

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
Escola de Direito, Turismo e Museologia
Departamento de Direito

Victor Augusto Ferreira Cotta

**A ESCASSEZ DE RECURSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: a atuação
do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina e as
pessoas com deficiência**

Ouro Preto
2021

Victor Augusto Ferreira Cotta

A ESCASSEZ DE RECURSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: a atuação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina e as pessoas com deficiência

Monografia apresentada ao curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Iara Antunes de Souza

Coorientador: Mestrando Washington Luiz Ferreira Dias Lopes

Ouro Preto

2021



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DIREITO



FOLHA DE APROVAÇÃO

Victor Augusto Ferreira Cotta

**A ESCASSEZ DE RECURSOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19:
a atuação do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina e as pessoas com deficiência**

Monografia apresentada ao Curso de Direitoda Universidade Federal
de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito

Aprovada em 25 de novembro de 2021.

Membros da banca

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Prof. Mestrando Washington Luiz Ferreira Dias Lopes - Coorientador (Universidade Federal de Ouro Preto)
Profa. Dra. Beatriz Schettini - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Profa. Mestranda Eloá Leão Monteiro de Barros - (Universidade Federal de Ouro Preto)

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 03/12/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Iara Antunes de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 03/12/2021, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0253584** e o código CRC **97F0BA3A**.

RESUMO

Busca-se levantar as normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina acerca da alocação de recursos em esgotamento – leitos de Unidades de Terapia Intensiva, ventiladores mecânicos e oxigênio medicinal – no contexto da pandemia da COVID-19 e identificar eventual discriminação, em especial contra as pessoas com deficiência na adoção de um ou outro critério de triagem e alocação. Dedicar-se a investigar o arcabouço normativo que tutela o Direito das Pessoas com Deficiência no ordenamento pátrio; e a conhecer a origem, a organização e as funções dos Conselhos de Medicina. Pretende argumentar a insuficiência da normatização anterior à pandemia pelos Conselhos; e acerca da competência e do dever do CFM e dos CRMs de normatizar sobre alocação de recursos no contexto da pandemia da COVID-19. Para a consecução desses objetivos, foi realizada pesquisa nas vertentes jurídico-dogmática e jurídico-descritiva, se valendo de raciocínio hipotético-dedutivo, em análise interdisciplinar e multidisciplinar. Os resultados permitiram identificar ampla omissão dos Conselhos de Medicina em normatizar regras de alocação de recursos em esgotamento, sendo localizadas apenas três normas específicas, mas insuficientes para que não se incorra em discriminação em razão da deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Direito das Pessoas com Deficiência. Alocação de Recursos em Esgotamento. Pandemia da COVID-19. Conselho Federal de Medicina.

ABSTRACT

The aim is to survey the rules issued by the Federal Council of Medicine and the Regional Councils of Medicine regarding the allocation of resources in depletion - ICU beds, mechanical ventilators and medical oxygen - in the context of the COVID-19 pandemic; and identify any possible discrimination against persons with disabilities in adopting one or another screening or allocation criteria. It dedicates to investigating the normative framework that protects the Rights of Persons with Disabilities in the national system; and to acknowledge the origin, organization and functions of the Medical Councils. It intends to argue the insufficiency of pre-pandemic regulation by the Councils; and about the competence and duty of the Councils to regulate the allocation of resources in the context of the COVID-19 pandemic. To achieve these objectives, research was carried out in the legal-dogmatic and legal-descriptive aspects, using hypothetical-deductive reasoning, in an interdisciplinary and multidisciplinary analysis. The results allowed the identification of a wide omission of the Medical Councils in standardizing rules for the allocation of resources in depletion, being located only three specific rules, yet insufficient to prevent discrimination defined by disability.

KEYWORDS: Rights of Persons with Disabilities. Resource Allocation in Depletion. COVID-19 pandemic. Federal Council of Medicine.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: o direito à saúde e a não-discriminação em razão da deficiência	7
2.2 Igualdade e não-discriminação em razão da deficiência	9
2.3 Do direito da pessoa com deficiência à saúde	13
3 SOBRE O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E OS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA: origem, organização e funções	16
4 SOBRE A ALOCAÇÃO DE RECURSOS MÉDICOS EM ESGOTAMENTO E A COVID-19	23
4.1 Princípios fundamentais para a triagem de pacientes em contexto de pandemia	25
4.2 A Resolução CFM n.º 2.156/2016 e outros critérios de alocação de recursos escassos	28
4.2.1 <i>Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)</i>	30
4.2.2 <i>Quality Adjusted Life Years (QALY)</i>	31
4.2.3 <i>Índice de Comorbidades de Charlson (ICC)</i>	33
4.2.4 <i>Clinical Frailty Score (CFS)</i>	34
4.2.5 <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>	35
4.2.6 <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS)</i>	36
4.3 Breves observações sobre cuidados paliativos	37
4.4 Considerações parciais	39
5 DAS NORMAS EMANADAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E PELOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA	40
5.1 Recomendação CREMERJ n.º 5/2020	46
5.2 A Recomendação CREMEPE n.º 5/2020	47
5.3 O Parecer CRM-PI n.º 3/2020	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, causada por um novo tipo de coronavírus, Sars-Cov-19, revelou-se grande desafio global em várias vertentes. No Brasil, não é diferente. Na economia, discute-se o dilema da necessidade de fechamento do comércio em face do perigo de contágio e do empobrecimento de famílias que dependem do trabalho para perceber o sustento mensal, dando azo, por exemplo, a medidas de manutenção de emprego e de auxílio de renda. Na educação, debatem-se os prejuízos de longo prazo, educacionais e psicológicos, que serão percebidos pelas crianças e pelos jovens que se veem forçados a praticar o aprendizado à distância. Mas, é na saúde que os desafios mais imediatos são percebidos.

