

BIOÉTICA E PANDEMIA DE INFLUENZA

BIOETHICS AND INFLUENZA PANDEMIC

José Roberto Goldim

RESUMO

A presente pandemia de Influenza A (H1N1) tem gerado inúmeros questionamentos sobre aspectos técnicos, éticos, legais e sociais envolvidos. Estas questões envolvem as medidas sanitárias a serem tomadas, como uso de medicamentos, recursos ambulatoriais e hospitalares, suspensão de aulas, quarentenas e outras restrições. Outro ponto extremamente relevante é o que se refere a atuação dos profissionais de saúde nesta situação de excepcionalidade. É fundamental refletir sobre este tema com clareza e imparcialidade no sentido de tentar reduzir a ambiguidade das informações.

**Unitermos:** *Bioética; alocação de recursos; pandemia*

ABSTRACT

This influenza A (H1N1) pandemic generates many questions about technical, ethical, legal and social issues. These issues involve health measures to be taken, such as the use of medications, outpatient and hospital resources, school closure, quarantines and other restrictions. Another extremely important point is the healthcare workers' attitudes towards working during pandemic influenza. It is critical to reflect on this subject with clarity and fairness trying to reduce the ambiguity of information.

**Keywords:** *Bioethics; resource allocation; pandemics*

*Rev HCPA 2009;29(2):161-166*

Uma situação nova e ameaçadora, tanto pelo aumento de demanda dos serviços de saúde, pela lembrança de outras situações dramáticas semelhantes, como a da Gripe Espanhola de 1918, e, principalmente, pela incerteza associada ao desconhecido, sempre gera ansiedade (1). É esperado que surjam explicações baseadas em tradições, desejos e interesses os mais diversos. Uma reflexão bioética sobre esta situação de pandemia deve levar em conta os diferentes referenciais teóricos e as múltiplas interfaces entre os aspectos éticos, legais, morais, sociais, técnicos, políticos, econômicos, científicos, assistenciais e profissionais, em uma perspectiva baseada na complexidade (2).

As decisões que devem ser tomadas neste tipo de situação podem ser controversas, incluindo as questões de racionar ou racionalizar o uso de medicamentos antivirais e de vacinas, do acesso ao sistema de saúde e de seus recursos físicos, do risco e desgaste imposto aos profissionais de saúde e suas responsabilidades, além de medidas de restrição de liberdade, como nas quarentenas (3). O papel da Ética e da Bioética é justamente auxiliar neste tipo de situação.

OS REFERENCIAIS TEÓRICOS

A Ética é a busca de justificativa para verificar a adequação ou não das decisões tomadas. É importante esclarecer que a Bioética pode utilizar vários modelos para realizar esta reflexão, com destaque para quatro grandes

referenciais teóricos: as virtudes, os princípios, os direitos e a alteridade (4).

A Ética das Virtudes, talvez a mais antiga (5) e mais amplamente utilizada no passado, se baseava no reconhecimento de traços adequados do caráter de uma pessoa (6). Dentre as virtudes que podem ser elencadas em uma situação de pandemia são destaques: a coragem, a compaixão, a prudência, a justiça, a gratidão e o amor (7).

Coragem, no sentido de fazer o que tem que ser feito; compaixão, como relação de ajuda a quem tem o seu sofrimento reconhecido pelo outro; e prudência, como razão prática, são virtudes esperadas dos profissionais de saúde. A justiça, entendida como uma atitude não discriminatória frente ao outro, é a virtude esperada dos governantes, dos gestores do sistema de saúde, que tem que alocar recursos escassos e fazer escolhas estratégicas de enfrentamento de uma situação tão delicada. Gratidão, como reconhecimento genuíno do bem recebido, é a virtude que se espera da comunidade frente a todos os que se dedicaram na execução de tarefas para atender às demandas desta situação excepcional. A virtude do Amor entendida, no significado grego de Ágape, como amor difuso para com toda a humanidade. Esta é, possivelmente, a justificativa para a busca de ações que atinjam a toda sociedade de forma a preservar plenamente a sua dignidade (7).

