrário do artigo 218, que permitia cortar a mão do profissional de saúde, o art. 219 regulou uma pena patrimonial. No caso, o médico era obrigado a indenizar o proprietário do escravo morto com outro escravo semelhante ao que sofreu o dano.

A mão do médico não era decepada porque o paciente, homem-escravo, era considerado “menos nobre” que o paciente homem-livre. Uma violação dos princípios da dignidade humana, que contaminou o conceito de responsabilidade naquele “Estado” da Mesopotâmia.

Responsabilidade e Saúde no “Estado” Hebraico

A Legislação de Moisés também é importante para compreender o conceito de responsabilidade no Direito antigo. Composto por diversas leis, distribuídas nos cinco livros do Pentateuco, o ordenamento jurídico tem como destaque os Dez Mandamentos: a “Constituição” do Êxodo, do “Estado” Hebraico, para um êxito “eterno”.

Numa hipotética hierarquia de leis, os Dez Mandamentos estariam no ápice da pirâmide. No contexto jurídico atual, seria a Constituição de um Estado. Segundo Davis (1996, p. 403), Moisés organizou uma importante sociedade político-jurídica e “[...] dotou todo o Israel com instituições civis e religiosas de primeira ordem”.

Moisés teve formação acadêmica em todas as ciências do antigo Egito, inclusive em Medicina. Como provável futuro faraó, precisou conhecer técnicas de cirurgia e de tratamento médico, com as inusitadas receitas de gordura de crocodilo, gordura de cobra, dente de burro moído e sangue de rato, entre outras. Desprezando essas receitas estranhas, quebrou tabus e previu futuros problemas de saúde. Para amenizá-los, prescreveu cuidados higiênicos como lavar as mãos, o corpo e a roupa. O legado de Moisés não se resume apenas ao de um legislador, mas também como de um cientista que criou e orientou princípios básicos de saúde.

Segundo Altavila (1995, p. 17), o historiador Jorge Weber menciona em sua obra clássica “História Universal” (de 1882) que “[...] as leis mais importantes da humanidade procedem, sem dúvida, do próprio Moisés”. Também cita o filósofo Ampère, que teria escrito: “[...] ou Moisés possuía uma cultura científica igual à que temos no século XIX, ou era inspirado”. Ele acredita que nenhum outro povo encontrou um condutor de destino que tenha se igualado a Moisés, tendo em vista que o jurista hebreu foi legislador quando redigiu leis compatíveis com a massa humana, em cuja consciência trabalhou para incutir os fundamentos de um Direito justo.

Goldstein (1948, p. 17)⁴, citando Friedrich, escreve que “[...] os Dez Mandamentos são uma obra de pedagogia que nunca foi superada. As dez frases curtas estão gravadas na memória da humanidade mais profundamente do que qualquer outra que boca mortal jamais pronunciou”. Goldstein (1948, p. 17) também cita Schuré e Cortés: “Israel gravitou ao redor de Moisés tão seguramente e tão fatalmente como a terra gira em torno do sol”.

A opinião desses autores é sensata ou exagerada? Discussão à parte, é fato que a legislação de Moisés contém “perfis” influenciam o Direito atual, como o Direito da Saúde.

As enfermidades da época do antigo Direito Hebraico têm conexão com o termo *tzaraat*, ou seja, palavra que significa “doenças de pele”. O Talmude traz ideia semelhante, mais ampla, referindo-se ao termo como “qualquer doença que produz feridas e erupções dermatológicas”, inclusive doenças coletivas, endemias, pandemias. Nuances de conceito aplicável à Covid-19.

⁴ No original: “*Los Diez Mandamientos son una obra de pedagogía nacional que no ha sido superada nunca. Estas diez cortas frases se han grabado en la memoria de la humanidad más profundamente que ningunas otras que boca mortal haya pronunciado jamás*”.

Segundo *Levíticos* (13:1-3), Deus orientou Moisés e Arão sobre os procedimentos a serem adotados nos casos de doenças endêmicas, pandêmicas:

Se uma pessoa tiver na pele uma inchação, tumor ou mancha que vai virando uma doença contagiosa, essa pessoa será levada a Arão [...]. O sacerdote examinará a pele, e, se os pelos da mancha se tornaram brancos, e se parecer que a ferida ficou mais funda do que a pele, então é uma pessoa contagiosa; o sacerdote declarará que a pessoa é impura.

Portanto, os médicos tinham a responsabilidade de prescrever quarentena, determinando total isolamento do enfermo. Um processo a ser repetido quantas vezes necessário. Existindo melhora, a roupa contaminada precisava ser lavada. O médico a declarava curada.

Assim como na Covid-19, naquela época havia “contágios” através de vias respiratórias, espirros, secreções nasais e saliva. O arremate do dilema podia envolver uma sentença médico-jurídica, conforme *Levíticos* (13:45, 46):

Uma pessoa que sofrer de uma doença contagiosa deverá vestir roupas rasgadas, deixar os cabelos sem pentear, cobrir o rosto da boca para baixo e gritar: ‘Impuro, impuro!’ Enquanto sofrer de uma doença contagiosa, a pessoa continuará impura e precisará morar sozinha, fora do acampamento.

Em *Números* (5:1-3), há orientações para gestão de saúde pública numa pandemia: “O Senhor disse a Moisés: Retirem do acampamento todos os que têm doenças contagiosas [...], todos os quem têm corrimento no membro e todos os que estão impuros por terem tocado em algum doente que morreu [...]”. Em *II Reis* (7:3, 4), há registro de pessoas com doenças contagiosas que foram expulsas da comunidade:

Quatro homens que sofriam de uma doença contagiosa estavam do lado de fora dos portões da cidade de Samaria. Eles diziam uns aos outros: – Por que ficamos aqui sentados esperando a morte? Não vale a pena entrar na cidade porque lá iríamos morrer de fome; mas, se ficarmos aqui, também morreremos. Vamos então para o acampamento [...]. Se eles nos deixarem viver, ficaremos vivos; se nos matarem, bem, nós vamos morrer de qualquer jeito mesmo.

Os modernos conceitos de pandemia possuem semelhança com as primitivas ideias de doenças contagiosas. Assim demonstram as normas sanitárias de *Êxodo*, *Levítico*, *Números*, *Deuteronômio* e *Reis*. Portanto, há nexos entre casos de doenças do passado e a Covid-19.

Segundo o historiador judeu Flávio Josefo (1998), que viveu no primeiro século depois de Cristo, o hebreu Moisés terminou sua vida de jurista escrevendo conceitos de um Direito Público “eterno”. Orientou seu povo mirando povos futuros. Sugeriu que observassem todas as leis que precisavam ser observadas, a maneira como deviam proceder, tanto nos negócios públicos, como nos particulares. Se as leis fossem observadas inviolavelmente, eles seriam as pessoas mais felizes entre todas as pessoas.

Responsabilidade e Saúde no “Estado” Romano

Há autores que entendem que a jusfilosofia do “Direito romano” não é singular. Ou seja, alguns acreditam numa “unicidade” do Direito Romano, no caso, de um Direito que contém normas Público-Privadas; outros, acreditam que inexistente Direito Público no Direito Romano.

Segundo Cretella Júnior (2000) num certo sentido o Império Romano criou um conjunto de regras jurídicas que vigoraram durante 12 séculos, ou seja, desde a fundação de Roma, em 753 a.C., até a morte do imperador Justiniano, em 565 d.C. Em outro sentido, “Direito Romano” demonstraria apenas uma parte da atual classificação do Direito, ou seja, seria tão somente um Direito Privado, com exclusão do Direito Público. Roma não teria desenvolvido conceitos de Direito Público na mesma dimensão que desenvolveu o Direito Privado, a ponto de existir estudiosos que acreditam que os romanos foram gigantes no Direito Privado, mas pigmeus no Direito Público.

Opiniões divergentes à parte, a Lei das XII Tábuas contemplou áreas importantes do Direito, como Direito Público, Direito Privado, Direito Processual e Direito Sagrado.

Se onde há sociedade há Direito, então o Direito é constante em todo agrupamento humano. Sem agrupamento não existe Direito. E no Direito privado, coletivo, estuda-se a pessoa, porque é em torno dela que o Direito faz sentido. Assim nascem, vivem e morrem as pessoas, sempre regidas pelo Direito. Direito é constante na história, porque todos os povos da antiguidade foram governados por um sistema de leis: Direito Egípcio, Direito Babilônico, Direito Hebreu, Direito Grego, entre outros. Mas é no Direito Romano, ele escreve, que “[...] por mais de mil anos floresceu o vasto campo da observação, o verdadeiro laboratório do Direito”.

