

COVID-19 E RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO PELA ESCOLHA TRÁGICA: EXCLUSÃO A PARTIR DA IMPUTAÇÃO OBJETIVA DO RESULTADO E DO RISCO PERMITIDO

COVID-19 AND THE PHYSICIAN'S CRIMINAL RESPONSIBILITY FOR THE TRAGIC CHOICE: EXCLUSION FROM THE OBJECTIVE IMPUTATION OF THE RESULT AND PERMITTED RISK

Thadeu Augimeri de Goes Lima*

UENP

Valter Foletto Santin**

UENP

Resumo

O presente artigo se embasa na imputação objetiva do resultado e no critério do risco permitido para apresentar fundamentos à exclusão, já no escalão da tipicidade, da responsabilidade penal do médico que, em tempos de pandemia de Covid-19 e face à escassez de recursos terapêuticos avançados, seja premido a fazer a escolha trágica de destinar o tratamento mais efetivo a um paciente em detrimento de outro e, assim, venha a dar causa a uma consequência lesiva, notadamente lesão corporal ou a morte, ao paciente preterido naquele cuidado. O trabalho parte de bases dogmáticas e do referencial teórico acima mencionado e utiliza preferencialmente os métodos dedutivo e sistemático.

Palavras-chave

* Pós-doutorado em Ciência Jurídica em andamento pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Doutor em Direito Processual pela Universidade de São Paulo (USP). Diretor e professor da Fundação Escola do Ministério Público do Estado do Paraná (FEMPAR), unidade de Londrina. Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná.

** Pós-doutorado pelo Programa de Pós-Doutoramento em Democracia e Direitos Humanos do *Ius Gentium Conimbrigae* – Centro de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal). Doutor em Direito Processual pela Universidade de São Paulo (USP). Professor efetivo do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Ciência Jurídica e da Graduação em Direito da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo.

Covid-19. Responsabilidade penal do médico. Exclusão. Imputação objetiva do resultado. Risco permitido.

Abstract

This paper is based on the objective imputation of the result and on the criterion of the permitted risk to present grounds for the exclusion, already in the echelon of typical adequation, of the criminal responsibility of the physician who, in times of Covid-19 pandemic and in view of the scarcity of advanced therapeutic resources, is pressed to make the tragic choice of allocating the most effective treatment to one patient at the expense of another and, thus, comes to cause a harmful consequence, notably injury or death, to the patient passed over in that care. The work starts from dogmatic bases and the theoretical framework mentioned above and preferably uses the deductive and the systematic methods.

Keywords

Covid-19. Criminal responsibility of the physician. Exclusion. Objective imputation of the result. Permitted risk.

1. INTRODUÇÃO

Até o momento em que redigimos estas linhas, a doença denominada Covid-19 – causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, descoberto na cidade de Wuhan, na República Popular da China, no final de 2019 – já fez mais de cem milhões de infectados e de dois milhões de mortos em todo o planeta.

Os coronavírus (CoVs) produzem patologias respiratórias, desde o resfriado comum até outras mais raras e severas, de grande risco à saúde humana. Suspeita-se que a disseminação do SARS-CoV-2 tenha se dado a partir de morcegos da espécie *Rhinolophus*, com provável transposição a outros animais domésticos e selvagens. Ademais, encontrou-se proximidade genética do SARS-CoV-2 com os vírus causadores da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, *Severe Acute Respiratory Syndrome*) e da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS, *Middle East Respiratory Syndrome*), detectadas em 2003 e 2012, respectivamente, com altas taxas de fatalidade.¹

¹ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (*World Health Organization – WHO*). *Origin of SARS-CoV-2*. 26 mar. 2020.

Por conta da rápida difusão da moléstia, da facilidade do contágio e da gravidade que pode assumir em expressivo número de casos, a Covid-19 vem sendo comparada à terrível gripe espanhola, que assolou o globo terrestre entre os anos de 1918 e 1920 e atingiu cerca de um quarto da população mundial, deixando um rastro de milhões de cadáveres.

Os impactos da pandemia de Covid-19 nas relações sociais, na economia e nos sistemas de saúde de muitos países, ademais, têm sido diuturnamente divulgados nos meios de comunicação nacionais e internacionais.

Tais impactos são mais sentidos e dramáticos nos países com fragilidades no campo da implementação de políticas públicas destinadas a proporcionar a fruição de direitos fundamentais sociais, notadamente naqueles cujos sistemas públicos de saúde padecem ainda de várias deficiências estruturais e da escassez de recursos terapêuticos para todas as pessoas que deles necessitem, tal como acontece no Brasil.

De fato, já se noticia que alguns Estados brasileiros correm enorme e concreto risco de colapso dos seus sistemas de saúde, por não disporem de recursos terapêuticos avançados, em especial aparelhos de ventilação mecânica (respiradores) e unidades de terapia intensiva (UTIs), em número suficiente para o atendimento de todos os casos mais graves da doença, nos quais os enfermos acabam por desenvolver severa crise respiratória aguda e precisar de cuidados em nível de maior complexidade.²

Isso, em certas localidades – notadamente no Estado do Amazonas, onde a crise sanitária já se instalou –, tem levado a situações semelhantes às inicialmente ocorridas na Itália e na Espanha, onde médicos responsáveis pelo tratamento de pacientes acometidos de Covid-19 em suas formas mais graves se viram compelidos a fazer *escolhas trágicas* na alocação de recursos terapêuticos insuficientes e a, verdadeiramente, *decidir quem vivia e quem morria*.³

Em tal cenário, para além de um angustiante *dilema ético* que o profissional da Medicina enfrenta e deve resolver sob pressão e de forma

² Cf. MOREIRA, Rafael da Silveira. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, mai. 2020.