O referencial dos Princípios é, possivelmente, o mais utilizado na Bioética. Os princípios, especialmente a partir da proposta de Be-

auchamp e Childress, em seu livro *Princípios de Ética Biomédica* (8), passaram a ser cada vez mais utilizados como deveres *prima facie*, que como recomendações ou diretrizes a serem seguidas, como eram entendidos no passado (9).

Deveres *prima facie* são obrigações que se deve cumprir, a menos que entrem em conflito, em uma situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte (10). Desta forma, os deveres *prima facie* podem, quando em conflito, ser ponderados ou priorizados. Na Bioética são utilizados basicamente três princípios: Beneficência, Respeito às Pessoas e Justiça (11). Beauchamp e Childress desdobraram o princípio da Beneficência em Beneficência e Não Maleficência e reduziram o Respeito às Pessoas a Autonomia (8).

Em uma situação de pandemia a Beneficência, entendida como o dever *prima facie* de fazer o bem e evitar o mal, é primordial para os profissionais de saúde. A justiça, como dever de distribuir adequadamente, de forma não-discriminatória, os bens entre os membros da sociedade, assim como de reconhecer e proteger adicionalmente os grupos ou pessoas vulneráveis, é fundamental para os gestores no desempenho de suas tarefas. O Respeito às Pessoas, englobando o dever de veracidade, de reconhecimento da voluntariedade, da auto-determinação e da confidencialidade, é dever de todos.

O referencial dos Direitos Humanos estabelece garantias individuais, coletivas e transpessoais, sendo utilizado na Constituição brasileira de 1988 (12) e em vários documentos internacionais, como na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (13).

Os direitos individuais incluem a vida, a privacidade, a liberdade e a não-discriminação, entre outros. Todos estes direitos devem ser preservados, contudo em situações excepcionais como de uma pandemia, podem ser suplantados pelos direitos coletivos, como a saúde, a educação e a assistência social, que são garantias de todos. Para garantir a saúde de uma população em risco, entendida como um bem maior, algumas pessoas podem ser mantidas em regime de quarentena, que estabelece uma clara restrição à sua liberdade. A comunicação compulsória das informações de pacientes acometidos pela doença não deve ser entendida como sendo uma quebra de privacidade, pois estes dados que são comunicados a uma autoridade sanitária para fins de controle epidemiológico devem permanecer protegidos. Isto é fundamental para preservar a adequada relação médico-paciente, que se baseia nesta relação entre o dever de confidencialidade, por parte do médico, e o direito de privacidade do paciente. Dos direitos transpessoais o destaque é para a solidariedade, que é a justificativa para a reali-

zação de múltiplas ações que habitualmente não seriam realizadas com a presteza necessária.

Por fim, a Alteridade é o referencial mais recente talvez o mais fundamental e fundante para a Bioética. A Alteridade se baseia no reconhecimento de que o olhar do Outro é que legitima a nossa própria pessoa, que nos ressignifica enquanto existentes (14). A Alteridade nos permite entender que esta efetiva interação nos torna pessoas co-responsáveis, estabelecendo uma co-presença ética, onde não há lugar para a neutralidade (15). Este referencial ressignifica o entendimento da relação profissional-paciente, pesquisador-participante da pesquisa, profissionais de saúde entre si, profissional-família, a partir da noção de co-responsabilidade. Em uma situação de pandemia, de risco presente e compartilhado, a co-responsabilidade é que justifica ações de caráter preventivo, de impedimento de propagação da doença. Especialmente em uma situação de pandemia, todos são co-responsáveis, sejam profissionais de saúde, jornalistas, governantes, professores, ou seja, cidadãos. Neste tipo de situação não há possibilidade de se manter neutro, todos estão engajados em um mesmo esforço solidário, não por dever, mas por reconhecer que é este conjunto de ações que nos torna humanos.