A Lei das XII Tábuas, promulgada em 451 a.C., foi a “Constituição” do “Estado” Romano. A *Lex Aquilia*, importante “Lei Complementar”, foi promulgada depois, talvez no ano 250 a.C., escreve Rolim (2000). Conhecida nos conceitos de culpa, a *Lex aquiliana* regulamentou meios de indenização para todo e qualquer prejuízo decorrente de um quase contrato. Mesmo sem formalizar tipos de responsabilidade entre as partes, havia a obrigação de ressarcir um prejuízo sempre que alguém prejudicava outra pessoa.

Na Lei das XII Tábuas havia a *injuria* que, etimologicamente, na época clássica, significava “[...] ato contrário ao direito” (*in+jus, juris*). Por extensão, também significava “todo delito contra a pessoa física ou pessoa moral do cidadão” (Cretella Júnior, 2000, p. 306). *Injuria* absorvia todo tipo de violência leve.

Atos com irresponsabilidade médica eram punidos como delito de “injuria”. Era o caso, por exemplo, do *membrum ruptum*, ou seja, da ablação, do arrancamento de um membro do corpo, do vazamento de um olho. Neste caso, aplicava-se a pena de talião, Lei das XII Tábuas, a não ser que as partes fizessem um acordo para reparação do dano. Segundo a Tábua VII, o valor podia ser de 150 a 800 asses. Segundo Vieira (1994, p. 148), os fragmentos da Tábua I, V, comprovam: “Se as partes entram em acordo, assim termina o caso”. Cretella Júnior (2000), citando Aulo Gélio (125-180 d.C.), diz que a pena de talião era substituída, na prática, pelas

ideias inovadoras de composição voluntária, pecuniária.

Outro tipo de responsabilidade era a *fractum*, ou seja, a quebra, a fratura de ossos. Por ser um caso menos grave, a pena de talião era substituída por multa, fixada dentre 150 a 300 asses. O valor dependia do perfil da vítima, ou seja, se escravo ou homem livre. Assim, houve na Lei das XII Tábuas uma “continuidade” dos métodos de indenização que havia no Código de Hammurabi, ou seja, o valor estava vinculado ao *status* do paciente, escravo ou *awilum*.

A história dos delitos privados, em Roma, perpassa pela história do Direito Penal, envolvendo quatro fases: (a) vingança privada, subdividida em vingança privada não regulamentada e vingança privada regulamentada; (b) composições voluntárias; (c) composições legais; e (d) repressão pelo “Estado”.

Na fase da vingança privada, o autor, a vítima, ou seus parentes, com armas na mão, retribuía o mal com mal, sem método, sem sistema, sem proporcionalidade. Uma fase que pode ser nominada como “fase da vingança privada não regulamentada”.

Posteriormente, surgiu a pena de talião: “Dente por dente, olho por olho, mão por mão, pé por pé”. É a “fase da vingança privada regulamentada”. É um conceito de pena que começou a ser usado desde os tempos de Hammurabi, de Moisés. Apesar da pena de talião parecer brutal, ela significa importante progresso na história do Direito. Se na “fase da vingança privada não regulamentada” as consequências da irresponsabilidade do agente podiam recair não somente nele, causador do dano, mas também na sua família; com o talião, na “fase da vingança privada regulamentada”, a pena introduz a ideia de reparar o dano na proporção do prejuízo sofrido.

Na “fase da composição voluntária”, a vítima dispunha de duas possibilidades: exercer a vingança privada, nos termos mencionados e, portanto, sem nenhum direito financeiro; ou renunciar a vingança privada e, mediante um valor negociado entre partes, ser indenizado.

Posteriormente, surge nova ideia para reparação de dano, que Cretella Júnior (2000, p. 303) chama de “fase da composição legal”. No caso, líderes-juízes da sociedade intervinham na distribuição de justiça. A “fase da composição legal” passa a ser, então, obrigatória. A lei estabelece valores para cada tipo de delito, obrigando o autor do dano a indenizar e, a vítima, a se submeter ao *quantum* fixado.

A quarta e última fase pode ser nominada de “fase da repressão” pelo “Estado”. As formas de vingança privada, de composição voluntária e de composição legal tornam-se “ultrapassadas”, e são abandonadas. O “Estado” reivindica para si, então, a responsabilidade e o poder de controlar conflitos. O monopólio de repressão e arbitragem para detectar responsabilidades e reparar o dano passa a ser exclusivamente do “Estado”.

Aparentemente, as “pessoas que conviveram com Jesus praticaram” os regulamentos de saúde pública do “Estado” Romano. Por exemplo, os leprosos que encontraram Jesus nos arredores de uma aldeia permaneceram distantes do Mestre e gritaram: “Jesus, tenha pena de nós!”. Destaque a fazer da história contada por Lucas (17:12,13), que era médico, é a distância

física que os doentes mantiveram de Jesus e dos discípulos. Estar longe significava não transmitir a doença, não disseminar a endemia.

Na história das Ciências da Saúde e do Direito, desde o Código de Hammurabi, das Leis de Moisés, da Lei das XXII Tábuas, até as normas contemporâneas, encontram-se conceitos de responsabilidade e reparação de dano. Todavia, não é adequado pensar em evolução do Direito, em evolução da responsabilidade, em evolução da reparação do dano. Isso porque o Direito, muitas vezes, também regride na história. Portanto, é mais lógico pensar numa transformação do Direito, da responsabilidade. Assim é também a sociedade, o Estado.

Transformação das Ciências da Saúde

O conceito de responsabilidade nas Ciências da Saúde é melhor entendido quando comparado entre passado e presente, através das técnicas de diagnósticos e tratamentos médicos. Segundo Vieira (1989, p. 141), citando “A Odisséia”, de Homero, em 950 a.C. o Egito possuía homens “[...] mais especializados em Medicina do que em qualquer outra coisa da espécie humana”. Paula (1962) diz que em 450 a.C. Heródoto concordou com Homero quando ensinou que médicos egípcios exerciam a Medicina em várias especialidades. Eles estariam “em todos os lugares”, alguns “[...] oculistas, outros para os dentes, outros para o ventre, outros para os males internos, outros para as doenças contagiosas, outros especialistas para a cabeça”. As enxaquecas eram provocadas “[...] por causa de um demônio que usava seu martelo para torturar o cérebro” (Paula, 1962, p. 22). Para expulsá-los, era feito um orifício no osso do crânio. Atualmente, as doenças neurológicas são detectadas através de tomografias que possibilitam diagnósticos perfeitos.

Se naquele tempo a Medicina possuía diversas atividades, hoje são 59 áreas de atuação, inclusive a de Medicina Aeroespacial, regulamentada em 2018, nos termos da Resolução nº2.221/18, do Conselho Federal de Medicina (CFM). O Conselho tem competência normativa nos termos da Lei nº3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos nº44.045/1958 e nº6.821/2009, alterada pela Lei nº11.000, de 15 de dezembro de 2004.

Profissionais das ciências da saúde questionam se o excesso de especialidades clínico-cirúrgicas não descaracteriza a obrigação do médico de ser um “completo guardião da saúde”, ou seja, ter conhecimento “completo” para cuidar do paciente, e não apenas de “partes” do corpo. Moraes (1995, p. 23), médico, escreve:

A quantidade de conhecimentos e recursos de que dispõe a Medicina moderna traz implícita, sob a égide do progresso, pelo menos dois grandes males: o extremo fracionamento do conhecimento em especialidades cada vez mais profundas e ao mesmo tempo menos extensas, e o gigantesco predomínio tecnológico a elevar custos aceleradamente.

Moraes acredita que o tempo médio de uma “verdade” na Medicina é de aproximadamente oito anos. Portanto, boa parte do que já foi ensinado na graduação deixou de ser “verdade” no final do curso, ou seja, o médico, recém-formado, está “atualizado” profissionalmente apenas numa parte daquilo que se exige para a atividade médica. A outra parte, enfatiza Moraes, tornou-se obsoleta ou já não é tão aceita no meio científico como lhe foi ensinada. É um conceito a ser aplicado, também, nos casos dos debates da Covid-19 – medicamentos, vacinas eficazes?

O egíptólogo Maspero (1909) diz que no antigo Egito o fracasso de um tratamento médico provocava muitas consequências. O médico podia pagar o problema com a própria vida. Entendia-se que a morte do paciente era um homicídio. Mas se o paciente fosse tratado conforme os cânones sagrados, acreditava-se que a morte era a vontade dos deuses; no caso, os médicos não podiam ser responsabilizados. Diodoro da Sicília, citado por Menard e Sauvageot (1927) escreve semelhante. Ele afirma que as doenças eram tratadas por médicos célebres nos seus “preceitos imutáveis de saúde”. Se as normas fossem aplicadas corretamente, e mesmo assim o paciente morresse, os médicos ficavam livres da acusação de irresponsabilidade. Sendo inovadores, podiam ser acusados de imprudência, negligência e imperícia, podendo ser condenados à morte. Conceito aplicável, também, no caso de ação e omissão do Estado no combate à Covid-19?