³ RODRIGUES, António. Coronavírus em Itália e Espanha: decidir entre quem salvar e quem deixar morrer. *Público*, Lisboa, 20 mar. 2020.

imediate, há que se atentar à repercussão penal que, ao menos *prima facie*, a escolha trágica pode acarretar com relação à consequência lesiva que venha a atingir o paciente preterido naquele cuidado, mormente lesão corporal ou a morte, diante da caracterização de crime de lesão corporal ou de homicídio, doloso ou culposo, na forma comissiva por omissão, em vista da equivalência dos antecedentes causais e da relevância da conduta omissiva do médico, equiparada a causa do resultado quando presente sua posição de garantidor, *ex vi* do art. 13, *caput* e § 2º, do Código Penal.

O presente artigo se embasa na imputação objetiva do resultado e no critério do risco permitido para apresentar fundamentos à exclusão, já no escalão da tipicidade, da responsabilidade penal do médico premido a fazer a escolha trágica em tempos de pandemia de Covid-19 e face à escassez de recursos terapêuticos avançados, quanto à consequência lesiva que venha a colher o paciente preterido em tal cuidado.

O trabalho parte de bases dogmáticas e do referencial teórico acima explicitado e utiliza preferencialmente os métodos dedutivo e sistemático na identificação e coordenação das categorias lógico-jurídicas e jurídico-positivas concernentes à temática e na extração do efeito jurídico proposto.

Inicia situando o problema da escolha trágica do médico em tempos de Covid-19 e da sua tipicidade penal em tese. Após, analisa as normas e diretrizes médicas para a alocação preferencial de recursos terapêuticos escassos como conformadoras e delineadoras do âmbito do risco permitido ao profissional. Na sequência, e nesse contexto, examina a imputação objetiva do resultado e a exclusão da incidência típica na escolha trágica do médico. Finalmente, a conclusão sintetiza o raciocínio desenvolvido ao longo do texto.

2. SITUANDO O PROBLEMA: A ESCOLHA TRÁGICA DO MÉDICO EM TEMPOS DE COVID-19 E SUA TIPICIDADE PENAL EM TESE

A situação de deficiência estrutural dos serviços de saúde tem ligação com a falta de planejamento e de previsão para ações e serviços extraordinários, sendo que as crises de saúde pública por coronavírus – SARS e MERS, por exemplo – deveriam provocar maiores atenções,

principalmente porque as constantes mutações dessas espécies de vírus são naturais e cientificamente comprovadas.

Os problemas estruturais para a efetividade do direito fundamental social à saúde pública são notórios, com destaque para a demora de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), fator de incômodo à população brasileira menos favorecida, com intensa judicialização para a obtenção de medicamentos e apressamento de cirurgias.⁴

Aliás, o deficit de satisfação dos direitos sociais decorrente de crises econômicas não é mais exclusividade de países subdesenvolvidos, afetando até a União Europeia, que já alcançara melhor nível de bem estar e garantia social. Em tal sentido, a priorização da sustentabilidade econômica determinada pela integração europeia tem influenciado negativamente a garantia dos direitos sociais. O paradigma econômico se direciona ao neoliberalismo, centrado na redução do gasto público por políticas de cortes de despesas e de austeridade.⁵

Como referimos acima, noticia-se que em alguns Estados brasileiros se corre o risco de não existirem recursos terapêuticos avançados, notadamente de respiradores e UTIs, em número suficiente para o atendimento de todos os casos mais graves de Covid-19, nos quais os doentes culminam por desenvolver severa crise respiratória aguda e precisar de cuidados em nível de maior complexidade, o que pode levar os médicos responsáveis pelo tratamento a terem que fazer a *escolha trágica* na alocação desses recursos, vale dizer, a optar por um paciente em detrimento de outro para recebê-los, com eventuais consequências lesivas àquele preterido no cuidado, mormente lesão corporal ou a morte.

O problema adquire colorido penal diante da possível caracterização de crime de lesão corporal ou de homicídio, doloso ou culposo, na forma comissiva por omissão ou omissiva imprópria, em vista da equivalência dos antecedentes causais e da relevância da conduta

⁴ Cf. FREITAS FILHO, Roberto; SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas. *Revista Direito Público*, v. 12, n. 67, p. 70-102, jan./fev. 2016. *passim*.

⁵ Cf. FLACCO JUNIOR, Rocco. “Crisi economica e sistema di garanzie dei diritti sociali nel contesto giuridico europeo”. *Revista Direito Público*, v. 17, n. 92, p. 187-213, mar./abr. 2020. *passim*.

omissiva do médico – frise-se, de não ofertar a um dos pacientes o recurso terapêutico mais eficiente e escasso –, equiparada a causa do resultado – a lesão corporal ou a morte do paciente preterido – quando presente sua posição de garantidor, por força do art. 13, *caput* e § 2º, do CP.

No delito comissivo por omissão ou omissivo impróprio, como anota Luiz Regis Prado, pune-se a falta de uma ação que o autor devia e podia realizar na situação concreta em que se encontrava e que seria em tese apta a evitar a ocorrência de um resultado proibido. Os requisitos para a sua configuração consistem na *situação típica*, na *falta de uma ação cumpridora da norma mandamental que impõe o agir*, na *capacidade concreta de ação* – a qual exige conhecimento da situação típica e dos meios ou formas de realização da conduta devida – e na *ocorrência do resultado proibido*. Outrossim, o que marca essa espécie delitiva é exatamente a transgressão do dever jurídico de evitar o resultado a que o omitente estava obrigado, tratando-se de *delito especial*, pois somente é considerado autor aquele que, estando em uma posição de garantidor do bem jurídico, não evita o resultado típico, podendo fazê-lo.⁶

Com as disposições relativas à posição de garantidor, funda-se o alicerce dogmático sobre o qual se ergue o *desvalor da conduta* nos crimes comissivos por omissão ou omissivos impróprios. Por outro lado, a possibilidade física de agir do omitente se liga não mais ao desvalor da conduta, mas, mediamente, ao *desvalor do resultado*, em relação à falta de sua evitação.⁷

A posição de garantidor do médico, *in casu*, tem *origem legal* e é estabelecida pelo art. 13, § 2º, *a*, do CP, c/c os arts. 2º e 4º da Lei 12.842/2013, que disciplina o exercício da Medicina no território brasileiro, em consonância ainda com o Cap. I, incs. II, VI e VII, e o Cap. V, arts. 32, 33 e 36, do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução 1.391/2009 do Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pelos arts. 2º e 5º, *d*, da Lei 3.268/1957.