#### AS INFORMAÇÕES SOBRE A PANDEMIA

A vivência de uma situação grave como a de uma pandemia é sempre geradora de medos e ansiedades. A melhor maneira de entender e enfrentar este tipo de situação é através do esclarecimento, da divulgação de informações claras, verídicas e acessíveis. A população não busca informações literais, detalhadas e tecnicamente complexas, quer isto sim, aquelas informações essenciais ao entendimento da situação vigente e futura (16).

Muitas vezes a divulgação das informações da pandemia tem sido feita de forma ambígua. A ambiguidade é dependente da quantidade, do tipo e da unanimidade das informações (17). As informações no início da pandemia foram poucas, aumentaram até um limite de quase saturação de detalhes. O tipo de informação era técnico e não havia unanimidade entre as diferentes fontes citadas. Havendo ambiguidade pode haver uma sub-estimativa ou super-estimativa do risco. Esta situação de falta de um claro padrão de risco foi compartilhada por toda a sociedade, incluindo profissionais de saúde e gestores (18).

Outra questão importante a ser levantada é que a noção de risco, de probabilidade objetiva, é sempre referenciada a um grupo de indivíduos e não a uma pessoa especificamente. Para a pessoa a relação é sempre de incerteza (19). O risco gera medo frente ao dano possível, enquanto que a incerteza gera ansiedade pela própria possibilidade do dano. Na situação de

pandemia os gestores tomam decisões baseadas em riscos, mas a população fica ansiosa pela incerteza associada às suas vidas diárias.

A base de uma reflexão eticamente adequada sobre este tipo de situação que estamos vivendo é o Princípio da Precaução. Este Princípio, proposto por Hans Jonas (19), estabelece que a existência de risco de um dano sério ou irreversível requer a implementação de medidas que possam prevenir a ocorrência do mesmo.

### A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A definição de papéis e deveres dos profissionais de saúde durante a Pandemia de Influenza inicia pela própria definição de profissional de saúde. Habitualmente são lembrados os médicos e os enfermeiros, contudo, nos dias atuais, inúmeros outros profissionais de nível superior, técnico e operacional podem ser enquadrados como tal. Em suma, devem ser incluídos nesta categorização todos os profissionais que atendem pacientes ou usuários do sistema de saúde (20).

Os deveres dos profissionais de saúde devem ser abertamente discutidos e entendidos como sendo deveres *prima facie*, ou seja, deveres que podem ser priorizados de acordo com as circunstâncias vigentes (10). Isto implica que estes deveres sejam avaliados de acordo com os critérios da necessidade e da proporcionalidade. Assim, por exemplo, os deveres dos profissionais de saúde para com a sociedade devem ser balanceados com os deveres para com as suas famílias, especialmente no caso de trabalho em plantões continuados e no risco de transmissão da doença.

Um estudo entre 644 profissionais que atuam em um hospital universitário apontou que 28% dos participantes reconheceram como justificável abandonar o trabalho para se proteger ou proteger a sua família, e outros 20% não tinham opinião formada (21). Os restantes 52% dos profissionais acharam esta possibilidade injustificável, sendo que houve uma diferença entre os percentuais dos médicos (65%) e enfermeiros (54%) frente aos profissionais da área administrativa (32%) (21). Em outro estudo, 79% dos médicos informaram que continuariam a trabalhar e 83% consideraram inadequado faltar ao trabalho durante uma pandemia (22).

Estes dados podem ser comparados com os de outro estudo, que reconhece a existência de riscos diferenciais importantes entre as diferentes categorias profissionais é bastante interessante. Os profissionais de saúde que estão na linha de frente dos atendimentos tem riscos muito mais elevados que os habituais, desta forma podem estar mais preocupados que os demais profissionais com a possibilidade de transmissão para seus familiares (23), mas es-

tas mesmas categorias foram as que mais acharam injustificável abandonar o trabalho por este motivo (21).