Na opinião de Paula (1962) as crenças nos deuses dominaram os egípcios, tornando-se um obstáculo para o progresso das Ciências da Saúde. Segundo Menard e Sauvageot (1927, p. 333) citando Diodoro da Sicília, a inovação científica ficou estagnada por centenas de anos. A “[...] lei que obrigava os médicos a seguirem a via traçada pelos seus predecessores era irracional e entravava o progresso da ciência”. A inovação também se tornou vagarosa por causa das crenças religiosas que proibiam a necropsia. Acreditava-se que o cadáver, ao ressuscitar, precisava de todas as partes do corpo para sobreviver no além. O temor de inovar a ciência perpassava pela tensão de sofrerem acusação de irresponsabilidade profissional, com a consequente punição de mutilação, de indenizar o dano provocado.

Os antigos egípcios acreditavam que o indivíduo seria julgado no “Tribunal dos Mortos” logo em seguida a sua morte. Durante o ritual de preparação do cadáver para o futuro julgamento, no além, extraía-se o coração para mumificar o corpo. O coração era colocado nos pratos da balança da justiça do pretório; uma forma preliminar de defender que o morto praticou as “condutas da verdade” durante toda a vida.

Segundo a enciclopédia Medicina e Saúde (Lillehei, 1971, p. 114) para evitar que o coração testemunhasse contra a alma do defunto, uma cópia do coração original era colocada no local de onde ele foi extraído, com os seguintes dizeres:

Meu coração, do qual depende meu modo de ser, não testemunhes contra mim; não me faças condenar com teu testemunho; não me faças ser punido pelo tribunal e não seja meu inimigo perante aquele que vigia a balança. Tu és a minha alma, que está em meu corpo. Tu és o deus que torna sãos os meus membros.

No caso de acusação de maledicência, o órgão cardíaco fazia a defesa de absolvição da múmia. Assim, para que o morto tivesse um excelente julgamento da jornada vivida, os médicos tinham a responsabilidade de diagnosticar e orientar corretamente os pacientes. Vieira (1989) diz que os profissionais de saúde usavam a magia para fazer consulta e tratamento das moléstias. Diagnósticos perpassavam por amuletos, encantamentos, e talismãs, mas também pela Medicina científica.

Em 1500 a.C., as doenças oftalmológicas eram curadas com bile de leitão, dividido em duas partes: um pedaço devia ser misturado com mel para untar os olhos à noite, e o outro, depois de seco, era triturado para “untar” os olhos pela manhã. Na Síria, no ano 1000 a.C., para bem ver o crepúsculo do sol os médicos recomendavam a ingestão do fígado de cabra. Em 700 a.C., os babilônios tinham o hábito de prescrever remédios com fígado de asno para curar “cegueira noturna”; a receita também servia para “untar as bochechas e os olhos adoentados”.

Nos séculos III e IV depois de Cristo, a Medicina grega recomendou fervura e ingestão de fígado de bode para curar doenças de olhos. Durante o cozimento, o vapor tinha que chegar até os olhos; a bile, juntamente com mel, tinha que untar a visão doente. No antigo mundo árabe, a receita era banhar o olho doente com alúmen, sal-gema e “sumo do fígado de bode que escorre quando é assado”. Pacientes com visão restabelecida coroavam o doutor com uma réplica do olho curado, em madeira, bronze, ou louça com cor azul, brilhante. Assim, mesmo com técnicas científicas rudimentares, muitos doentes se sentiam ou eram curados. Óbvio que devido ao sucesso do tratamento qualquer acusação de irresponsabilidade médica era afastada.

A partir dos ensinamentos de Hipócrates (460-370 a.C) a Medicina começou a ter grande progresso científico, apesar da pouca eficácia até meados do século XIX. Luz (1999, p. 5) acredita que foi a partir desse século que “[...] a Medicina passou a mudar o destino da humanidade”. Para “ver e viver um mundo melhor”, transformou-se “exageradamente” nas últimas décadas.

Segundo o médico Lillehei (1971, p. 114) em 1960 uma pessoa podia beneficiar dezessete indivíduos com doação de órgãos; desde coração, pulmões, até ossos e pele. Defende que a “[...] sociedade não pode permitir que órgãos e membros sadios sejam enterrados quando tantas outras pessoas estão morrendo por falta deles”. Assim, “[...] os transplantes, com tantas possibilidades de sucesso, devem pertencer, desde já, mais ao presente do que ao futuro”.

Em 1999, o Hospital Johns Hopkins anunciou ter realizado o implante de um *microchip* no globo ocular de um paciente de 71 anos, que voltou a ter visão depois de 15 anos de cegueira. Na Alemanha cientistas desenvolveram um olho de vidro que pisca igual a um olho natural. O olho artificial é impulsionado por uma microbateria que é acionada pelo movimento do olho sadio. Transformação, progresso da Medicina!

Medicina com tecnologia científico-virtual já é conhecida há décadas. Na Universidade



de Washington (EUA), cientistas pioneiros já realizaram cirurgias com robôs “sem pacientes” presentes. Assim, a responsabilidade médica estaria em processo de transferência do ser humano para a máquina? A robótica já estaria extinguindo a responsabilidade estatal de cuidar da saúde dos cidadãos? Possibilidade de danos por imperícia, negligência e imprudência já está em extinção? Questões como estas não são de mera especulação médico-jurídica; elas já estão provocando debates acadêmico-científicos. Todavia, a tecnologia não substitui o ser humano, na sua plenitude, e o milagre da vida continua com os seus mistérios.

Segundo Panasco (1984) a relação entre Medicina e Direito precisa ser limitada. O Direito não deve interferir no campo técnico das Ciências da Saúde, e nem se satisfazer em negatar os seus progressos através de ações fiscalizadoras, porque ela cuida do maior bem jurídico do homem: a vida. Entretanto, escreve que seria incompreensível a omissão fiscalizadora do Direito, tendo em vista as dificuldades dos tribunais de julgar condutas médicas devido aos meandros e monopólios técnicos. Quando levado aos tribunais, o médico não deve entender que a sua reputação está sem garantias; mas que os seus atos estão sendo submetidos a uma equânime apreciação, da mesma forma que é apreciada as ações de outros cidadãos.

Bannerman (1976, p. 3), que foi médico da OMS, maximiza a relação entre Medicina e Direito: “A saúde é um assunto muito sério para ser deixado sob a responsabilidade exclusiva dos médicos”.

A observação de Banneman, analisada concomitantemente com um parecer jurídico de Dupin (em 1832), ajuda a compreender o conceito de responsabilidade. Na década de 1830 o advogado Dupin introduziu na doutrina e jurisprudência francesas ideias inovadoras sobre responsabilidade. Segundo Giostri (1998) ele contrariou concepções existentes e defendeu que nenhuma responsabilidade médica, nenhum dano, podiam ser julgados à margem da Justiça. Defendeu que a melhor forma de solucionar conflitos entre Direito e Medicina era nos tribunais; que os atos médicos deviam ser julgados da mesma forma que os atos comuns. Com isso, obrigou os médicos a “fugir da intocabilidade”.

Sustentabilidade, saúde e meio ambiente

No atual cenário globalizado, sustentabilidade é um importante elemento a ser debatido na saúde, na pandemia. Sabe-se que a concepção de sustentabilidade perpassa por três pilares estruturais: “social, ambiental, econômico”. Na pandemia Covid-19, qual dentre os três pilares deve ser aplicado no debate sustentabilidade? Não há dúvida de que, direta ou indiretamente, todos os três pilares – social, ambiental e econômico –, sofrem impactos provocados pela pandemia.

No âmbito constitucional, os pilares da sustentabilidade são identificados em diversos artigos, como o art. 6º, o art. 225 e o art. 170.

Por exemplo, no art. 6º pode-se detectar o pilar social, que assegura direito à educação,

à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, proteção à maternidade e à infância, e dever de assistência aos desamparados.

Por exemplo, no art. 225 pode-se encontrar o pilar ambiental, que garante a todos “[...] direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações” (Brasil, 1988, *online*).

No caso da pandemia Covi-19, a violência ao meio ambiente colabora com o fortalecimento de viroses que já existem e ajuda no surgimento de outras viroses, provocando riscos de aumento de surtos epidêmicos e pandêmicos. A exposição de carcaças e amplitude de nichos ecológicos por falta de recursos tem levado especialistas a debaterem sobre o surgimento de novas doenças transmissíveis.