O drama do enfrentamento da pandemia na linha de frente dos hospitais (MACHADO; BARIFOUSE, 2020) é amplificado diante da escassez de recursos, em especial leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (SANTANA, 2020), ventiladores mecânicos e reservas de oxigênio medicinal, como a enfrentada no Estado do Amazonas (REDE AMAZÔNICA, 2021). Com o avanço da pandemia e o esgotamento desses recursos, podem os profissionais da saúde se deparar com escolhas bioéticas, morais: diante da escassez, quais pacientes serão priorizados no uso desses recursos? Quais critérios devem ser adotados para que não se incorra em injustiça ou discriminação? Teme-se que, na ausência de critérios objetivos de triagem e alocação, surja espaço para as escolhas subjetivas dos profissionais da saúde da linha de frente, já sobrecarregados pelo estresse do dia a dia (SATOMI; *et al.*, 2020). Escolhas estas que, na falta de balizadores, podem potencialmente se basear em vieses e preconceitos, de modo a redundar em discriminação.

De fato, de pesquisa prévia, fruto de iniciação científica fomentada pelo Edital PIBIC/CNPq/UFOP – 2020/2021, que se pautou no levantamento das normas referentes ao acolhimento das pessoas com deficiência no Brasil, na Itália e na Espanha durante a pandemia, verificou-se a atuação deficitária do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), na medida em que temas sensíveis ao contexto pandêmico, como posicionamento sobre a ineficácia do chamado tratamento precoce; orientações claras sobre a alocação de recursos escassos, como respiradores e leitos de UTI; e, especialmente, orientações que

versem sobre pessoas com deficiência foram, quando muito, esparsamente regulamentados.

Não bastasse isso, identificou-se, de passagem, que critérios comumente usados na alocação de recursos – principalmente leitos de UTI, como o *Clinical Frailty Score*¹ (CFS) e o *Quality Adjusted Life Years*² (QALY) são potencialmente discriminatórios contra pessoas com deficiência (PcD) (KLEINMAN, 2020) (MARLMELSTEIN, MOROZOWSKI, 2020).

A respeito das PcD, é sabido que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, conhecida como Carta de Nova Iorque, foi incluída no ordenamento jurídico brasileiro com força de norma constitucional (SOUZA, 2016, p.29); e foi seguida da promulgação da Lei n.º 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esse avanço legislativo inaugurou verdadeiro microsistema jurídico (SOUZA, 2016, p.29), que veda, em especial, a discriminação, e faz disposições relevantes acerca do direito à saúde das pessoas com deficiência.

Com base nesses precedentes é que se alcançou o problema investigado por este trabalho. Isso é, perquiriu-se se o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina adotaram medidas adequadas para orientar a categoria profissional médica acerca da alocação de recursos escassos no contexto da pandemia de COVID-19 de forma a não incorrer em discriminação, em especial contra as pessoas com deficiência (PcD).

Para a investigação do problema posto, adotou-se como referencial teórico os estudos acerca dos direitos da pessoa com deficiência a partir da autora Dra. Iara Antunes de Souza (2016); bem como o arcabouço principiológico da Convenção Internacional sobre os Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Foi estabelecida, como hipótese, em especial diante dos frutos de pesquisa prévia em que se verificou a atuação deficitária do CFM e dos CRMs, que os Conselhos de Medicina deixaram de normatizar, ou normatizaram de forma insuficiente, matéria atinente à alocação de recursos escassos – leitos de UTI, respiradores e oxigênio medicinal - no contexto da pandemia, incorrendo,

¹ Índice Clínico de Fragilidade, em tradução livre

² Tempo de Vida (Salvo) Ajustado pela Qualidade, em tradução livre.

potencialmente, em discriminação contra a pessoa com deficiência, nos termos do arcabouço normativo pátrio.

A pesquisa realizada é qualitativa na medida em que pretende aferir a presença ou não na normatização eventualmente produzida pelo Conselho Federal e pelos Conselhos Regionais de Medicina; interdisciplinar porque dialoga com conhecimento das ciências médicas; e multidisciplinar, porque afeta à Bioética e ao Biodireito. Também, obedeceu a vertente jurídico-dogmática, já que partiu do ordenamento jurídico, em especial no que toca a conceituação de discriminação dada pela Carta de Nova Iorque (BRASIL, 2009), para verificar se a normatização dos Conselhos de Medicina incorreu na discriminação nos termos da Convenção. Destaque-se que essa vertente não se pretende metodologicamente autossuficiente, eis que “não deve estar voltada para o interior do ordenamento e ali enclausurada” (GUSTIN; DIAS; NICÁCIO, 2020).

Ainda, a pesquisa é do tipo jurídico-diagnóstico (GUSTIN; DIAS; NICÁCIO, 2020), porque pretendeu descrever o sentido das medidas tomadas pelos Conselhos de Medicina e eventual incorrimento em discriminação em face das pessoas com deficiência. Ademais, adota raciocínio hipotético-dedutivo (GUSTIN; DIAS; NICÁCIO, 2020), tendo em vista que essa análise teórica busca identificar se houve discriminação no tratamento destinado às pessoas com deficiência quando da alocação de recursos escassos pelos Conselhos de Medicina durante a pandemia de COVID-19.