Os profissionais de saúde, que atuam na linha de frente, assim como todos os demais profissionais, devem ter a possibilidade de cuidar de seus familiares em caso de necessidade imperiosa (23). Dentre estas possibilidades, além dos cuidados de saúde, podem ser incluídas a ausência de rede de apoio social para atender aos filhos no caso de não ter atendimento de creches ou escolas, quando as atividades destas instituições estiverem suspensas por motivo da pandemia. As instituições devem avaliar as possibilidades de utilização de folgas, licenças ou banco de horas nestas situações. As penalidades pelo não comparecimento ao trabalho devem ser estabelecidas e comunicadas de forma antecipada (24).

Não deve ser confundida vontade de trabalhar com obrigatoriedade. A obrigatoriedade em atender é uma justificativa mais facilmente entendida pelas famílias dos profissionais que a vontade de atender (24). Muitas vezes a vontade de atender é barrada por critérios de qualificação e de capacitação.

É fundamental estabelecer estratégias de treinamento para os profissionais de saúde que ainda não estejam capacitados para atenderem a demanda decorrente da pandemia. Disponibilizar protocolos claros e transparentes de rastreamento e tratamento, garantir que estas diretrizes e protocolos sejam adequadamente seguidos, garantir meios de atualização e incorporação de novas sugestões a estes protocolos e garantir que os profissionais que atendem pacientes possam influenciar na elaboração dos mesmos são características que incrementarão as possibilidades de sucesso do enfrentamento da pandemia (25). Neste conjunto de estratégias é fundamental planejar ações educativas para outros profissionais que lidam com público, tais como os que atuam nas áreas de educação, transportes, segurança, comércio e serviços.

Outros fatores também podem afetar a vontade de trabalhar durante uma pandemia, tais como a priorização do atendimento aos familiares, falta de confiança no próprio sistema de saúde, falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos e sobre as expectativas de seus desempenhos durante a situação de exceção, sentimento de que os empregadores não entendem seriamente as necessidades dos trabalhadores, além do medo de demandas judiciais decorrentes dos atendimentos nestas situações (26). Todos estes fatores puderam ser observados nas nossas instituições brasileiras.

Algumas ações concretas podem ser tomadas no sentido de minorar estes fatores que afetam a vontade de trabalhar. Neste conjunto de ações podem ser incluídos os esclarecimentos claros, adequados e continuados sobre a

própria evolução da pandemia e sobre as normas de biossegurança ao lidar com situações de risco (24).

O risco de exposição dos profissionais não pode ser ilimitado (27). A atuação destes profissionais deve obedecer às rotinas e padrões de biossegurança, não só para o atendimento direto dos pacientes como as decorrentes da manipulação de materiais biológicos para fins assistenciais, de pesquisa, de apoio e de descarte. Em todas estas situações o esclarecimento prévio das normas e o seu cumprimento é essencial, especialmente quando envolvem alunos ou outros profissionais ainda não plenamente capacitados (24).

Em um levantamento de 512 projetos de pesquisa avaliados no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, durante o ano de 2005, cerca de 60% dos projetos de pesquisa envolviam manipulação de materiais biológicos. Com relação ao nível de biossegurança, 4% não puderam ser classificados, 88% foram caracterizados no Nível 1 e outros 8% foram classificados em Nível 2, como seriam os que envolvessem materiais biológicos com possível contaminação por Influenza. O Nível de Biossegurança 2 exige o cumprimento de medidas de segurança adequadas, sob supervisão direta de um profissional experiente. Apenas 3% dos projetos informavam os cuidados com a manipulação dos materiais ou sobre o uso de equipamentos de proteção individual e 9% orientavam sobre os procedimentos de descarte (28).

Outra questão associada, que também deve ser considerada nesta perspectiva, são as situações de saúde pré-existentes dos próprios profissionais de saúde, que podem exigir medidas específicas em nível individual. Um exemplo disto seria a implementação de ações específicas de prevenção para as profissionais gestantes, que ficariam afastadas temporariamente de suas funções, como forma de proteção adicional frente a um potencial risco adicional.

Outros fatores podem ser agregados, como a doença dos próprios profissionais e, em caso de agravamento da situação, de dificuldades de locomoção devido a problemas com a infraestrutura de transportes (26).