Por exemplo, no art. 170 pode-se identificar o pilar econômico, que determina que a “[...] ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos uma existência digna, conforme os ditames da justiça social” (Brasil, 1988, *online*).

Esta concepção constitucional abriga outros princípios do pilar econômico, conforme disposto no inciso II (propriedade privada); inciso III (função social da propriedade); inciso IV (livre concorrência); inciso V (defesa do consumidor); inciso VI (defesa do meio ambiente); inciso VII (redução das desigualdades regionais e sociais); inciso VIII (busca do pleno emprego); e inciso IX (tratamento favorecido para as empresas brasileiras de capital nacional de pequeno porte).

Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado especial atenção à sustentabilidade. Por exemplo, na pandemia Covid-19 a preocupação quanto ao pilar social perpassa pelo acesso dos países pobres às vacinas; quanto ao pilar ambiental, a preocupação envolve bem-estar, formas de gestão da pandemia e descarte de resíduos, tipo macacões, máscaras, seringas e agulhas; quanto ao âmbito econômico, as tensões perpassam pela dignidade humana, pobreza, e impactos de desenvolvimento regional e mundial.

Em março de 2020 o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) iniciou atuação no combate aos efeitos dos resíduos Covid-19. Como autoridade ambiental global que determina agendas internacionais sobre meio ambiente, o PNUMA tem por objetivo promover dimensões de desenvolvimento sustentável no Sistema das Nações Unidas. Tem como foco defender o meio ambiente no mundo, inspirando, informando e capacitando nações e povos a melhorar sua qualidade de vida sem comprometer a das gerações futuras (Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, 2020).

Segundo o PNUMA, face as dimensões mundiais da Covid-19, com seus impactos sobre a saúde humana e a economia, os governos são instados a tratar a gestão de resíduos – hospitalares, domésticos e outros perigosos –, como um serviço público urgente, essencial para

minimizar impactos sociais, ambientais e econômicos.

As diretrizes técnicas da Convenção da Basileia (de 1989) – principal acordo ambiental de âmbito mundial sobre resíduos perigosos, com 187 partes signatárias –, estabelece formas para gerenciamento adequado de resíduos biomédicos e de serviços de saúde (*Guidelines on the Environmentally Sound Management of Biomedical and Healthcare Wastes*). As normas são importantes fontes para o manuseio e manejo dos resíduos Covid-19. Outras fontes orientadoras são as diretrizes da Cartilha Sobre Resíduos Biomédicos e de Serviços de Saúde, também da Convenção da Basileia (de 1989), que estabelece especificidades de reciclagem, descarte e incineração de resíduos.

Para a ONU e o seu *establishment* (PNUMA) mundial de meio ambiente, a gestão inadequada dos resíduos Covid-19 pode causar efeitos imprevisíveis na saúde humana e no meio ambiente. Por isso, o manuseio seguro e as formas de descarte final dos materiais são vitais para uma resposta de emergência eficaz (Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, 2020).

A gestão segura de lixo orgânico, institucional e residencial, também é crucial durante a pandemia Covid-19, tendo em vista que resíduos de serviços médicos como máscaras, luvas, medicamentos usados ou vencidos, dentre outros objetos contaminados, podem facilmente se misturar ao lixo comum. O PNUMA orienta que, no caso, tais lixos devem ser tratados como resíduos perigosos, devendo ser descartados separadamente (Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, 2020).

Segundo Rolph Payet (2020), secretário executivo da Convenção de Basileia (de 1989), Convenção de Roterdã (de 1998) e Convenção de Estocolmo (de 2004) todos os segmentos da sociedade devem se unir para combater o vírus e minimizar o impacto humano e econômico da Covid-19 em todo o mundo. Payet (2020) acredita que a pandemia pode ser enfrentada somente se as pessoas responsáveis pelas tomadas de decisão em todos os níveis – internacional, nacional, municipal e distrital – unirem esforços para garantir que a gestão de resíduos, inclusive de fontes hospitalares e domésticas, tenha atenção e prioridade responsáveis, a fim de minimizar os impactos provenientes dos resíduos perigosos na saúde humana e no meio ambiente.

Os pilares da sustentabilidade, também aplicados à Covid-19, têm provocado constantes debates em instituições que são referência de saúde no Brasil. Por exemplo, há mais de uma década hospitais como Albert Einstein, Beneficência Portuguesa, Oswaldo Cruz, São Luiz e Sírio-Libanês priorizam gestão com sustentabilidade. É uma forma de afastar inerentes riscos nas múltiplas atividades médico-hospitalares. Relatórios anuais de sustentabilidade de hospitais como Albert Einstein (2015 a 2019) e Sírio-Libanês (2015 a 2019) são exemplos da efetividade sustentável nas atividades administrativo-científicas.

Segundo Lottenberg (2014, p. 4), então presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, há na instituição um “[...] processo contínuo de amadurecimento do

compromisso com a sustentabilidade”. O hospital adota a metodologia da *Global Reporting Initiative* (GRI) na gestão de sustentabilidade, e o seu Plano Diretor de Sustentabilidade controla e monitora todas as áreas de operação, capitaneando estratégias de segurança e qualidade em todas as áreas de atividade.

No âmbito externo, o Albert Einstein integra o Comitê da Rede Brasil do Pacto Global, tendo como tarefa envolver cada vez mais o setor empresarial em iniciativas de sustentabilidade. Como signatário, o hospital se empenha em reforçar e adotar boas práticas relacionadas a Direitos Humanos, condições dignas de trabalho, respeito ao meio ambiente e combate à corrupção. Percebe-se, assim, a inegável e necessária presença de interdisciplinaridades para a eficácia e a efetividade da sustentabilidade.

O hospital Albert Einstein adota como modelo de governança a *Triple Aim*, metodologia de gestão criada pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). É uma forma de gestão sustentável que tem sido usada por organizações de excelência em todo o mundo. A instituição acredita que o esforço coordenado nas três dimensões previstas – experiência do cuidado, custos *per capita* e abordagem populacional –, é essencial para enfrentar os desafios globais da saúde e assegurar a sustentabilidade do setor.

Em 2014 a instituição apresentou iniciativas de sustentabilidade na *CleanMed*, maior conferência mundial de sustentabilidade do setor de saúde, debatendo desafios e oportunidades de futuro. Para direcionar ações sustentáveis, o hospital coordena o projeto *Global Green Healthy Hospitals*. São ações afirmativas vinculadas à *Healthcare Without Harm*, importante organização americana que define temas prioritários e agenda de compromissos para a gestão de sustentabilidade em hospitais.

O acompanhamento de impactos ambientais nas mudanças climáticas é feito através de inventário de Gás de Efeito Estufa (GEE), divulgado anualmente pela metodologia *Greenhouse Gas* (GHG *Protocol*). Entre as fontes de GEE, o óxido nitroso – utilizado em procedimentos de anestesia – é um dos gases que mais contribui para o efeito estufa.

Segundo o hospital Albert Einstein, em relatório de Sustentabilidade (Albert Einstein, 2018), desde 2013 são desenvolvidos projetos para reduzir consumo de óxido nitroso. O processo envolve adequação precisa do fluxo anestésico ao tipo de cirurgia, conscientização da equipe de anestesistas, calibragem, e melhoria de equipamentos. As medidas possibilitaram reduzir em 40% o consumo anual do gás, e evitaram a emissão de 9.650 toneladas de dióxido de carbono. Isso equivale à captação de carbono de uma floresta 40 vezes maior que o Parque do Ibirapuera, localizado na cidade de São Paulo.

No relatório de Sustentabilidade de 2019 (Albert Einstein, 2019) o hospital garante que o seu programa de sustentabilidade tem como fundamento legal todas as leis e regulamentos aplicáveis. O consumo de recursos naturais e os aspectos relacionados a resíduos, efluentes e emissões são prioridades, com gestão focada na redução de respectivos impactos e na garantia de proteção ao meio ambiente. O Sistema de Gestão Integrada (SGI) consolida

elementos ambientais e de energia, padroniza procedimentos, políticas e ações, além de proporcionar à liderança uma visão mais estratégica para o monitoramento de desafios e avanços.

O hospital Sírio-Libanês também elabora relatórios de Sustentabilidade anualmente (Sírio-Libanês, 2019), desenvolvidos de acordo com as diretrizes da *Global Reporting Initiative* (GRI). No relatório de Sustentabilidade 2019, Chapchap (2019) diz que epidemias têm um começo, um meio e um fim. Quando se está no começo, o fim parece impossível. Mas todas as epidemias acabam. E tão logo terminam, outros desafios começam. E assim segue-se no ciclo da vida, caminhando rumo ao futuro. E, para melhor, quando se prioriza ideias e ideias de sustentabilidade.