⁶ PRADO, Luiz Regis. *Comentários ao Código Penal*. 3. ed. em *e-book* baseada na 11. ed. impressa. São Paulo: Revista de Tribunais, 2017. art. 13, n. 6.

⁷ Cf. COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. Entre o dever especial e a liberdade individual: os limites objetivos da responsabilidade penal por omissão na relação médico-paciente. *“Delictae”*: *Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito*, Belo Horizonte, v. 5, n. 8, p. 291-312, jan./jun. 2020. n. 2.

Dessa forma, se descumprir o dever de agir, abstendo-se de realizar a conduta exigida voltada a impedir o resultado, o médico será considerado o causador deste mesmo resultado e responderá pelo crime correspondente, seja doloso ou culposo, já que os delitos comissivos por omissão ou omissivos impróprios podem surgir em ambas as figuras penais.⁸

Contudo, como adverte Paulo Vinicius Sporleder de Souza, não se pode afirmar que o médico sempre responda pelos crimes de lesão corporal ou homicídio por omissão imprópria, e nunca pelo crime de omissão de socorro (art. 135 do CP). Esta última hipótese seria reconhecível se o médico não tiver qualquer relação de proximidade com o paciente, o que ocorreria, segundo seu exemplo, quando um enfermo desconhecido e à beira da morte solicita, via telefone, atendimento médico, mas o profissional dolosamente se omite (deixa de atendê-lo) e aquele vem a falecer. Neste caso, a repercussão jurídico-penal mais correta seria a tipificação no art. 135, par. ún., do CP, pois inexistia um vínculo relacional de proximidade entre o omitente e a vítima.⁹

Hipótese diferente é a dos médicos plantonistas de hospitais e prontos socorros, pois, ao se omitirem, dolosa ou culposamente, e caso disso advenha ofensa à saúde ou à integridade corporal do paciente ou a sua morte, responderão por crime de lesão corporal ou homicídio, doloso ou culposo, já que aí a posição de garantidor é considerada permanente e não depende de qualquer vínculo de proximidade com a vítima.¹⁰

Nos moldes acima expostos, se o médico houver que fazer a escolha trágica na alocação dos recursos terapêuticos avançados escassos, optando por um paciente em detrimento de outro para recebê-los, e com isso não evite a consequência lesiva àquele preterido no cuidado, poderá *prima facie* ter a sua conduta enquadrada no tipo de injusto de lesão corporal (art. 129 do CP) ou de homicídio (art. 121 do CP), doloso ou

⁸ SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 229-238, jul./dez. 2006. p. 236.

⁹ SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais, cit., p. 236.

¹⁰ SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais, cit., p. 236.

culposo (art. 18, inc. I ou II, do CP), a depender do caso, na forma comissiva por omissão (art. 13, *caput* e § 2º, *a*, do CP).

Tal adequação típica em tese já soa, por si só, *injusta e politicamente indesejável*, eis por que há de se buscar uma solução que, partindo de fundamentos jurídicos-penais doutrinária e jurisprudencialmente reconhecidos, afaste-a e exclua desde logo, no primeiro escalão valorativo da conduta, a responsabilidade penal do médico colocado em dita situação.

E os fundamentos capazes de cumprir esse intento, a nosso juízo, são precisamente a *imputação objetiva do resultado* e o critério do *risco permitido*.

Por conveniência expositiva, abordaremos primeiramente as normas e diretrizes médicas para a alocação preferencial de recursos terapêuticos escassos, que conformam e delinham o âmbito do risco permitido ao médico e lhe conferem supedâneo na escolha trágica.

3. RISCO PERMITIDO NA ESCOLHA TRÁGICA: NORMAS E DIRETRIZES MÉDICAS PARA A ALOCAÇÃO PREFERENCIAL DE RECURSOS TERAPÊUTICOS ESCASSOS

A Medicina é certamente um dos campos mais importantes e complexos da engenhosidade humana, conjugando conhecimentos técnicos e científicos e saberes práticos que têm como objeto a saúde do ser humano e como finalidade as suas promoção, manutenção e recuperação.

Justamente por isso, é natural que o exercício dela seja regulado por leis e também por normas corporativas de conteúdos ético e técnico, fixadas ou aceitas pelo respectivo círculo profissional e destinadas a configurar as suas atividades próprias dentro de padrões de qualidade voltados, nomeadamente, a evitar a concretização de perigos que possam ensejar para bens jurídicos.¹¹

¹¹ Cf. DIAS, Jorge de Figueiredo. *Direito penal*: parte geral. 2. ed. Coimbra: Coimbra, 2007. t. I. p. 876 ss.

Essas normas definem a *lex artis* (ou as *leges artis*) da profissão, verdadeira pedra angular das atividades médico-curativas¹², e, perante o Direito pátrio, podem ser postas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, que têm natureza autárquica (cf. o art. 1º da Lei 3.268/1957) e, portanto, constituem instâncias estatais oficiais com competência para a edição de atos normativos infralegais de cunho regulamentar.

Sem prejuízo, algumas diretrizes costumam ainda ser elaboradas e sugeridas em caráter complementar ou suplementar a tais normas por instâncias não estatais, a exemplo das associações médicas que congregam especialistas em determinadas áreas da Medicina.