Todas estas situações podem resultar em absenteísmo ao trabalho, demandando uma sobrecarga adicional aos demais profissionais que continuam atendendo.

### **OS CRITÉRIOS DE USO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS**

Os recursos físicos de saúde necessários para atender às demandas decorrentes da situação de pandemia de influenza incluem, entre outros, as instalações sanitárias, equipamentos, materiais e medicamentos.

Neste tipo de situação devem ser estabelecidos claramente os critérios de alocação e priorização para o atendimento. É fundamental definir os critérios e padrões para o atendimento domiciliar e hospitalar de pacientes portadores do vírus da influenza, assim como a definição de rotinas para o atendimento de demandas que podem chegar a exaustão dos recursos e das instituições (29).

O critério individual de alocação de recursos deve ser cotejado com o coletivo. No critério individual o benefício para a saúde do paciente com o tratamento ou com a profilaxia para uma pessoa em risco são sempre os considerados. Desde o ponto de vista coletivo ou comunitário, o estabelecimento de medidas para evitar a transmissão para outras pessoas quando ocorrerem casos não tratados ou sem profilaxia é fundamental. Pode ser estabelecida uma estratégia de redução dos danos resultantes destas intervenções. Infelizmente, nem sempre há uma convergência entre os critérios individuais e coletivos.

Outro ponto importante é avaliar o valor potencial na priorização da prevenção, da profilaxia e do tratamento para profissionais de saúde, para profissionais envolvidos no atendimento de primeiros socorros, bombeiros, policiais, funcionários de empresas de fornecimento de água e energia elétrica e de farmácias. Outros funcionários envolvidos em atividades de infraestrutura crítica, tais como transportes e telecomunicações, e de infraestrutura sanitária, tais como lixo e cemitérios, também devem ser incluídos (25).

Os critérios para priorizar o atendimento de pacientes que podem ser utilizados são o de merecimento, de necessidade e de prognóstico. Habitualmente, todos os pacientes que necessitam alguma forma de atendimento no sistema de saúde são atendidos pela sua ordem de chegada, ou seja, em função do merecimento associado ao fato de ter chegado antes que os demais. Outra possibilidade, muito utilizada em serviços de emergência, é a de classificar os pacientes por risco e atender por ordem de gravidade, ou seja, os que têm maior necessidade de saúde são atendidos em primeiro lugar. Quando ocorre uma situação de catástrofe, o critério de gravidade é substituído pelo de salvação, oriundo da triagem utilizada em situações de guerra. Nesta situação, os pacientes com melhor prognóstico são atendidos primeiro (30).

O Plano Suíço para atendimento em situações de uma Pandemia de Influenza, estabelecido em 2006, caracterizou abertamente estas três fases: Fase 1 – Todos que necessitam são atendidos por ordem de chegada; Fase 2 – Tratamento dos pacientes mais graves; Fase 3 – Triagem de guerra e catástrofe – critério de salvação (24).

Devem ser também consideradas as situações de vulnerabilidades específicas que podem estar associadas à priorização do atendimento (31). As estratégias de atendimento devem levar em conta a possibilidade de confronto entre situações envolvendo pacientes graves com outras condições e pacientes com influenza, ambos disputando os mesmos recursos (32).

Dentre os critérios a serem utilizados na alocação de recursos é fundamental estabelecer ações específicas que impeçam ou minimizem a infecção de pacientes com risco de complicações graves, assim como de grupos portadores de necessidades especiais (25).

A não-discriminação com base no sexo, na cor da pele, na religião, na afiliação política, na origem e no status econômico e social é um direito individual e um dever coletivo.

Um ponto fundamental é que os critérios de alocação dos recursos escassos sejam discutidos entre os profissionais de saúde, gestores e com a sociedade como um todo. Os critérios devem atender a pressupostos de adequação técnica e de transparência em suas justificativas éticas (33). Em uma situação que evolui rapidamente e com padrão não plenamente conhecido, é importante que estes critérios tenham a possibilidade de serem revistos em curto período de tempo para garantir a sua adequação.