No Capítulo 2 foi estudado o arcabouço normativo pátrio acerca dos direitos das pessoas com deficiência, em especial no que toca a não discriminação em razão da deficiência; e o Capítulo 3 investigou o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina acerca de suas competências e funções.

Estabelecidas as premissas por estes capítulos, o Capítulo 4 tratou de argumentar acerca da competência dos Conselhos de Medicina para normatizar acerca de alocação de recursos e da especial relevância do tema em contexto de pandemia; estudou a Resolução Normativa emanada pelo CFM acerca do tema; e expôs outros critérios, complementares ou substitutivos, objetivos ou subjetivos, comumente usados para que se faça a triagem de pacientes para alocação de recursos em esgotamento, aqui entendidos principalmente os leitos de cuidado intensivo.

O derradeiro Capítulo 5 cuidou de investigar o material efetivamente emanado pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados da federação e do Distrito Federal acerca da alocação de recursos em contexto de pandemia; e de verificar se as eventuais normas localizadas incorrem em discriminação em razão da deficiência.

Enfim, cumpre justificar a relevância deste trabalho. Isso é, trata-se de pesquisa que investiga as insuficiências dos Conselhos de Medicina em suas atuações no enfrentamento da pandemia da COVID-19 acerca de tema considerado nevrálgico, bem como verifica se eventuais normas respeitam os direitos das pessoas com deficiência, parcela da população especialmente afetada pela pandemia, em razão da sobreposição de novas barreiras sobre aquelas já tipicamente enfrentadas por essas pessoas. Nesse sentido, não se trata de estéril levantamento de normas, mas pesquisa que busca revelar a grave realidade subjacente ao escrito (e não escrito) na produção normativa dos Conselhos de Medicina. Além disso, abre espaço para questionamentos que dizem amplo respeito aos interesses da coletividade. Talvez o principal deles é o mais óbvio: se não normatizaram tema central ao enfrentamento da pandemia, o que estavam fazendo os Conselhos de Medicina?

2 DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: o direito à saúde e a não-discriminação em razão da deficiência

Os Direitos das Pessoas com Deficiência passaram a ser tutelados por um “microssistema jurídico de proteção e promoção” (SOUZA, 2016, p. 29) no ordenamento jurídico brasileiro com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), nome pelo qual foi batizada a Lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015 (BRASIL, 2015), também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (LBI).

O Estatuto é conquista e esforço de efetivação do que foi avençado na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência – Carta de Nova Iorque (SOUZA, 2016), e de seu Protocolo Facultativo³, dos quais o Brasil é signatário. A Convenção, elaborada a partir de cinco anos de trabalho, foi aberta à assinatura dos países em março de 2007, sucedida pela aprovação pelo poder legislativo no Decreto Legislativo n.º 186/2008 (BRASIL, 2008) e incorporada formalmente ao ordenamento pátrio pela publicação do Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). Merece destaque que foi respeitado o rito do §3º do art. 5º⁴ da Constituição da República para a aprovação da Carta, o que implica dizer que “a dita convenção tem *status* de norma constitucional” (SOUZA, 2016, p. 30).

A Carta de Nova Iorque trouxe importantes inovações ao direito brasileiro, a iniciar no próprio conceito de deficiência, que se afastou de vez do modelo médico⁵, reducionista, que atrela a deficiência a patologia (HOSNI, 2018, p.36) para se

³ O Protocolo Facultativo traz dois importantes mecanismos de monitoramento: sistema de petições individuais e visitas in loco. De forma geral, o país que ratifica a Convenção e o seu Protocolo pode ser monitorado simultaneamente por todos os mecanismos previstos nos dois instrumentos, colocando o sistema global de proteção de direitos humanos à disposição dos países, como uma instância adicional e recursal. (LEITE, 2019, p.41).

⁴ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) §3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais (BRASIL, 1988).

⁵ Em geral, esse modelo traz como ponto central o conceito de patologia, do qual decorrem disfunções ou perdas estruturais no corpo que levam à deficiência (entendida de diversas formas, seja como incapacidade, desvantagem, discriminação, impossibilidade de executar papéis sociais, entre outras acepções). Essa compreensão médica, centrada no indivíduo, acaba por orientar uma abordagem também médica para se encontrar a solução destas incapacidades e/ou desvantagens. Assim a deficiência, nesse conceito, é objeto de intervenção médica, devendo ser curada para que a pessoa com deficiência não seja mais vítima de preconceito e possa se inserir adequadamente na sociedade. O ambiente, nessa abordagem, é tido como um dado ao qual as pessoas devem se adaptar (HOSNI, 2018, p.39).

aproximar do modelo biopsicossocial⁶, complexo e não taxativo (HOSNI, 2018, p.36). O Estatuto, por sua vez, “tem força para efetivamente revolucionar a proteção jurídica da pessoa com deficiência em nosso país “(LEITE, 2019, p.69). Isso porque, embora:

[...] não tenha introduzido novos conceitos ou sistemática que não estivesse contemplada na CDDPD, apresenta dois méritos inegáveis: a) consolidar boa parte da legislação atinente à matéria em um único diploma legal, facilitando a sua compreensão e aplicação pelos operadores do Direito; b) sedimentar, na esfera da legislação ordinária, o modelo social de deficiência (LEITE, 2019, p.70).