De outro lado, a realidade cotidiana dos serviços médicos traz múltiplos problemas éticos para os profissionais, em vista da escassez de recursos terapêuticos frente às necessidades dos pacientes. Escolhas precisam ser feitas no ambiente hospitalar, levando em conta valores e princípios morais, e trata-se de decisões de natureza ética, pois afetam os indivíduos, as instituições e a coletividade e envolvem a seleção individualizada de beneficiários, em situações em que se pode identificar quem será favorecido pelas prioridades estabelecidas.¹³

A reflexão bioética sobre o tema se orienta pelo princípio ético da *justiça distributiva*, que é um princípio intersubjetivo e se refere às relações do *eu* com *os outros*, abrindo a pessoa à coletividade. Relaciona-se com a distribuição de bens, produtos ou serviços e/ou ao justo acesso aos recursos.¹⁴

Algumas associações internacionais advogam que, constituindo a pandemia de Covid-19 uma situação excepcional, ela deve ser gerenciada tal qual uma situação de crise, ou seja, exige medidas de “medicina de catástrofes ou calamidades”. Nesse caso, alguns preceitos éticos devem ser

¹² Cf. RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes. *A negligência médica-hospitalar na perspectiva jurídico-penal*: estudo sobre a responsabilidade criminal médico-hospitalar. Coimbra: Almedina, 2013. *passim*.

¹³ Cf. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 335-340, mai./jun. 2012. Introdução.

¹⁴ Cf. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética, *cit.*, Introdução.

considerados, para que se aplique da melhor forma a justiça distributiva na alocação adequada de recursos.¹⁵

De fato, a falta de planejamento antecipado nessas situações de risco de escassez de recursos pode levar ao desperdício deles, à perda inadvertida de vidas e à perda da confiança de usuários e profissionais. Os sistemas e os prestadores de cuidados de saúde devem estar preparados para aproveitarem ao máximo os recursos limitados e reduzirem os danos às pessoas, ao sistema de saúde e à sociedade.¹⁶

Logo, a questão dos critérios para tal alocação preferencial de recursos terapêuticos escassos, orientadores de uma boa e justa priorização de cuidados de saúde, surge como crucial, entendendo-se que a priorização é realizada mediante escolhas hierarquizadas entre as alternativas disponíveis.¹⁷

No *plano jurídico*, que é o que nos toca examinar, uma adequada resposta à supracitada questão deve ser inferida a partir do enlace sistemático de preceitos da Lei 12.842/2013 e de normas corporativas e diretrizes de variadas procedências.

No que guarda pertinência com o tema ora discutido, o art. 4º da Lei 12.842/2013 dispõe que são atividades privativas do médico a indicação da execução e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias (inc. III); a intubação traqueal (inc. IV); a coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal (inc. V); a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico (inc. X); a indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde (inc.

¹⁵ Cf. SATOMI, Erika *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de Covid-19: considerações éticas. *Einstein*, São Paulo, v. 18, p. 1-5, 30 abr. 2020.

¹⁶ Cf. SATOMI, Erika *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de Covid-19: considerações éticas, cit.

¹⁷ Cf. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética, cit., Introdução.

XI); e a atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas (inc. XIII).

Por sua vez, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM 1.931/2009, preconiza em seu Cap. I, como princípio fundamental, que, nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (inc. XXII). No Cap. II, o texto estabelece como direito do médico a prerrogativa de indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente (inc. II). Já no Cap. V, o diploma proíbe que o médico deixe de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente (art. 32).

Quanto aos requisitos de admissão e alta em UTIs, impõe-se destacar a Resolução CFM 2.156/2016. No seu art. 1º, ela determina que as admissões em UTI devem ser baseadas em diagnóstico e necessidade do paciente (inc. I), nos serviços médicos disponíveis na instituição (inc. II), na priorização de acordo com a condição do paciente (inc. III), na disponibilidade de leitos (inc. IV) e no potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico (inc. V), tratando-se, a teor do art. 2º, de atribuição e competência do médico intensivista, considerando a indicação médica.

O art. 6º da Resolução explicita os critérios para a priorização da admissão em UTI e define um escalonamento das prioridades, dividindo-as em cinco, quais sejam: Prioridade 1, referente aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico (§ 1º); Prioridade 2, referente a pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico (§ 2º); Prioridade 3, referente a pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica (§ 3º); Prioridade 4, referente a pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica (§ 4º); e Prioridade 5, referente a

pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação (§ 5º). Em geral, estes pacientes não são apropriados para admissão em UTI, exceto se forem potenciais doadores de órgãos, porém seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Em acréscimo, os arts. 7º e 8º esclarecem que os pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4 devem preferencialmente ser admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas), ao passo que os classificados como Prioridade 5 devem preferencialmente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.

O art. 9º contempla importante norma de escopo não discriminatório, exigindo que as decisões sobre admissão e alta em UTI sejam feitas de forma explícita, sem discriminação por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência ou quaisquer outras.

Finalmente, o art. 10 da Resolução fixa os critérios para alta das UTIs, sendo eles o controle e a estabilização do quadro clínico do paciente ou o esgotamento de todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo em relação ao paciente, podendo este permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se viável, junto com sua família.

Vale frisar que tanto o Código de Ética Médica quanto a Resolução CFM 2.156/2016 ostentam natureza regulamentar, pois editados pelo Conselho Federal de Medicina no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 2º e 5º, *d*, da Lei 3.268/1957. Suas normas, destarte, são verdadeiramente jurídicas, conquanto infralegais.

Até o momento em que escrevíamos este estudo, o Conselho Federal de Medicina não havia editado nenhum ato regulamentar especificamente voltado a enfrentar a problemática da alocação de recursos terapêuticos avançados escassos face à pandemia de Covid-19.

Isso levou a que alguns Conselhos Regionais de Medicina se adiantassem e, no exercício das suas atribuições previstas no art. 15, *d e h*, da Lei 3.268/1957, editassem orientações fixadoras de diretrizes éticas e

técnicas sobre o tema, a exemplo dos Pareceres 2.809/2020¹⁸ e 2.810/2020¹⁹ do CRM do Estado do Paraná e da Recomendação 05/2020²⁰ do CRM do Estado de Pernambuco.