No pilar social da sustentabilidade as preocupações do Sírio-Libanês perpassam por ações como a reestruturação da Diretoria Assistencial. A nova estrutura proporciona gestão mais eficiente dos processos assistenciais, resultando numa relação mais produtiva entre os profissionais da área. A integração favorece não apenas as demandas dos pacientes, mas também as expectativas das equipes, em busca de melhorias no dia a dia de trabalho.

A Diretoria Assistencial, em conjunto com a área de Governança Clínica, tem a missão de alinhar padrões e transmitir diretrizes do hospital às operações do Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, que cuida de atividades de assistência à saúde, ensino e pesquisa. Há cerca de um século o Instituto oferece contribuição direta para o desenvolvimento da saúde pública do país.

Para o pilar ambiental da sustentabilidade o hospital possui controle de impactos ao meio ambiente; estão previstos nos regulamentos e são praticados nos processos cotidianos da instituição. Ações de conformidade ambiental e compromisso de melhoria contínua, como utilização racional de recursos naturais, são reconhecidas por certificações de importância como a ISO 14001 (Gestão Ambiental) e a LEED Gold, do *U.S. Green Building*.

A produção e destino adequados de resíduos perigosos, juntamente com o compromisso de diminuição de gases de efeito estufa (GEE), levaram a instituição a receber a premiação *Climate Change Awards*, concedida pela rede *Global Green and Healthy Hospitals*, da qual faz parte. O manuseio de resíduos é tratado conforme normas técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério do Meio Ambiente, e de órgãos reguladores estaduais e municipais.

O hospital Sírio-Libanês demonstra, no relatório de Sustentabilidade 2017, que foram geradas e descartadas 3.195 toneladas de resíduos não perigosos e perigosos. Os resíduos perigosos totalizaram 808,1 toneladas, sendo (a) 29,6 toneladas de resíduos químicos líquido (coprocessamento), destinados à reciclagem; (b) 500kg de chapas de radiografias, destinadas à recuperação; (c) 56,2 toneladas de resíduos químicos perigosos sólido-líquido, destinado à incineração; (d) 721,5 toneladas de resíduos infectantes e perfurocortantes, destinados à aterro sanitário específico; e (e) 300 kg de rejeito radioterápico, com armazenamento local, face a alta

No pilar econômico, o relatório Sustentabilidade 2017 aponta projetos de crescimento com qualidade para assegurar desenvolvimento perene. Segundo o hospital, esses elementos são indissociáveis da eficiência operacional e sustentabilidade financeira.

Segundo o hospital, importantes metodologias de gestão de processos sustentáveis são demonstradas nos relatórios de Sustentabilidade de 2018 e 2019:

i) Análise dos direcionadores estratégicos. Nesta etapa, foi feita a análise da estrutura de governança, dos direcionadores estratégicos e de documentos institucionais, com respectivos métodos de políticas, relatórios e códigos de conduta, *compliance*.

ii) Análise de riscos e oportunidades para a sustentabilidade do setor de saúde. Face a análise de riscos e oportunidades aplicáveis ao setor, temas de sustentabilidade são analisados diante das diretrizes do observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), e das concepções de materialidade da *Sustainability Accounting Standards Board (SASB)* e da *Global Reporting Initiative (GRI) – Healthcare Service*. Tanto a SASB (que faz trabalhos sobre materialidade no setor de saúde) como a GRI – *Healthcare Service* (que faz pesquisa mundial sobre os principais temas de Sustentabilidade) têm desenvolvido trabalhos que identificam os principais temas de sustentabilidade apontados por *stakeholders* no setor hospitalar.

iii) Análise de impactos frente à sustentabilidade. A partir do universo de questões dos *stakeholders*, impactos de sustentabilidade são avaliados no desempenho da instituição. Gestores de diversas áreas participaram dos trabalhos, divididos em quatro categorias: (a) Riscos – questões que podem representar risco para o hospital, no médio ou longo prazo; (b) Legislação, regulamentação –, questões moldadas ou em desenvolvimento com potencial de impactos e regulação do setor; (c) Setor de atuação – debate de questões complexas do setor de atividade; (d) Oportunidade e inovação –, temas a serem explorados, com soluções inovadoras.

iv) Mapeamento de materialidade. Face aos resultados dos impactos de sustentabilidade, identificados em processos de engajamento, o Sírio-Libanês elaborou uma matriz-tabela de materialidade que contém diversos elementos, como (a) desempenho econômico, (b) energia, (c) água, (d) emissões, e (e) efluentes e resíduos, dentre outros. Os elementos identificados são equacionados com dimensões de impactos interno e ou externo.

v) Mapeamento e engajamento dos *stakeholders*. O processo de mapeamento e engajamento dos *stakeholders*, assim como a matriz de materialidade, foram feitos com base em relatórios de sustentabilidade *Global Reporting Initiative (GRI)*, no setor de saúde. No processo foram identificados diversos grupos de *stakeholders*, como fornecedores, colaboradores, corpo clínico, fornecedores, terceiros e pacientes. O objetivo é ampliar o processo junto à sociedade, governo e agências reguladoras.

A sustentabilidade, com seus pilares social, ambiental e econômico oferece, ratifica-se, importantes conceitos que ajudam a combater os efeitos da Covid-19. Por exemplo, se as

Ciências da Saúde têm os desafios de cuidar da saúde, de combater a doença com diagnósticos, tratamentos, UTI, e Vacina, a sustentabilidade tem os desafios de orientar, com segurança, as formas adequadas de manuseio dos resíduos médico-farmacêuticos, tanto os não perigosos como os perigosos. Além disso, oferece conceitos para uma forma apropriada de manejo dos resíduos reciclável, reciclado, apontando destinos específicos e adequados. Tudo em face ao meio ambiente.

A Covid-19 provocou o aumento significativo da quantidade de fabricação e consumo de produtos de higiene e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como álcool gel, máscaras e roupas de proteção para as equipes médico-hospitalares. Consequentemente, também provocou aumento expressivo de resíduos não perigosos, perigosos, perfurocortantes, como seringas e agulhas. Entretanto, face a possibilidade de contágio da Covid-19, autoridades sanitárias defendem que todos os materiais utilizados no tratamento do vírus possuem, direta ou indiretamente, *status* de resíduos perigosos. Assim, tais resíduos Covid-19 necessitariam, também, de incineração face ao seu alto grau de contágio, de contaminação.

Segundo Alves e Hanna (2021), números de materiais médico-hospitalares apontam que um paciente internado no Brasil produz, em média, cerca de 1,4kg de resíduos hospitalares-medicamentosos por dia. Entretanto, face a Covid-19, estima-se que há um aumento de cerca de 10 a 20 vezes em relação à média “normal”, a depender da gravidade do paciente-Covid-19.

Os “novos” números provocam impactos diretos na geração de resíduos, ou seja, aumentam os números de resíduos perigosos, diminuem a quantidade de resíduos recicláveis, exigem transporte diferenciado, e provocam necessidade de tratamento específico. São elementos complexos que envolvem, desde manejo e manuseio especiais, até destino finalístico: aterros específicos, ou poluição do ar, face a incineração.

Segundo o Ministério do Meio Ambiente da Coreia do Sul, nos meses de fevereiro e março de 2020 foram geradas aproximadamente 295 toneladas de resíduos hospitalares em face da Covid-19 e, num único mês, abril de 2020, cerca de 600 toneladas, ou seja, 20 toneladas por dia.

Na China, com população de aproximadamente 1,4 bilhão de pessoas, estima-se que são produzidas cerca de 469 toneladas de resíduos médico-hospitalares Covid-19 por dia, ou, seja 14.070 mil toneladas por mês. Segundo o Conselho de Estado da China, que oficializa dados e produz orientação sobre tratamento dos resíduos face à proteção ao meio ambiente, a pandemia tem provocado aumento de 375% na produção de lixo médico-hospitalar.

No auge das emergências Covid-19 em Wuhan, cidade onde começou a pandemia, toneladas e toneladas de resíduos foram produzidas – seis vezes o nível comum, segundo o Ministério do Meio Ambiente da China. A irregularidade tornou-se terrível, face a quantidade de resíduos contaminados e degradados durante o pico da doença.

Segundo o Banco Asiático de Desenvolvimento, nas Filipinas a capital Manila produziu

em 2020 cerca de 280 toneladas de resíduos Covid-19 por dia, enquanto Jacarta produziu aproximadamente 212 toneladas. Na Tailândia, durante o mês de abril de 2020, cerca de 50 toneladas de resíduos infecciosos foram acumuladas todos os dias nos focos clínicos. Todavia, a capacidade de incineração era de apenas 43 toneladas, ou seja, cerca de 7 toneladas de resíduos ficavam “destratadas”. Assim apontou o Instituto de Meio Ambiente da Tailândia. Na Jordânia, um hospital universitário detectou que a Covid-19 provocou aumento de dez vezes mais a produção de resíduos.