A definição, a nível de legislação ordinária, do que seja deficiência, está estampada no art. 2^o do EPD:

Art. 2^o Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A nova conceituação não mais permite que se recaia exclusivamente sobre a pessoa – como era no modelo médico – a deficiência. Isso é, não se olvida a existência de condições de saúde ou a menos valia de função ou estrutura do corpo, mas, apenas diante da interação – em causalidade recíproca (HOSNI, 2018) - desses impedimentos com barreiras interpostas pela sociedade, sejam físicas, atitudinais ou tecnológicas⁸, é que se entende restar configurada a deficiência. Ou, de outra forma,

⁶ O modelo biopsicossocial é baseado no conceito de deficiência da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que propõe a “integração médica e social da deficiência, gerando modelo aberto e interacionista [...]. A análise dessa interação é feita a partir de cinco elementos que compõem a estrutura complexa do conceito de deficiência da CIF, na qual as relações de causalidade são recíprocas e não possuem ponto de início ou de fim (HOSNI, 2018, p.48). Os cinco elementos da CIF aproximam-se dos quatro arrolados no art. 2^o, §1^o da Lei n.º 13.146/2015 (BRASIL, 2015), quais sejam I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e IV - a restrição de participação.

⁷ O art. 2^o do EPD repete quase literalmente a segunda parte do art. 1^o do Dec. n.º 6.949/2009, que incorporou a Carta de Nova Iorque. Cite-se: Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

⁸ Art. 3^o Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se: [...] IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em: a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo; b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados; c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes; d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio

na ausência de barreiras, a dita deficiência deixa de ser problema, só podendo ser vista como manifestação da diversidade humana (LEITE, 2019, p. 48). Cabe breve digressão acerca disso. Para Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia (2014), a diversidade trata-se de dimensão do direito fundamental à igualdade. Isso é, clássica evolução da igualdade formal – isonomia – à igualdade material – equidade, que deve ser superada por “igualdade que reconhece diferenças” (BAHIA, 2014, p. 80). E vai além: entende que apenas “diferenças” não bastam, já que conotam ponto de referência, a normalidade, “a partir da qual o ‘outro’ é reconhecido” (BAHIA, 2014, p. 80). A partir dessa premissa é que reconhecer as deficiências é tutelar pelo livre exercício da diversidade.

Outras novidades⁹ importantes trazidas pelo Estatuto são a revisão do instituto das (in)capacidades¹⁰; a alteração no instituto da curatela; e a criação do instituto da Tomada de Decisão Apoiada.

Para o que almeja esse trabalho, no entanto, dois outros direitos das pessoas com deficiência merecem especial atenção: longe de serem inovação, a não-discriminação em razão da deficiência e o direito à saúde sequer demandariam regulamentação específica se os ditames constitucionais não encontrassem freios diante de uma sociedade capacitista¹¹. O que se segue é breve estudo acerca desses temas.

2.2 Igualdade e não-discriminação em razão da deficiência

O art. 3º da Constituição da República traz lugar célebre à não-discriminação, eis que é objetivo fundamental da República “promover o bem de todos, sem

de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação; e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas; f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias [...] (BRASIL, 2015).

⁹ Para compreensão das modificações trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência nos institutos acima listados, recomenda-se a leitura de SOUZA, Iara Antunes de. Estatuto da Pessoa com Deficiência: curatela e saúde mental. 1. ed. Belo Horizonte: D'Plácido Editora, 2016. v. 1. 464p.

¹⁰ Aqui, filia-se à posição de que se trata de “teoria das capacidades”, já que “A capacidade é a regra, e sempre foi, e agora não há como defender posição diferente diante do exposto no artigo 6º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, nem mesmo diante da presença de uma deficiência diagnosticada por uma equipe multidisciplinar” (SOUZA, 2016, p. 279). Nesse sentido o instituto descreve a regra e tutela as suas exceções.

¹¹ O capacitismo é “[...] uma rede de crenças, processos e práticas que produz um tipo particular de compreensão de si e do corpo (padrão corporal), projetando um padrão típico da espécie e, portanto, essencial e totalmente humano. A deficiência, portanto, é um estado diminuído do ser humano” (CAMPBELL, 2001, p.44).

preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988). Decerto, deve ser reconhecida a não discriminação em razão da deficiência como abrangida pelo dispositivo, já que “logicamente, o rol dos objetivos do art. 3º “não é taxativo, tratando-se somente da previsão de algumas finalidades primordiais a serem perseguidas pela República Federativa do Brasil (MORAES, 2021).

A Carta de Nova Iorque, de seu turno, reforça a incompatibilidade da discriminação com a dignidade da pessoa com deficiência. Nesse sentido o item “h” do preâmbulo reconhece “que a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano” (BRASIL, 2009). Nessas balizas, a Convenção conceitua discriminação em razão de deficiência como:

Artigo 2

Definições

Para os propósitos da presente Convenção:

[...]

“Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

[...] (BRASIL, 2009).

Acerca do tema, merece destaque, também, o art. 5º da Carta de Nova Iorque:

Artigo 5

Igualdade e não-discriminação

1. Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e sob a lei e que fazem jus, sem qualquer discriminação, a igual proteção e igual benefício da lei.

2. Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.

3. A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.

4. Nos termos da presente Convenção, as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias (BRASIL, 2009 – grifo nosso).

Isso é, diante do que normatiza a Convenção, deve-se repudiar qualquer forma de discriminação negativa¹², que relegue a pessoa com deficiência à posição de inferioridade ou que a impeça de exercer sua esfera de autonomia em igualdade de condições. Para o alcance deste trabalho, deve-se destacar que a discriminação em face das pessoas com deficiência, no que toca à sua saúde, deve ser especialmente enfrentada, como será discutido na seção 2.2, que se segue. Também, será estudada a potencial discriminação contra pessoas com deficiência por alguns critérios de alocação de recursos em esgotamento no capítulo 3.