Para além das normas e diretrizes oriundas de instâncias estatais reguladoras e fiscalizadoras do exercício da Medicina, outras diretrizes éticas e técnicas restaram elaboradas e sugeridas em caráter complementar ou suplementar àquelas por instâncias não estatais. O esforço mais difundido e influente nesse sentido parece ter sido o da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), com o apoio da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), que se consubstanciou no denominado *Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por Covid-19*.²¹

Não convém, dados o espaço e o escopo do presente artigo, analisar minuciosamente cada um dos supracitados atos orientativos oficiais e extraoficiais, até porque repletos de termos técnicos e conceitos especializados da seara médica com os quais os operadores jurídicos, em sua imensa maioria, não estão familiarizados. O que realmente importa para o raciocínio que estamos a desenvolver é enfatizar o que eles *significam juridicamente para a classe médica*.

Com efeito, cuida-se de um conjunto de disposições e indicações que buscam estabelecer a *lex artis* (ou as *leges artis*) da profissão em tempos críticos, assim norteando a atividade do médico e lhe conferindo supedâneo para a tomada de decisão, no caso de se ver premido a fazer a escolha trágica na alocação de recursos terapêuticos avançados escassos.

Ao fim e ao cabo, o arcabouço normativo, ético e técnico trazido à colação conforma e delinea o *âmbito do risco permitido ao médico*, com relevantíssima repercussão jurídico-penal, como veremos adiante.

¹⁸ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ – CRM/PR. *Parecer n. 2.809/2020*. Curitiba, 2020.

¹⁹ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ – CRM/PR. *Parecer n. 2.810/2020*. Curitiba, 2020.

²⁰ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO – CREMEPE. *Recomendação n. 05/2020*. Recife, 2020.

²¹ ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. *Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por Covid-19*. São Paulo, 2020.

4. IMPUTAÇÃO OBJETIVA DO RESULTADO E EXCLUSÃO DA INCIDÊNCIA TÍPICA NA ESCOLHA TRÁGICA

Conforme lecionam Santiago Mir Puig e Ricardo Breier, o termo *imputação* é um dos mais representativos da linguagem em que se expressa a atual teoria jurídica do delito. A título exemplificativo, na doutrina penal alemã, autores de posicionamentos tão díspares como Roxin, Jakobs e Hruschka situam o conceito no núcleo de suas obras. Entretanto, isso nem sempre foi assim, pois, após haver ocupado lugar central na doutrina de orientação jusnaturalista racionalista do século XVIII e nos penalistas de inspiração hegeliana do século XIX, o termo veio a cair em desuso na Alemanha nas duas últimas décadas do mesmo século, como consequência do positivismo naturalista que se estendeu por força da influência do *Tratado* de Franz von Liszt.²²

Este enfoque naturalista, que evitava conceitos valorativos, preferiu destacar a *causalidade* como a *espinha dorsal do delito*, que se situou no terreno do empírico, como causa de uma modificação do mundo exterior, originada, por sua vez, de um impulso voluntário. A reorientação ao significado valorativo dos conceitos jurídico-penais, que o neokantismo impôs entre as duas Guerras Mundiais, não alcançou a causalidade a ponto de deslocar sua posição de preeminência na teoria do delito, mas fundamentou as bases metodológicas que, muito mais tarde, a partir de meados dos anos 1960, permitiram o ressurgir da ideia de imputação na literatura jurídico-penal. A doutrina finalista da ação desenvolvida por Hans Welzel desde os anos 1930, ainda que se opusesse radicalmente ao causalismo, não o combateu no âmbito do tipo objetivo, senão desde a teoria da ação. Isso contribuiu a manter a discussão sobre as limitações da causalidade em um terreno ontológico prévio à valoração jurídica.²³

Sobre a chamada *teoria da imputação objetiva*, afirma-se que seus antecedentes radicam, sobretudo, nos estudos desenvolvidos por Karl

²² Cf. MIR PUIG, Santiago; BREIER, Ricardo. Significado e alcance da imputação objetiva em direito penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 56, p. 173-201, set./out. 2005. n. 1.1.

²³ Cf. MIR PUIG, Santiago; BREIER, Ricardo. Significado e alcance da imputação objetiva em direito penal, cit., n. 1.1.

Larenz (*Hegels Zurechnungslehre und der Begriff der objektiven Zurechnung*, de 1927) e Richard Honig (*Kausalität und objektive Zurechnung*, de 1930).²⁴

Todavia, foi a formulação do festejado penalista alemão Claus Roxin, vinda a lume já por volta do início dos anos 1970, que se consolidou na literatura jurídica daquele país e conquistou maior acolhida em outros países filiados à tradição jurídica romano-germânica.²⁵

A teoria da imputação objetiva é certamente rodeada por inúmeras divergências doutrinárias, havendo quem, a exemplo de Enrique Gimbernat Ordeig, defenda que o que ela realmente faz é reunir toda uma série de critérios normativos e excludentes da tipicidade que, em grande medida e até então, tinham deambulado sem encontrar um lugar sistemático adequado. Tais critérios, extraídos todos de considerações normativas, permitem fundamentar por que razão a tipicidade é algo mais que uma justaposição de elementos ontológicos e axiológicos, visto que tudo isso meramente somado não dá ainda como resultado um fato típico, se não concorre também a imputação objetiva, determinada sobre considerações teleológicas e principiológicas acerca do tipo.²⁶

Para o penalista espanhol, a imputação objetiva consiste positivamente em um *elemento normativo do tipo*, que se distingue de todos os demais elementos na medida em que, enquanto estes são mencionados expressamente pela lei, aquela se encontra implícita. A imputação objetiva, portanto, não diz respeito à ação, à causalidade ou ao resultado típico, porque todos estes elementos vêm expressamente descritos nos tipos penais incriminadores. Ela tampouco diz respeito, nos tipos dolosos, ao dolo ou aos elementos subjetivos do injusto ou, nos tipos culposos, à infração do cuidado devido, pois o dolo e a culpa são também pressupostos expressamente mencionados pela lei (v. o art. 18, incs. I e II,

²⁴ Cf. PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de. A imputação objetiva no direito penal brasileiro. *Ciências Penais*, São Paulo, v. 3, p. 81-110, jul./dez. 2005. n. 2.