Ramteke e Sahu (2020) escrevem que Delhi e Mumbai são as duas cidades mais afetadas pela Covid-19 na Índia. Face à pandemia, o país estaria próximo da sua maior crise de resíduos médico-hospitalares da história. Especialistas locais dizem que lixos como macacões, tecidos, plásticos, máscaras, capas de cabeça, capas de sapatos, frascos de medicamentos, seringas e agulhas, são descartados em embalagens especiais para incineração, em local específico para tratamento de resíduos biomédicos.

Antes da Covid-19, pacientes de clínicas médicas de emergência produziam individual e diariamente cerca de 500g de resíduos biomédicos, como seringas, agulhas, fraldas e curativos. Com a pandemia, a quantidade de lixo *per capita* subiu para entre 2,5kg a 4kg por leito, segundo relatório da *SMS Water Grace BMW Private Limited*. Assim, portanto, o monitoramento do Comitê de Manejo de Resíduos Biomédicos indiano.

A Índia tem publicado outras estatísticas de resíduos médico-hospitalares provocados pela Covid-19. Ramteke e Sahu (2020) escrevem que nas clínicas médicas “maiores” estariam sendo produzidas cerca de 2 toneladas de resíduos Covid-19 por dia. Como o país estruturou 2.900 clínicas “grandes” de emergências para a pandemia, se somar a esse número a quantidade de resíduos biomédicos produzidos por 20.700 centros de quarentena, mais o lixo de outros 1.540 centros de coleta de amostras e 260 laboratórios de testes e exames, pode-se ter a ideia da quantidade de toneladas de resíduos médico-hospitalares que a pandemia tem produzido.

Delhi, um dos diversos polos político-administrativos da Índia, tem aproximadamente 12.000 instalações de isolamento domiciliar face à pandemia. Produz cerca de 38 toneladas de resíduos biomédicos relacionados, direta ou indiretamente, com a Covid-19. Mumbai, importante centro financeiro e cultural, produz diariamente cerca de 15 toneladas de resíduos biomédicos relacionados com a pandemia, estima a *Brihanmumbai Municipal Corporation* (BMC).

Alves e Hanna (2021) relembram que, no Brasil, também há transformação e inevitável aumento na demanda de recursos humanos e consumo de produtos médico-hospitalares para combater a Covid-19, como leitos, medicamentos, reagentes para exames, e materiais descartáveis.

A pandemia afeta diversas áreas envolvidas, direta ou indiretamente, nos sistemas de saúde. No diagrama deve-se considerar não só o aumento da produção de resíduos

hospitalares, mas também seu impacto no meio ambiente, tendo em vista que o manejo inadequado dos resíduos infectados pode provocar e agravar doenças que ainda não estão elucidadas plenamente.

Sociedade, Estado e saúde na Constituição do Brasil

A Covid-19 impôs ao mundo realidades e utopias jamais debatidas! Obrigou uma reconfiguração do cenário político-econômico e, conseqüentemente, obrigou e abrigou pautas prioritárias de debate público. Questões relacionadas à saúde, à hospitais de campana ganharam relevância e se tornaram onipresentes em diferentes aspectos da vida humana. Para o universo jurídico-administrativo, e para os que atuam ao seu redor, isso implica na necessidade de aprimorar discussões que envolvem Direito e Saúde.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), promulgada em 1948, consagrou a saúde como direito humano inalienável. Elevou tal direito ao *status* de direito fundamental para se viver dignamente, para se obter condições mínimas de bem-estar mental e social. Foi a positivação de uma necessária conexão entre direito à vida e direito à saúde, ou seja, direito a efetividade do Direito Natural.

As constantes transformações das Ciências da Saúde não trazem apenas benefícios para a humanidade; também provocam debates sobre questões éticas, morais, que esbarram, obviamente, em responsabilidades do Estado e dos profissionais. Questões sobre diagnósticos, combates e responsabilidades na Peste Negra, na Gripe “Espanhola” e na pandemia Covid-19 são importantes testemunhas!

Há mais de cem anos Direito e Saúde alcançaram *status* especial no Direito Constitucional. Na Constituição do Império, de 1824, as políticas de saúde foram “desprezadas”, e o mesmo aconteceu na primeira Constituição da República, em 1891. As Constituições seguintes, de 1934, 1937, 1946 e 1967, fizeram discretas referências à saúde. A partir dessas Cartas, os Estados da Federação passaram a ter maior responsabilidade e obrigação com a saúde.

A Constituição de 1988, ao contrário, trouxe uma especial proteção à Saúde Pública. A tutela, com *status* de direito fundamental, consta na parte destinada à Ordem Social, tendo em vista o ideal constitucional de dignidade humana: todos precisam de bem-estar.

Valores da saúde, intrínseco e, ao mesmo tempo, extrínseco, estão tutelados em artigos como o art. 1º, inciso III (dignidade da pessoa humana); art. 5º, *caput* (inviolabilidade do direito à vida); e art. 6º, *caput*, ao estabelecer que “a saúde é um direito social”.

A competência, obrigação e, conseqüentemente, dever comum de efetividade de programas de saúde pública, conforme art. 23, inciso II, é “da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Assim, todos os entes da Federação têm o dever de “cuidar da saúde e assistência pública”.

No art. 196 a Constituição estabelece a dimensão das obrigações do Estado para as políticas públicas da saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, *online*).

O art. 197 faz tratativas sobre relevância pública de ações e serviços de saúde, obrigando o Poder Público dispor, nos termos da lei, sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Segundo o art. 198, *caput*, e inciso II, as “[...] ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado”, e precisam estar de acordo com diretrizes de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, *online*).

Em 2000 o Congresso Nacional votou a Emenda Constitucional 29, que incluiu o § 3º, inciso II, no art. 198. Segundo o texto constitucional, através de Lei Complementar será reavaliado, pelo menos a cada cinco anos, critérios que estabelecerão “[...] rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais” (Brasil, 1988, *online*).

Assim, a Emenda Constitucional nº29 ampliou o rol de direitos e garantias de saúde ao cidadão. Estabeleceu a obrigatoriedade dos poderes públicos de aplicar, anualmente, recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde.

No contexto da Covid-19, os textos constitucionais que tratam da saúde provocam discussões sobre o alcance dos seus conteúdos, sobre direitos e obrigações, sobre ideais que são alcançáveis e inalcançáveis. Em certa dimensão, estes artigos provocam debates sobre os graus de responsabilidade do Estado e, em outra dimensão, sobre as responsabilidades dos profissionais envolvidos no combate a Covid-19.

Assim, qual a responsabilidade do Estado diante do dever de combater doenças, segundo o art. 196? Como devem ser compreendidos os contágios factuais e os atos de governos? Na Covid-19, a sociedade tem responsabilidade subjetiva por descuidar da própria saúde? Na gestão da pandemia, há casualidade, causalidade, realidade, utopia? As respostas para estas questões perpassam pelo conceito de “pandemia”, pela interpretação do art. 196 da Constituição.

Sobre responsabilidade e obrigação de cuidados com a saúde pública, no combate à Covid-19, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB) propôs ação (art. 103, inciso VII) de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) no Supremo Tribunal Federal (STF) contra o Presidente da República e o Ministro de Estado da Economia. Por causa de dispositivos constitucionais descumpridos (arts. 1º; 2º; 6º; 23, inciso II; 24, inciso XII; e 196), a Ação ADPF nº672 tratou de omissões do Poder Público Federal, especialmente da Presidência da República e do Ministério da Economia, no âmbito da condução de políticas

públicas emergenciais nas áreas da saúde e da economia em face da crise ocasionada pela pandemia do novo coronavírus – Covid-19.

Em decisão unânime, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) julgou parcialmente procedente a ADPF nº672, e referendou decisão monocrática do Ministro Alexandre de Moraes. O juiz escreveu que a gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde.

Epidemia significa propagação de uma nova doença em grande número de indivíduos numa região, sem imunização para tal. A pandemia é a propagação e contágio de uma doença que se alastra em escala mundial, sem nenhum controle para imunização. É o caso da Covid-19. Sendo uma doença em escala mundial, sem possibilidade imediata de controle, não pode haver responsabilidade objetiva do Estado. Mas há responsabilidade, evidentemente, quando os governos podem proteger a saúde da população e não protegem, quando podem reduzir os riscos da doença e não reduzem, quando devem agir para curar a doença e não agem. Um governo pode muito, mas não pode tudo! Apesar desta premissa, a omissão e o descaso numa pandemia fundamentam ação por irresponsabilidade.