Antes disso, contudo, deve-se registrar a importante atuação do Estatuto da Pessoa com Deficiência no que toca a não-discriminação. Em primeiro lugar, o Estatuto, tal qual a Carta de Nova Iorque, evidencia conceito do que seja discriminação em razão da deficiência:

Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.
§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.
[...] (BRASIL, 2015).

A definição, bem próxima da adotada pela Convenção, merece destaque em um aspecto. Isso porque deixa expresso que discriminação não se perfaz apenas na ação, mas também pela omissão. É dizer que deixar de atuar na mitigação de discriminação é equiparável à ação discriminatória. Tal constatação permite concluir, se comprovada a hipótese deste trabalho – qual seja, a omissão dos Conselhos de Medicina na regulamentação de alocação de recursos em esgotamento – que a conduta das ditas autarquias é apta implicar em discriminação.

¹² “Existem formas de discriminação positivas que consistem em fazer mais por aqueles que têm menos. O princípio destas práticas não é contestável na medida em que se trata de desdobrar esforços suplementares em favor de populações carentes de recursos a fim de integrá-las ao regime comum e ajudá-las a reencontrar este regime. Mas a discriminação negativa não consiste somente em dar mais àqueles que têm menos; ela, ao contrário, marca seu portador com um defeito quase indelével. Ser discriminado negativamente significa ser associado a um destino embasado numa característica que não se escolhe, mas que os outros no-la (sic) devolvem como uma espécie de estigma. A discriminação negativa é a instrumentalização da alteridade, constituída em favor da exclusão” (CASTEL, 2008, p. 13-14).

É de se perceber que todo o ímpeto de legislar contra a discriminação é forma ativa de se assegurar o princípio da igualdade. Esse princípio, estampado já no caput do art. 5^o¹³ da Constituição da República de 1988 “está espalhado por todo o corpo constitucional” (PADILHA, 2019) e alcança mesmo todo o ordenamento jurídico; e em especial o Estatuto da Pessoa com Deficiência, já que “o direito à igualdade não está restrito às previsões do art. 4^o a 8^o da Lei n.º 13.146/2015. De forma explícita, como no art. 1^o, ou implícita, este é valor que perpassa a norma (LEITE, 2019, p.71)”.

Como fechamento da exposição acerca do tratamento ofertado a este tema pelo Estatuto, não se pode deixar de registrar que o legislador da Lei n.º 13.146/2015 entendeu por bem elaborar tipo penal específico no art. 88 para o crime de discriminação em razão da deficiência, punível com reclusão de três anos e multa:

Art. 88. Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

§ 1^o Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se a vítima encontrar-se sob cuidado e responsabilidade do agente.

§ 2^o Se qualquer dos crimes previstos no caput deste artigo é cometido por intermédio de meios de comunicação social ou de publicação de qualquer natureza: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

§ 3^o Na hipótese do § 2^o deste artigo, o juiz poderá determinar, ouvido o Ministério Público ou a pedido deste, ainda antes do inquérito policial, sob pena de desobediência:

I - Recolhimento ou busca e apreensão dos exemplares do material discriminatório;

II - Interdição das respectivas mensagens ou páginas de informação na internet.

§ 4^o Na hipótese do § 2^o deste artigo, constitui efeito da condenação, após o trânsito em julgado da decisão, a destruição do material apreendido (BRASIL, 2015).

O dispositivo, que leva à *ultima ratio*¹⁴ a prática de discriminação, “tem como objetividade jurídica a tutela dos direitos fundamentais da pessoa com deficiência (FARIAS; CUNHA; PINTO, 2016, p. 253). Isso porque:

O objetivo anunciado está umbilicalmente relacionado com a proteção e promoção da dignidade da pessoa humana e ao respeito às diferenças, como exigência do pluralismo. Dentre os mecanismos de política afirmativa trazidos pela Lei n.º 13.146/15, a punição criminal tem o escopo de evitar que

¹³ Art. 5^o Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

¹⁴ Para estudo aprofundado do tipo penal, recomenda-se a leitura de: FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo**. 2^a. Ver, ampl. e atual. Salvador, PE: Juspodivum, 2016. 416 p.

indivíduos que sofrem limitações físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais sejam submetidos ao constrangimento em virtude dessa condição (FARIAS; CUNHA; PINTO, 2016, p. 253).

Apresentado o arcabouço normativo no que toca a discriminação em razão da deficiência, imperioso dar continuidade ao estudo partindo à análise do direito à saúde.

2.3 Do direito da pessoa com deficiência à saúde

A saúde é direito social, previsto nos arts. 6^o¹⁵, 196 e seguintes da Constituição da República de 1988. Este determina que:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A previsão constitucional se pretende universal e igualitária (MORAES, 2021, p. 949), portanto, como já dito, deveria ser apta a tutelar o direito à saúde das pessoas com deficiência, independentemente de norma outra que a complementasse. De toda forma, a Carta de Nova Iorque, quando recepcionada no ordenamento pátrio, trouxe previsões expressas sobre a tutela deste direito. O art. 25 do Decreto n.º 6.949/2009, merece destaque:

Artigo 25

Saúde

Os Estados Partes reconhecem que as **pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência**. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

[...]

d) **Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas** e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, **os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos,**

¹⁵ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência;

[...]

f) **Prevenirão que se negue, de maneira discriminatória, os serviços de saúde ou de atenção à saúde** ou a administração de alimentos sólidos ou líquidos por motivo de deficiência (BRASIL, 2009 – grifo nosso).