²⁵ Cf. ROXIN, Claus. A teoria da imputação objetiva. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 38, p. 11-31, abr./jun. 2002. n. 5.1.

²⁶ Cf. GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. O que é imputação objetiva. Tradução de José Carlos Gobbi Pagliuca. 1987, 2001. n. III; e GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. A vueltas con la imputación objetiva, la participación delictiva, la omisión impropia y el derecho penal de la culpabilidad. *Nuevo Foro Penal*, Medellín, n. 82, p. 83-133, jan./jun. 2014. n. 1.4 e V.

do CP). Ao revés, a imputação objetiva há que ser deduzida do sentido e do fim das incriminações e dos princípios que devem informá-las. Figurativamente, é um *fantasma que percorre todos os tipos penais*.²⁷

De fato, continua o jurista, para o escopo de explicar por que motivo aquilo que não é ação, aquilo que não é causa do resultado típico, aquilo que não é doloso (nos tipos dolosos) ou culposo (nos tipos culposos) não é típico, é desnecessário recorrer à imputação objetiva. Esta se mostra necessária justamente para o escopo de explicar por que motivo, apesar de haver uma conduta dolosa ou culposa causadora de um resultado típico, às vezes não se estará diante de um fato típico. Ora, se chegamos à conclusão de que uma conduta dolosa ou culposa, causadora de um resultado lesivo típico, não obstante, e em virtude de uma fundamentação jurídica convincente, não ostenta o predicado da tipicidade, então estamos diante de uma fundamentação que pertence ao elemento normativo do tipo da imputação objetiva.²⁸

Destarte, e tal qual sintetiza Luiz Regis Prado, a imputação objetiva tem grande valia dogmática como um “princípio corretor” que deve funcionar após a afirmação da tipicidade *prima facie* de uma determinada conduta, ou, em outros termos, como um critério normativo adicional implícito no tipo penal.²⁹

Nesse sentido, a imputação objetiva do resultado tem encontrado ressonância na jurisprudência pátria, inclusive com expressa alusão aos requisitos aplicativos identificados por Claus Roxin, seja para afirmá-la, seja para negá-la.³⁰

²⁷ Cf. GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. O que é imputação objetiva, cit., n. III; e GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. A vueltas con la imputación objetiva, la participación delictiva, la omisión impropia y el derecho penal de la culpabilidad, cit., n. 1.4 e V.

²⁸ Cf. GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. O que é imputação objetiva, cit., n. III; e GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. A vueltas con la imputación objetiva, la participación delictiva, la omisión impropia y el derecho penal de la culpabilidad, cit., n. 1.4 e V.

²⁹ Cf. PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006. v. 1 (Parte Geral – arts. 1º a 120). p. 329.

³⁰ V., por exemplo, no Superior Tribunal de Justiça, os seguintes julgados: HC 68.871/PR, 6ª T., Rel. Min. Maria Thereza de Assis Moura, Rel. para o acórdão Min. Og Fernandes, j. 06.08.2009; REsp 822.517/DF, 5ª T., Rel. Min. Gilson Dipp, j. 12.06.2007; e HC 46.525/MT, 5ª T., Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, j. 21.03.2006.

De acordo com o professor alemão, e resumidamente, um resultado causado pelo agente somente pode ser imputado ao tipo objetivo se *a conduta do autor houver criado um perigo para o bem jurídico não coberto por um risco permitido e esse perigo também houver se realizado no resultado concreto*.³¹

Ou seja, em sua forma mais simplificada, preceitua a teoria da imputação objetiva que um resultado causado pelo sujeito ativo só deve ser imputado como obra sua e preenche o tipo objetivo quando a conduta dele cria um risco não permitido para o objeto da ação, quando o risco se realiza no resultado concreto e este resultado se encontra dentro do alcance do tipo.³²

Apresenta-se, portanto, como *princípio geral de imputação objetiva* a criação pela ação ou omissão de um risco juridicamente desvalorado, consubstanciado em um resultado típico.³³

Especificamente quanto aos crimes comissivos por omissão ou omissivos impróprios, que decorrem do dever de evitar um resultado típico previsto em um tipo comissivo, nada impede – ao contrário, tudo recomenda – que se aplique a imputação objetiva do resultado, uma vez observados os seus requisitos básicos.³⁴

Dada a sua importância para a compreensão e a correta aplicação da imputação objetiva, convém nos determos um pouco mais na ideia do risco permitido.

Roxin adverte que o conceito é utilizado em múltiplos contextos, porém reina a mais absoluta falta de clareza a respeito de seu significado e de sua posição sistemática. Sustenta que se deve entender por risco permitido uma conduta que cria um risco juridicamente relevante mas que, de modo geral – independentemente do caso concreto –, está permitida e, por isso, diferentemente das causas de justificação, exclui já a imputação

³¹ Cf. ROXIN, Claus. *Derecho penal*: parte general. Tradução da 2. ed. alemã por Diego-Manuel Luzón Peña, Miguel Díaz y García Conlledo e Javier de Vicente Remesal. Madrid: Civitas, 1997. t. 1. p. 363.

³² Cf. ROXIN, Claus. A teoria da imputação objetiva, cit., n. 2.

³³ Cf. PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de. A imputação objetiva no direito penal brasileiro, cit., n. 3.