Segundo a “Nota de Prevenção e Tratamento da Covid-19”, do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 17 de junho de 2020, os únicos métodos de prevenção à contaminação da Covid-19, com reconhecimento científico, são as medidas de restrição de contato social, uso de máscaras e reforço à higienização, como lavagem frequente das mãos e o uso de álcool gel. A Nota informa, também, que não há evidências sólidas na literatura científica a qualquer medicamento ou substância alternativa com finalidade de prevenir o contágio da Covid-19, o que inclui produtos como vinhos, cafés, chás e outros tipos de bebidas ou alimentos (Conselho Federal de Medicina, 2020).

O constante debate sobre a Covid-19 provocou no Supremo Tribunal Federal (STF) o surgimento das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) 6.586 e 6.587 (Covid-19 x Vacinas); discussão importante sobre a responsabilidade da sociedade e do Estado no combate à Covid-19. O resultado foi um julgamento com 10 votos favoráveis à obrigação compulsória da vacinação e outro voto parcialmente favorável.

Segundo o ministro Ricardo Lewandowski, relator das Ações, o Brasil tem a obrigação de disponibilizar acesso à vacina para toda a população; importante meio de prevenção da Covid-19. Segundo a decisão, a Lei 13.979/2020, que trata da pandemia, é constitucional.

Nesse contexto, a vacinação contra a doença é compulsória, ou seja, é obrigatória, e não significa vacina forçada. Nos termos da decisão do STF, a vacinação obrigatória é uma realidade no Brasil há muito tempo, estando prevista em diversos diplomas legais. O Plano Nacional de Imunizações, PNI, implantado em 18 de setembro de 1973, cuja disciplina legal

contempla a tal compulsoriedade, é considerado exemplar por autoridades sanitárias de todo o mundo, jamais tendo sido objeto de contestações judiciais significativas.

No Brasil, o marco legal da vacinação obrigatória foi institucionalizado pela Lei 6.259/1975, regulamentada pelo Decreto 78.231/1976, diplomas normativos que detalharam a forma como o Programa Nacional de Imunizações seria efetivado. Dentre outras disposições, as normas estabeleceram que é dever de todo o cidadão submeter-se e os menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória.

Na Covid-19, a responsabilidade e competência da União, dos Estados e Municípios são concorrentes, ou seja, o "[...] compartilhamento de competências entre os entes federados na área da saúde não exige a União de exercer aquilo que a doutrina denomina de 'competência de cooperação'" (Supremo Tribunal Federal, 2020, *online*). Tendo em vista que a Covid-19 provoca efeitos na saúde coletiva, nenhuma pessoa pode ser prejudicada por pessoas que deliberadamente se recusam a ser vacinadas, acreditando que, ainda assim, serão egoisticamente beneficiárias da imunidade de rebanho.

A síntese do Voto de Lewandowski, de 16 de dezembro de 2020, é a seguinte:

I – A vacinação em massa da população constitui medida adotada pelas autoridades de saúde pública, com caráter preventivo, apta a reduzir a morbimortalidade de doenças infecciosas transmissíveis e a provocar imunidade de rebanho, com vistas a proteger toda a coletividade, em especial os mais vulneráveis. II – A obrigatoriedade da vacinação a que se refere a legislação sanitária brasileira não pode contemplar quaisquer medidas invasivas, aflitivas ou coativas, em decorrência direta do direito à intangibilidade, inviolabilidade e integridade do corpo humano, afigurando-se flagrantemente inconstitucional toda determinação legal, regulamentar ou administrativa no sentido de implementar a vacinação sem o exposto consentimento informado das pessoas. III – A previsão de vacinação obrigatória, excluída a imposição de vacinação forçada, afigura-se legítima, desde que as medidas às quais se sujeitam os refratários observem os critérios constantes da própria Lei 13.979/2020, especificamente nos incisos I, II, e III do § 2º do art. 3º, a saber, o direito à informação, à assistência familiar, ao tratamento gratuito e, ainda, ao 'pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas', bem como os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, de forma a não ameaçar a integridade física e moral dos recalcitrantes. IV – A competência do Ministério da Saúde para coordenar o Programa Nacional de Imunizações e definir as vacinas integrantes do calendário nacional de imunização não exclui a dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para estabelecer medidas profiláticas e terapêuticas destinadas a enfrentar a pandemia decorrente do novo coronavírus, em âmbito regional ou local, no exercício do dever de "cuidar da saúde e assistência pública" que lhes é cometido pelo art. 23, II, da Constituição Federal. V – ADIs conhecidas e julgadas parcialmente procedentes para conferir interpretação conforme à Constituição ao art. 3º, III, d, da Lei 13.979/2020, de maneira a estabelecer que: (A) a vacinação compulsória não significa vacinação forçada, por exigir sempre o consentimento do usuário, podendo, contudo, ser implementada por meio de medidas indiretas, as quais compreendem, dentre outras, a restrição ao exercício de certas atividades ou à frequência de determinados lugares, desde que previstas em lei, ou dela decorrentes, e (i) tenham como base evidências científicas e análises estratégicas pertinentes, (ii) venham acompanhadas de ampla informação sobre a eficácia, segurança e contraindicações dos imunizantes, (iii) respeitem a dignidade humana e os direitos fundamentais das pessoas; (iv) atendam aos critérios de razoabilidade e proporcionalidade, e (v) sejam as vacinas distribuídas universal e gratuitamente; e (B) tais medidas, com as limitações expostas, podem ser implementadas tanto pela União como pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respeitadas as respectivas esferas de competência (Supremo Tribunal Federal, 2020, *online*).

As políticas de saúde pública dos governos da União, dos Estados e Municípios devem ser analisadas sob a égide dos ideais alcançáveis e inalcançáveis previstos na Constituição Federal, especialmente nos art. 5º, 6º, e 196. Obviamente que a tese de um ideal inalcançável, por si só, não isenta a responsabilidade de um governante. Apesar da aparente subjetividade do que é “alcançável” e “inalcançável”, os fatos da Covid-19, os atos da sociedade, e os atos dos governos são elementos suficientes para debater respectivas responsabilidades.

Conclusão

O objetivo deste artigo foi estudar nuances de responsabilidade da sociedade e do Estado no decorrer da história, sob o prisma de sucesso e fracasso nos diagnósticos e tratamentos de endemias, pandemias.

Na Introdução, mencionou-se que o mundo tem cerca de 7,8 bilhões de pessoas, sendo 210 milhões vivendo no Brasil; que a Covid-19 e as “bilhões de doses de vacinas imunizantes” provocam diversos debates sobre responsabilidade. Assim, qual a responsabilidade da sociedade, do Estado e dos profissionais de saúde na Covid-19? Há nexos causais entre pandemia, impacto econômico social e responsabilidade do Estado? A proposta de formar um consórcio mundial para produzir e distribuir vacina é viável, ou utopia? Sendo uma pandemia, é lícito quebrar patentes das indústrias farmacêuticas? Num mundo globalizado, com pandemia globalizada e liderança globalizada da OMS contra a doença, há Direito e responsabilidade conjunta, aplicáveis?

Em um artigo como este não é possível responder estas questões; mas as perguntas, por si só, provocam o benefício da dúvida, do repensar. Voltaire escreveu que uma pessoa deve ser julgada mais pelas suas perguntas do que por suas respostas, e Peter Drucker entende que o trabalho mais importante e mais difícil não é encontrar a resposta correta, mas fazer a pergunta certa. Nesse contexto, as perguntas técnico-jurídicas e científicas sobre pandemia Covid-19 são tão importantes quanto devem ser as suas respostas.

Face aos aperfeiçoamentos científicos e as novas tecnologias, Direito e Medicina são ciências que se tornam cada vez mais “próximas”, mais interligadas; mas, ao mesmo tempo, provocam incontáveis situações médico-jurídicas. No caso, ambas as ciências têm o objetivo de resguardar a vida, seja na dignidade humana, seja na cura de doenças, seja no prolongamento da existência.

As situações complexas da vida, que a expõe a perigos diretos e iminentes, como pesquisas, testes de vacina e limites científicos da Covid-19, solicitam ao Direito total regulamentação, fiscalização e tutela da dignidade humana. Assim como evoluíram as técnicas de tratamento médico, igualmente evoluem os conceitos de responsabilidade. Se antes havia dificuldades para diagnósticos seguros, atualmente a literatura e a tecnologia médicas dão respostas convincentes. Todavia, com possibilidade de tratamentos médicos mais eficazes o grau de responsabilidade profissional aumenta na mesma proporção da transformação da

Medicina. Se o Direito não pode se afastar dos ideais da Justiça, a Medicina também não pode se afastar do dever de cuidar da saúde.