Para o escopo deste trabalho, importante destacar que a efetiva tutela do direito à saúde da pessoa com deficiência está *indissociavelmente ligada ao enfrentamento da discriminação em razão da deficiência*. Isso é, deficiência alguma pode ser critério para preterir a pessoa dos cuidados médicos que teria outra pessoa, em igualdade de condições. É nesse ímpeto que a Convenção estabeleceu o dever de os profissionais de saúde dispensarem a mesma qualidade de serviço de saúde ofertada às demais pessoas e se previna a discriminação na oferta de serviços de saúde. Disso, pode-se inferir que eventual norma dos Conselhos de Medicina que adote critério de alocação de recursos potencialmente discriminatórios em face das pessoas com deficiência, como os que serão discutidos nos itens 4.2.2, 4.2.4, 4.2.5 e 4.2.6, são capazes de incorrer em violação de norma com *status* de constituição (SOUZA, 2016).

Também cabe análise das disposições do Estatuto da Pessoa com Deficiência acerca do tema. O EPD reafirma a disposição constitucional, na medida em que o art. 18 assegura “a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido acesso universal e igualitário” (BRASIL, 2015). A disposição de atenção integral à saúde indica o reconhecimento do conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definição esta que aponta para o biopsicossocial, e permite pensar a pessoa “não pela sua morbidade, mas pela sua funcionalidade” (LEITE, 2019, p.159). Os dois primeiros parágrafos do dispositivo vão além:

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

“§2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia (BRASIL, 2015 – grifo nosso).

O parágrafo primeiro é a cristalização legal do lema “do movimento social da pessoa com deficiência: ‘nada sobre nós, sem nós’” (LEITE, 2019, p.164). É afirmar

que as políticas públicas de saúde direcionadas às pessoas com deficiência, ou que as afetem de qualquer maneira, devem ser, primeiro, submetidas à sua participação.

É no pouco explorado segundo parágrafo dessa norma que repousa a importância de Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina atuantes, consoante o que será estudado no capítulo 3, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos. Isso é, entende-se que o mandamento legal exige que a atuação de profissionais de saúde seja regulamentada por normas éticas e técnicas precisamente com o fito de afastar a subjetividade de alguns profissionais da saúde do ônus de decisão acerca da saúde de pessoas com deficiência, a fim de se evitar discriminação injustificada, com a potencial violação do direito à saúde. Portanto, é de se concluir que eventual omissão dos Conselhos de Medicina – como sustenta a hipótese deste trabalho - na regulamentação de normas técnicas e éticas também se trata de afronta à legislação federal. É o que se pretende investigar nos capítulos que se sucedem.

3 SOBRE O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E OS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA: origem, organização e funções

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina foram instituídos pelo Decreto Lei n.º 7.955, de 15 de setembro de 1945 (BRASIL, 1945) e assumiram a natureza jurídica de autarquias pela entrada em vigor da Lei n.º 3.298, de 30 setembro de 1957 (BRASIL, 1957), que revogou o Decreto Lei anterior. Os Conselhos são “[...] os órgãos supervisores da ética profissional em toda (sic) a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica¹⁶ [...]” (BRASIL, 1957). Da mesma forma, no sítio eletrônico do CFM, é dito que os Conselhos foram fundados para lidar “[...] com uma necessidade perceptível: fiscalizar e normatizar a prática médica no Brasil” (CFM, 2021a); e, ainda têm “compromisso de defender a boa prática médica e, ao mesmo tempo, garantir a defesa da saúde da sociedade, adotando uma política de saúde digna e competente” (CFM, 2021a).

Para alcançar o objetivo legal, o CFM e os CRMs se organizam nos termos do art. 3º da Lei que os instituiu, de forma que:

Art. 3º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal (BRASIL, 1957).

Os artigos subsequentes da Lei n.º 3.298/1957 tratam de estabelecer a composição dos Conselhos¹⁷. Pela regra do art. 4º, o Conselho Federal de Medicina será composto de vinte e oito conselheiros: um de cada Estado da federação; um representante do Distrito Federal; e um representante indicado pela Associação Médica Brasileira. Já os Conselhos Regionais têm regras diferentes a ver a quantidade de médicos inscritos no Conselho daquele Estado. Nesse sentido, o art. 12 determina que:

¹⁶ Art. 2º da Lei n.º 3.298/1955: O conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

¹⁷ A forma de organização dos Conselhos de Medicina é complementada por seus regimentos internos. No caso do CFM, o Regimento Interno é o conteúdo da Resolução CFM n.º 1.998/2012a.

Art . 12. Os Conselhos Regionais serão instalados em cada capital de Estado na de Território e no Distrito Federal, onde terão sua sede, sendo compostos de 5 (cinco) membros, quando o Conselho tiver até 50 (cinquenta) médicos inscritos, de 10 (dez), até 150 (cento e cinquenta) médicos inscritos, de 15 (quinze), até 300 (trezentos) inscritos, e, finalmente, de 21 (vinte e um), quando excedido êsse (sic) número.

Como já dito acima, o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são autarquias, que, para Maria Sylvia Zanella di Pietro (2021, p.567), podem ser definidas como “pessoas jurídicas de direito público, criadas por lei, com capacidade de autoadministração, para o desempenho de serviço público descentralizado, mediante controle administrativo exercido nos limites da lei”.