³⁴ Cf. COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. Entre o dever especial e a liberdade individual: os limites objetivos da responsabilidade penal por omissão na relação médico-paciente, cit., n. 3.

ao tipo objetivo, apresentando como exemplo a condução automobilística com observância de todas as regras do tráfego viário.³⁵

Ainda na lição do mestre, no âmbito do risco permitido se insere todo o tráfego público (portanto, também os tráfegos aéreo, ferroviário e marítimo-fluvial), o funcionamento de instalações industriais (especialmente os estabelecimentos perigosos), a prática de esportes que implicam risco, as intervenções médico-curativas no marco da *lex artis* ou das *leges artis* etc.³⁶

A delimitação do risco permitido em face dos casos em que não se cria nenhum risco relevante nem sempre é fácil, tanto mais diante da elaboração dogmática ainda em progresso desta figura jurídica. Essas inseguranças e transições fluidas carecem de consequências práticas para a teoria da imputação objetiva, uma vez que tanto a falta de criação de perigo como a sua causação nos limites do risco permitido impedem por igual a realização do tipo objetivo.³⁷

Todavia, em todo caso, um ponto de apoio substancial é o estabelecimento de regras de cuidado (jurídicas ou extrajurídicas) como as que existem no tráfego, para o funcionamento de instalações industriais, para a prática de esportes perigosos e para o exercício da profissão médica, por exemplo, pois a exigência de precauções de segurança é prova da existência de um risco juridicamente relevante na atividade.³⁸

Sem dúvida, todo o âmbito do risco permitido fica excluído da imputação típica por uma ponderação político-criminal da utilidade social do setor de atividade de que se trata, frente aos riscos que supõe, o que leva a decidir sobre a permissão da atividade perigosa, incluída a que *ex post* resulte lesiva, em razão precisamente do risco permitido.³⁹

No caso de atuações médicas seguindo os preceitos da sua *lex artis* ou das suas *leges artis*, o profissional que age em conformidade com elas e, apesar disso, dá azo a um resultado lesivo tipicamente previsto, não

³⁵ Cf. ROXIN, Claus. *Derecho penal*, cit., p. 371.

³⁶ Cf. ROXIN, Claus. *Derecho penal*, cit., p. 372.

³⁷ Cf. ROXIN, Claus. *Derecho penal*, cit., p. 372.

³⁸ Cf. ROXIN, Claus. *Derecho penal*, cit., p. 372.

³⁹ Cf. MIR PUIG, Santiago; BREIER, Ricardo. Significado e alcance da imputação objetiva em Direito Penal, cit., n. 1.3.1.

prática, enfim, um fato típico, pois ausente a imputação objetiva do resultado.⁴⁰

Ora, é inegável que a atividade do médico tem enorme utilidade social. Ademais, a Medicina não é uma ciência exata e, para efeito da aplicação de suas técnicas, cada paciente é uma individualidade biológica que responde de forma diferente. Não obstante, a experiência acumulada permite ao profissional fazer prognósticos com razoável grau de segurança, considerando o *quod plerumque accidit* relativamente a certos grupos de casos.

Retornando ao contexto da pandemia de Covid-19 e da escolha trágica, é preciso salientar que as normas e diretrizes para a alocação preferencial de recursos terapêuticos avançados escassos são imprescindíveis em um mundo não ideal, de modo a guiar racionalmente e de uma forma intersubjetivamente controlável a “aposta” na destinação daqueles ao paciente em tese dotado das melhores condições de sobrevivência com as menores sequelas possíveis.

Pautando-se nessas normas e diretrizes – estabelecidas, lembre-se, por instâncias estatais e não estatais providas dos conhecimentos éticos e técnicos necessários ao regular desempenho da respectiva atividade –, o médico se movimentará no âmbito do risco permitido. Por conseguinte, qualquer resultado lesivo tipicamente previsto que venha a ocorrer poderá ter a sua imputação objetiva excluída em vista da conduta do profissional, afastando-se, ao fim e ao cabo, a tipicidade penal do fato.

5. CONCLUSÃO

A pandemia de Covid-19 ficará certamente marcada na História como uma das grandes tragédias da pós-modernidade e um exemplo de consequência deletéria do processo de globalização. Os seus custos humanos, sociais e econômicos tendem a aproximá-la cada vez mais, em termos comparativos, da gripe espanhola que varreu o globo terrestre no

⁴⁰ Cf. COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. Entre o dever especial e a liberdade individual: os limites objetivos da responsabilidade penal por omissão na relação médico-paciente, cit., n. 3.

início do século XX, ao menos enquanto não se conseguir, a partir das vacinas já disponíveis, ampla imunização da população mundial.

Nesse interregno e no cotidiano dos serviços de saúde, os impactos da pandemia serão imensos, notadamente nos países deficitários em relação à implementação de políticas públicas sanitárias efetivas.

Em alguns Estados brasileiros já está presente concreto risco de se repetirem situações como as inicialmente ocorridas na Itália e na Espanha, onde médicos responsáveis pelo tratamento de pacientes acometidos da moléstia em suas formas mais graves se viram compelidos a fazer escolhas trágicas na alocação de recursos terapêuticos avançados insuficientes e a, verdadeiramente, decidir quem vivia e quem morria.

Na realidade brasileira, o tétrico cenário, para além do angustiante dilema ético que coloca ao profissional da Medicina, e ainda que *prima facie*, poderia ensejar a este repercussão penal com relação à consequência lesiva que venha a atingir o paciente preterido no cuidado, diante da caracterização da conduta do médico como crime de lesão corporal ou de homicídio, doloso ou culposo, na forma comissiva por omissão, nos moldes do art. 13, *caput* e § 2º, do Código Penal.

Por óbvio, tal adequação típica em tese já soa injusta e político-criminalmente indesejável, eis por que procuramos uma solução que, partindo de fundamentos jurídico-penais doutrinária e jurisprudencialmente reconhecidos, pudesse afastá-la e excluir desde logo, no primeiro escalão valorativo da conduta – o da tipicidade –, a responsabilidade penal do médico posto em dita situação.