França (2001), médico, pergunta no seu livro “O Direito Médico” se o Direito deve inclinar-se ante as imperiosidades da Medicina ou deve-se admitir o contrário: a Medicina sujeitar-se ao império da Lei? A resposta não deve ser sobre uma hierarquia entre ciências, mas sobre um equilíbrio entre direito à vida e direito à dignidade humana; entre direito de pesquisas científicas e direitos ético-morais; entre necessidade de novas técnicas científicas e necessidade de prevenção de conflitos; entre bem-estar, sustentabilidade e agressão ao meio-ambiente, à saúde natural. São pêndulos entre sociedade e Estado, entre Ciências da Saúde e Direito.

Face aos progressos científicos, há momentos que a Medicina deve prevalecer sobre o Direito; é necessário. É o caso, por exemplo, da dicotomia pandêmica Medicina-Direito no atual estágio da Covid-19. Assim, as burocracias legais não podem sobrepor ao que já é cientificamente comprovado, afinal, doenças não esperam a expedição de passaportes para agir. Noutros momentos, é o Direito que precisa conduzir o sistema das normas disciplinadoras da conduta humana, porque a “ciência é, por si, amoral”. Se, num sentido, são dos profissionais de saúde a competência de tratar doenças; noutro sentido é do legislador a obrigação de criar normas que regulam as atividades de saúde. Portanto, é difícil mensurar até que ponto uma ciência deve ser submetida, submissa à outra.

Direito e Medicina, Medicina e Direito, são ciências que se aperfeiçoam concomitantemente. São ciências a serviço da humanidade. O Direito tem a primazia de organizar a vida para a convivência das vidas humanas; a Medicina tem o objetivo de manter e, se possível, restituir a saúde na vida do ser humano. Assim, a contínua transformação das duas ciências tem origem natural no Direitos Natural. Se, por um lado, a Medicina protege a vida; por outro lado o Direito assegura o único sentido da vida: viver a vida com dignidade. São regras da sensatez!

Referências

Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. *Sustentabilidade*: relatório anual. São Paulo: Albert Einstein, 2019.

Altavila, J. *Origem dos direitos dos povos*. São Paulo: Ícone Editora, 1995. p. 17-35.

Alves, A. R.; Hanna, M. D. Impacto da pandemia do novo coronavírus sobre a produção de lixo hospitalar: uma revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 7052-7057, 2021.

Bannerman, R. H. Medicina e sociedade. *O Globo*, ano LII, n. 15.681, 12 de setembro de 1976. Caderno Domingo, p. 3.

Bouzon, E. *O código de Hammurabi*. Petrópolis: Vozes, 2001.

Brasil. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 mar. 2021.

Carrel, A. *O homem, esse desconhecido*. Porto: Educação Nacional, 1940. p. 46.



Cavaliere Filho, S. *Programa de responsabilidade civil*. São Paulo: Atlas, 2007. p. 20.

Chapchap, P. Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês. Sustentabilidade: relatório anual. São Paulo, 2019. p. 97.

Cretella Júnior, J. *Direito romano*. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

Conselho Federal de Medicina. *CFM se manifesta sobre supostos métodos de prevenção e tratamento da Covid-19*. Brasília: CFM, 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-se-manifesta-sobre-supostos-metodos-de-prevencao-e-tratamento-da-covid-19/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

Davis, J. D. *Dicionário da Bíblia*. Rio de Janeiro: Juerp, 1996. p. 403.

Ferraz Júnior, T. S. *Introdução ao estudo do Direito*. São Paulo: Atlas, 2003.

França, G. V. *Direito médico*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2001.

Gilissen, J. *Introdução histórica ao Direito*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2001.

Giostri, H. T. *Erro médico à luz da jurisprudência*. Curitiba: Juruá, 1998.

Goldstein, M. *Derecho hebreo a traves de la Biblia y el talmud*. Buenos Aires: Ediciones Atalaya, 1948. p.17-27.

Gordon, R. *Os grandes desastres da medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center. [S.l.]: Johns Hopkins University & Medicine, c2021. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Cited: Mar. 31, 2021.

Josefo, F. *História dos judeus: obra completa*. Rio de Janeiro: CPAD, 1998. p.117.

Josserand, L. Evolução da responsabilidade civil. *Revista Forense*, v. 86, n. 454, p. 56-68, 1941.

Lillehei, R. Medicina e saúde. São Paulo: Abril Cultural, 1971. (História da Medicina, v. 2).

Lopes, M. M. S. Curso de direito civil. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1995. v. 5.

Lorenzetti, R. L. Teoria geral do direito ambiental. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

Lottenberg, C. *Sustentabilidade: relatório anual*. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2014.

Luz, T. Medicina século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 23, n. 2-3, p. 5-10, 1999.

Maspero, G. *Histoire ancienne des peuples de l'orient*. Paris: Hachette, 1909.

Mazeaud, H. L. *Traité théorique et pratique de la responsabilité civile*. Paris: Librairie Sirey, 1938.

Mazeaud, H. L.; Tunc, A. *Traité de La responsabilité civile*. Paris: Montchrestien, 1957. v. 1.

Menard, R.; Sauvageot, C. *Institutions civiles*. Paris: Ernest Flammarion Éditeur, 1927.

Monteiro, W. B. *Curso de direito civil*. São Paulo: Saraiva, 1991. p. 391.

Moraes, I. N. *Erro médico e a lei*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 23.

OMS reduz expectativas e acredita que vacina contra covid-19 não estará disponível antes de 2022. *El País*, 9 set. 2020. Pandemia de coronavírus. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-09-09/oms-reduce-expectativas-e-acredita-que-vacina-contra-a-covid-19-nao-estara-amplamente-disponivel-antes-de-2022.html>. Acesso em: 20 dez. 2020.

Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (Covid-19). [S.l.]: OMS, [2020?]. Disponible em: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 20 dec. 2020

Page, H. *Traité de droit civil Belge*. Bruxelles, 1942.

Panasco, W. *A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos*. Rio de Janeiro: Forense, 1984.



Paula, S. Origens da medicina: a medicina no antigo Egito. *Revista de História*, v. 25, n. 51, p. 13-48, 1962.

Payet, R. United Nations Environment Programme (PNUMA). Gestão de resíduos é vital para combater Covid-19. Genebra: 2020. Disponível em: <https://www.unep.org/pt-br/noticias-e-reportagens/comunicado-de-imprensa/gestao-de-residuos-e-vital-para-combater-covid-19>. Acesso em: 31 mar. 2021.

Pereira, C. M. S. *Responsabilidade civil*. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente. *Gestão de resíduos é vital para combater Covid-19*. Genebra: PNUMA, 2020. Disponível em: <https://www.unep.org/pt-br/noticias-e-reportagens/comunicado-de-imprensa/gestao-de-residuos-e-vital-para-combater-covid-19>. Acesso em: 31 mar. 2021.

Ramteke, S.; Sahu, B. L. Novel coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic: considerations for the biomedical waste sector in India. *Case Studies in Chemical and Environmental Engineering*, v. 2, p. 100029, 2020.

Rolim, L. A. *Instituições de direito romano*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

Santos, M. P. C. *Hermenêutica e aplicação do direito*. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

Santos, B. S. *Se Deus fosse um activista dos Direitos Humanos*. Coimbra: Almedina, 2014.

Schneider, E. *A cura e a saúde pelos alimentos*. Santo André: CPB, 1985. p. 13.

Shryock, H. *Avenida da saúde*. Santo André: CPB, 1958. p. 13.

Sírio-Libanês. *Sustentabilidade: relatório anual*. São Paulo: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, 2019.

Supremo Tribunal Federal. *Medida cautelar na ação cível originária*: ACO 0110457-15.2020.1.00.0000 DF 0110457-15.2020.1.00.0000. Brasília: STF, 2020. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1155941435/medida-cautelar-na-acao-civel-originaria-aco-3451-df-0110457-1520201000000/inteiro-teor-1155941440>. Acesso em: 31 mar. 2021.

Vieira, J. *A oftalmologia no antigo Egito*. *Arquivos Catarinenses Medicina*, v. 18, n. 3, p. 141-144, 1989.

Vieira, J. L. (sup.). *Código de Hamurabi, Código de Manu: excertos, Lei das XII Tábuas*. São Paulo: EDIPRO, 1994.

Como citar este artigo/How to cite this article

Bittencourt, J. J.; Bueno, J. G. R. Sociedade, Estado e sustentabilidade: responsabilidades na saúde e no combate à pandemia Covid-19. *Sustentabilidade: Diálogos Interdisciplinares*, v. 2, e215359, 2021. <https://doi.org/10.24220/2675-7885v2e2021a5359>

Recebido em 28 de abril de 2021, versão final em 24 de maio de 2021, aprovado em 10 de junho de 2021.