Tal definição importa algumas consequências. Por exemplo, exige-se a admissão de servidores por concurso público (art. 37, incisos II e V, CR); a contratação respeitada a legislação atinente à licitação e contratos públicos (art. 37, XXI, CR); e o dever de prestarem contas aos órgãos de controle (art. 70 e 71, CR) (FERNANDES, 2012).

Para o que interessa este trabalho, uma outra consequência é especialmente relevante, já que as autarquias tem:

[...] praticamente as mesmas prerrogativas e sujeições da Administração Direta; o seu regime jurídico pouco difere do estabelecido para esta, aparecendo, perante terceiros, como a própria Administração Pública; difere da União, Estados e Municípios – pessoas públicas políticas – por não ter capacidade política, ou seja, o poder de criar o próprio direito; é pessoa pública administrativa, porque tem apenas o poder de autoadministração, nos limites estabelecidos em lei (DI PIETRO, 2021);

Dito de outra forma, não se atribui às autarquias, pessoas jurídicas públicas que compõem a administração indireta, a natureza de pessoa pública política, mas somente de pessoa pública administrativa. Tal distinção implica dizer que os Conselhos de Medicina não podem legislar (PITELLI, 2002). Nesse sentido, não é razoável atribuir status de legislação à normatização produzida pelo CFM e pelos CRMs. Não obstante isso, os Conselhos de Medicina exercem típica função normativa (PITELLI, 2002), a eles atribuída pela Lei n.º 3.298/1957, que dispõe, no art. 2º, entre suas funções, o de disciplinar a classe médica. Os artigos 5º e 15 também estabelecem as atribuições do CFM e dos CRMs:

Art. 5º São atribuições do Conselho Federal:
a) organizar o seu regimento interno;

- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
 - c) eleger o presidente(sic) e o secretário geral do Conselho;
 - d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;**
 - e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal(sic), e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
 - f) propor ao Governo(sic) Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
 - g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
 - h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimí-las(sic);
 - i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre(sic) admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre(sic) penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.
 - j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e
 - l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.
 - l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais
- [...]

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre (sic) a inscrição (sic) e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;
- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;**
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;**
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal (sic);
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre (sic) providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão (BRASIL, 1957 – grifo nosso).

O Conselho Federal de Medicina complementa a disposição legal no que toca a função normativa, definindo, no art. 10, inciso XX de seu regimento interno (Resolução CFM n.º 1.998, de 03 de setembro de 2012), ser função do CFM “expedir resoluções normatizadoras ou fiscalizadoras do exercício profissional dos médicos e pessoas jurídicas cuja atividade básica seja a Medicina (CFM, 2012)”.

Na prática, o dever de disciplinar a classe médica se traduziu na elaboração de cinco espécies de normas: (1) Pareceres, “respostas a questionamentos enviados ao CFM e aos CRMs, referentes às suas competências” (CRM-AC, 2019); (2) Notas Técnicas e (3) Despachos, documentos emitidos pela Coordenação Jurídica do CFM, aqueles, aprovados pela diretoria do CFM (CRM-AC, 2019); (4) Recomendações, “indicações concebidas pelo Plenário do Conselho Federal de Medicina (ou dos CRMs) para orientar os profissionais médicos, sem poder coercitivo (CRM-AC, 2019)”; e (5) Resoluções, que “São atos normativos emanados dos plenários do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance (CRM-AC, 2019)”.

De fato, as Resoluções Normativas são a principal “[...] manifestação deste poder normativo afeto às autarquias” (PITELLI, 2012). O próprio Código de Ética Médica (CEM) vigente corresponde à Resolução CFM n.º 2.217/2018, o que permite entrever que o CFM, uma autarquia, exerce plenamente atividade normativa, típica da administração pública, nos limites das suas competências legalmente estabelecidas, em especial diante do que autoriza o Art. 5º, “d”, da Lei n.º 3.298/1957; e com conteúdo totalmente apto disciplinar a atuação da classe médica já que a norma é emanada pela própria administração, ainda que exercida indiretamente.

A respeito, o Código de Ética Médica (CEM) é norma que contém quatorze capítulos; sendo o primeiro e o segundo preambulares, sem que se estabeleça a numeração de artigos. No primeiro deles, são estabelecidos vinte e seis princípios fundamentais ao exercício da medicina no Brasil. Para o que toca este trabalho, é mister a transcrição do primeiro princípio:

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I –A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

[...] (CFM, 2018).

Ora, o CEM, principal norma que regula a atuação da Medicina no Brasil, elege o dever de não discriminar à primeira posição entre os princípios regentes da profissão. Tal posição de destaque reforça o que foi discutido na seção 2.2, na medida em que a igualdade e a não-discriminação são objetivos da república e direitos fundamentais (art. 3º, VI e art. 5º, caput, CR). No que diz respeito à alocação de recursos escassos, em especial em contexto de pandemia, ter por norte a não

discriminação injustificada é absolutamente relevante, já que, diante de esgotamento de insumos médicos, discriminar implica negar acesso a recursos, o que, em última instância, significa decidir quem vive e quem morre, conforme será discutido no capítulo 4. Decerto, incorrer em discriminação é violar a ética médica. O vigésimo segundo princípio ainda estabelece o dever do médico de oferecer cuidados paliativos diante de situações clínicas irreversíveis ou terminais (CFM, 2018). Tais cuidados também devem ser dispendidos aos pacientes preteridos na alocação de recursos.