Outra questão que merece ser discutida em seus aspectos técnicos e éticos é da efetividade dos recursos utilizados. Neste conjunto de atividades inclui-se o controle de eventos adversos decorrentes do uso de medicamentos, o monitoramento dos dados epidemiológicos e da utilização dos próprios recursos físicos alocados. Estes dados permitirão a avaliação da adequação do uso e da alocação destes recursos.

### AS MEDIDAS SOCIAIS RESTRITIVAS

As ações de enfrentamento da pandemia de influenza podem incluir uma série de medidas não farmacológicas. Uma medida muito discutida é a suspensão das atividades de universidades, escolas, creches e outras instituições educacionais (34). O objetivo da suspensão de atividades é reduzir a transmissão da doença entre os alunos, professores e funcionários das escolas, com a consequente redução do número de novos casos e do número cumulativo de mortes. Esta medida, em situações de saturação dos recursos de saúde, como as atualmente vigentes, tem plena justificativa, pois ao reduzir o número de novos casos permite ao sistema de saúde um tempo, ainda que breve, para se recompor, em termos de disponibilidade de leitos, produção e distribuição de medicamentos e ter um prazo para elaborar novas estratégias para alocação de recursos (35). Algumas questões relativas aos custos sociais e econômicos associados à suspensão das ativi-

dades educacionais podem ser levantadas, a principal delas é a do possível absenteísmo decorrente da permanência dos filhos em casa por um período prolongado e não planejado. Esta falta ao trabalho de profissionais, dependendo da sua área de atuação, poderia afetar o funcionamento de serviços essenciais, comprometendo ainda mais a estrutura social necessária nesta situação de excepcionalidade (36).

O estabelecimento de medidas compulsórias de quarentena, de restrição de viagens, seja de passageiros individualmente ou para destinos específicos, também podem ser incluídas neste grupo de ações. Estas medidas restringem a liberdade individual, tendo como base de justificativa o bem coletivo (37,38). Algumas vezes é possível recomendar que a quarentena ou a suspensão de viagens seja feita de forma voluntária, quando o indivíduo se sensibiliza com o risco coletivo e assume a decisão pessoal de proteger as demais pessoas (39).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existem soluções prontas e imediatas para estas questões, que devem ser abordadas através de reflexões sobre como enfrentá-las (40). O importante é manter a prontidão necessária, a agilidade frente ao inesperado e a coerência no conjunto de decisões atuais. No futuro próximo outra questão demandará novas e significativas reflexões, quando for discutida a estratégia para um futuro programa de vacinação para a Influenza A.

As soluções devem ser refletidas com a prontidão necessária, de forma imediata e continuada, levando-se em conta as consequências de cada uma das alternativas que estão sendo planejadas; os referenciais teóricos e as experiências passadas; além das tradições, valores e questões afetivas da população. Só uma abordagem que integre esta complexidade poderá efetivamente auxiliar no processo de tomada de decisão em uma situação tão delicada como a que estamos vivendo.

### REFERÊNCIAS

1. Gostin LO. Medical countermeasures for pandemic influenza: Ethics and the Law. JAMA. [Commentary]. 2006;295(5):554-6.
2. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Revista HCPA. 2006;26:86-92.
3. Torda A. Ethical issues in pandemic planning. Med J Aust. 2006 Nov 20;185(10 Suppl):S73-6.
4. Goldim JR. Bioética Complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Revista AMRIGS. 2009;53:58-63.
5. Platão. A República São Paulo: Nova Cultural; 1999.