Com tal escopo em mente, identificamos que as normas corporativas e as diretrizes orientativas oficiais e extraoficiais, isto é, fixadas por entes e órgãos estatais com competências regulamentares – em especial o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina – ou por associações que conglobam especialistas em determinadas áreas médicas, e mormente aquelas voltadas a cenários de crise, buscam estabelecer a *lex artis* (ou as *leges artis*) da profissão, nortear a atividade do médico e lhe conferir supedâneo para a tomada de decisão, no caso de se ver premido a fazer a escolha trágica na alocação de recursos terapêuticos avançados escassos.

Verificamos que se cuida de um arcabouço normativo, ético e técnico que conforma e delinea o âmbito do risco permitido ao médico,

um “círculo de imunidade” dentro do qual os eventuais resultados lesivos de suas condutas ficam excluídos da imputação objetiva do resultado, ante uma ponderação político-criminal da utilidade social da atividade frente aos riscos que ela supõe, até porque a Medicina não é uma ciência exata e, para efeito da aplicação de suas técnicas, cada paciente é uma individualidade biológica que responde de forma diferente. Contudo, a experiência acumulada permite ao profissional fazer prognósticos com razoável grau de segurança, considerando o que comumente sucede relativamente a certos grupos de casos.

Concluimos, nessa linha, que as normas e diretrizes para a alocação preferencial de recursos terapêuticos avançados escassos são imprescindíveis em um mundo não ideal, e mais ainda neste contexto da pandemia de Covid-19, de modo a guiar racionalmente e de uma forma intersubjetivamente controlável aquela destinação, bem como que, pautando-se em tais normas e diretrizes, o médico se movimentará no âmbito do risco permitido e qualquer resultado lesivo tipicamente previsto que venha a ocorrer poderá ter a sua imputação objetiva excluída em vista da conduta do profissional, o que culmina por afastar a tipicidade penal do fato e a isentá-lo *ab initio* da responsabilização criminal.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. *Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por Covid-19*. São Paulo, 2020. Disponível em: <[https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo AMIB de alocao de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ – CRM/PR. *Parecer n. 2.809/2020*. Curitiba, 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2020/2809>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. *Parecer n. 2.810/2020*. Curitiba, 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2020/2810>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO – CREMEPE. *Recomendação n. 05/2020*. Recife, 2020. Disponível em: <http://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDA%C3%87%C3%83O-CREMEPE-N%C2%BA-05_v.final_.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

COSTA, Victor Cezar Rodrigues da Silva. Entre o dever especial e a liberdade individual: os limites objetivos da responsabilidade penal por omissão na relação médico-paciente. “*Delictae*”: *Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito*, Belo Horizonte, v. 5, n. 8, p. 291-312, jan./jun. 2020.

DIAS, Jorge de Figueiredo. *Direito penal: parte geral*. 2. ed. Coimbra: Coimbra, 2007. t. I.

FLACCO JUNIOR, Rocco. “Crisi economica e sistema di garanzie dei diritti sociali nel contesto giuridico europeo”. *Revista Direito Público*, v. 17, n. 92, p. 187-213, mar./abr. 2020. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/3541>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 335-340, mai./jun. 2012.

FREITAS FILHO, Roberto; SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas. *Revista Direito Público*, v. 12, n. 67, p. 70-102, jan./fev. 2016. Disponível em: <<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2576/pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

GIMBERNAT ORDEIG, Enrique. O que é imputação objetiva. Tradução de José Carlos Gobbi Pagliuca. 1987, 2001. Disponível em: <<http://www.sedep.com.br/artigos/o-que-e-imputacao-objetiva/>>. Acesso em: 6 jul. 2020.

_____. A vueltas con la imputación objetiva, la participación delictiva, la omisión impropia y el derecho penal de la culpabilidad. *Nuevo Foro Penal*, Medellín, n. 82, p. 83-133, jan./jun. 2014.

MIR PUIG, Santiago; BREIER, Ricardo. Significado e alcance da imputação objetiva em direito penal. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 56, p. 173-201, set./out. 2005.

MOREIRA, Rafael da Silveira. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, mai. 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1050/covid-19-unidades-de-terapia-intensiva-ventiladores-mecnicos-e-perfis-latentes-de-mortalidade-associados-letalidade-no-brasil>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (*World Health Organization – WHO*). *Origin of SARS-CoV-2*. 26 mar. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332197/WHO-2019-nCoV-FAQ-Virus_origin-2020.1-eng.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006. v. 1 (Parte Geral – arts. 1º a 120).

_____. *Comentários ao Código Penal*. 3. ed. em *e-book* baseada na 11. ed. impressa. São Paulo: Revista de Tribunais, 2017.

PRADO, Luiz Regis; CARVALHO, Érika Mendes de. A imputação objetiva no direito penal brasileiro. *Ciências Penais*, São Paulo, v. 3, p. 81-110, jul./dez. 2005.

RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes. *A negligência médica-hospitalar na perspectiva jurídico-penal: estudo sobre a responsabilidade criminal médico-hospitalar*. Coimbra: Almedina, 2013.

RODRIGUES, António. Coronavírus em Itália e Espanha: decidir entre quem salvar e quem deixar morrer. *Público*, Lisboa, 20 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2020/03/20/mundo/noticia/coronavirus-decidir-salvar-deixar-morrer-1908789>>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ROXIN, Claus. *Derecho penal: parte general*. Tradução da 2. ed. alemã por Diego-Manuel Luzón Peña, Miguel Díaz y García Conlledo e Javier de Vicente Remesal. Madrid: Civitas, 1997. t. 1.

_____. A teoria da imputação objetiva. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 38, p. 11-31, abr./jun. 2002.

SATOMI, Erika *et al.* Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de Covid-19: considerações éticas. *Einstein*, São Paulo, v. 18, p. 1-5, 30 abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v18/pt_2317-6385-eins-18-eAE5775.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. O médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 229-238, jul./dez. 2006.