6. Aristóteles. *Ética a Nicômacos*. 2 ed. Brasília: EDUNB; 1992.
7. Comte-Sponville A. *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *The Principles of biomedical ethics*. 1 ed. New York: Oxford; 1978.
9. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou; 1970.
10. Ross WD. *The right and the good*. Oxford: Clarendon; 1930.
11. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects* 1978.
12. Brasil. *Constituição da Republica Federativa do Brasil*. Brasília; 1978.
13. UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Journal [serial on the Internet]. 2005.
14. Souza RT, Goldim JR. Ethics, Genetics and Pediatrics. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(4 Supl):2-7.
15. Souza RT. *Razões Plurais*. Porto Alegre: EDIPU-CRS; 2004.
16. Reyna VF. A theory of medical decision making and health: fuzzy trace theory. *Med Decis Making*. 2008;28(6):850-65.
17. Ellsberg D. Risk, ambiguity and the Savage axioms. *Q J Econ*. 1961;75:643-69.
18. May T. Public communication, risk perception, and the viability of preventive vaccination against communicable diseases. *Bioethics*. 2005 Aug;19(4):407-21.
19. Jonas H. *Ética, Medicina e Técnica*. Lisboa: Vega; 1994.
20. Brasil. *Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza 3ed*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Ehrenstein BP, Hanses F, Salzberger B. Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? A survey of hospital employees. *BMC Public Health*. 2006;6:311.
22. Barr HL, Macfarlane JT, Macgregor O, Foxwell R, Buswell V, Lim WS. Ethical planning for an influenza pandemic. *Clin Med*. 2008 Feb;8(1):49-52.
23. Draper H, Wilson S, Ives J, Gratus C, Greenfield S, Parry J, et al. Healthcare workers' attitudes towards working during pandemic influenza: a multi method study. *BMC Public Health*. 2008;8:192.
24. Pelaseyed S. Eleventh Futures Forum: on the ethical governance of pandemic influenza preparedness. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
25. WHO. *Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza*. Geneva: WHO; 2007.
26. Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2009;9:56.
27. Simonds AK, Sokol DK. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. *Eur Respir J*. 2009 Aug;34(2):303-9.
28. Trindade DM. *Biossegurança na pesquisa clínica: exposição a material biológico no ambiente de pesquisa*. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: PPG em Medicina: Ciências em Gastroenterologia/UFRGS; 2008.
29. Lin JY, Anderson-Shaw L. Rationing of resources: ethical issues in disasters and epidemic situations. *Prehosp Disaster Med*. 2009;24(3):215-21.
30. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009; 20;150(2):132-8.
31. CDC. *Recommendations-on-H1N1-swine-influenza-vaccination-in-the-fall*. Baltimore CDC; 2009 [updated 2009; cited 2009 30 jul 2009]; recommendation]. Available from: <http://www.examiner.com/x-13791-Baltimore-Disease-Prevention-Examiner~y2009m7d29-Recommendations-on-H1N1-swine-influenza-vaccination-in-the-fall>.
32. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *Cmaj*. 2006;175(11):1377-81.
33. Hick JL, O'Laughlin DT. Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Acad Emerg Med*. 2006;13(2):223-9.
34. Berkman BE. Mitigating pandemic influenza: the ethics of implementing a school closure policy. *J Public Health Manag Pract*. 2008;14(4):372-8.
35. Markel H, Stern AM, Cetron MS, Theodore E. Woodward award: non-pharmaceutical interventions employed by major American cities during the 1918-19 influenza pandemic. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2008;119:129-38; discussion 38-42.
36. Cauchemez S, Ferguson NM, Wachtel C, Tegnell A, Saour G, Duncan B, et al. Closure of schools during an influenza pandemic. *Lancet Infect Dis*. 2009;9(8):473-81.
37. Cetron M, Landwirth J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale J Biol Med*. 2005;78(5):329-34.
38. Lo B, Katz MH. Clinical decision making during public health emergencies: ethical considerations. *Ann Intern Med*. 2005 Oct 4;143(7):493-8.
39. Oxford JS, Gelder C, Lambkin R. Would you volunteer to be quarantined and infected with influenza virus? *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2005;3(1):1-2.
40. Selgelid MJ. Pandethics. *Public Health*. 2009;123(3):255-9.

Recebido: 19/08/2009

Aceito: 01/09/2009