Ainda sobre o Código de Ética, seu segundo capítulo estabelece onze direitos dos médicos¹⁸, mas é nos capítulos que se sucedem que está a normatização da conduta ética da classe médica. Cada um dos capítulos inicia-se pela expressão “é vedado ao médico” e discorre sobre temas específicos:

Responsabilidade profissional; direitos humanos; relação com pacientes e familiares; doação e transplante de órgãos e tecidos; relação entre médicos; remuneração profissional; sigilo profissional; documentos médicos; auditoria e perícia médica; ensino e pesquisa médica; e publicidade médica (CFM, 2018).

Nenhum dos deveres do médico versa acerca da postura do médico na alocação de recursos em esgotamento, objeto deste trabalho, mas apenas previsão acerca de cuidados paliativos:

¹⁸ É o inteiro teor: Capítulo II DIREITOS DOS MÉDICOS É direito do médico: I –Exercer a medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, cor, sexo, orientação sexual, nacionalidade, idade, condição social, opinião política, deficiência ou de qualquer outra natureza. II –Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente. III –Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo comunicá-las ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver. IV –Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver. V –Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.VI –Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição. VII –Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão. VIII –Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente sem permitir que o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho. IX –Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. X– Estabelecer seus honorários de forma justa e digna. XI –É direito do médico com deficiência ou com doença, nos limites de suas capacidades e da segurança dos pacientes, exercer a profissão sem ser discriminado.

Capítulo V
 RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

[...]

Art. 41 Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CFM, 2018).

Reitera-se o que já foi dito: os cuidados paliativos devem ser estendidos aos pacientes preteridos em processo de triagem para alocação de recursos como os leitos de terapia intensiva e respiradores mecânicos. A Resolução CFM n.º 1.805, publicada em 28 de novembro de 2006, regulamenta os cuidados paliativos e será brevemente exposta na seção 4.3.

Uma última consideração deve ser feita. Inobstante as expressões “Código de Ética” ou “Tribunal Superior de Ética”, as normas dos Conselhos de Medicina não são apenas deontológicas (SÁ; NAVES, 2021, p.28). Isso é, em se tratando de:

[...] um órgão da administração pública, exercendo uma função pública (de julgamento) e utilizando uma regulamentação criada por ele; órgão competente para tal. A análise do caso em julgamento se faz de maneira dogmática. Observa-se a situação concreta diante do sistema normativo criado. É claro que há valores que informa esse julgamento, assim como valores que influenciam em qualquer julgamento realizado pelo Poder Judiciário.

Se até o contrato é considerado norma jurídica decorrente da autonomia privada de particulares investidos desse poder pelo ordenamento jurídico, imaginem se há solução diversa para o problema exposto. O Código de Ética Médica é um conjunto de normas jurídicas, assim como o são portarias e instruções normativas emitidas pelos órgãos da administração pública (SÁ; NAVES, 2021, p.28).

Some-se a isso que, a toda violação de norma “ética” emanada pelos Conselhos de Medicina, há sanção correspondente¹⁹. Trata-se do efetivo exercício do poder de polícia, típico da administração pública, “[...] do qual é sucedâneo o poder de punir os profissionais que atuarem em desacordo com as normas que regulem o exercício da respectiva atividade” (FERNANDES, 2012).

¹⁹ Essa é uma das distinções que Hans Kelsen faz entre Direito e Moral: Ao descumprimento daquele está vinculada sanção organizada do aparato estatal (SÁ; NAVES, 2021, p.07).

Apresentada a organização dos Conselhos de Medicina, os capítulos subsequentes pretendem argumentar acerca da competência das autarquias para normatizar acerca da alocação de recursos em esgotamento; e diante dessa premissa, identificar o que foi efetivamente produzido pelo CFM e pelos CRMs, bem como confrontar o que foi localizado com os ditames constitucionais e legais acerca da discriminação em razão da deficiência.

4 SOBRE A ALOCAÇÃO DE RECURSOS MÉDICOS EM ESGOTAMENTO E A COVID-19

Com a explosão da COVID-19, que foi declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde ainda em março de 2020 (MOREIRA, PINHEIRO, 2020), a demanda por insumos hospitalares, em especial respiradores mecânicos, medicamentos necessários para o procedimento de intubação e leitos de Unidades de Terapia Intensiva, escalou rapidamente pelo mundo. Na Itália, um dos primeiros países a ser atingido pela doença, foi verificado verdadeiro colapso do sistema de saúde (BBC, 2020), diante da desproporção entre vítimas da doença e insumos necessários para seus cuidados.

No Brasil, a situação também se provou trágica (MACHADO, BARIFOUSE, 2020). Foram registradas mortes nas filas de leitos de UTI em todo o país, e a crise sanitária e hospitalar já é considerada a maior da história por especialistas (DA SILVA, MANZANO, 2021). O estado do Amazonas, especialmente castigado, enfrentou prolongado período de escassez de oxigênio medicinal (DE LAVOR, 2021), o que levou vários pacientes a óbito sem que recebessem atendimento adequado.

Esse breve esboço dos acontecimentos tem por objetivo representar a catástrofe que se enfrenta. Isso é, diante do esgotamento de recursos propiciado pelo acelerado aumento da demanda de insumos médicos, o que se verifica não é apenas a morte em razão da COVID-19, mas o óbito daqueles à espera de leitos de UTI e de outros recursos hospitalares. Não bastasse isso, o peso moral de se decidir quem vive e quem morre tende a recair sobre os ombros dos médicos intensivistas, da “linha de frente”, não obstante considerado que a sobrecarga de trabalho pode, de um lado, levar ao adoecimento desses profissionais (SATOMI; *et al.*, 2020); e de outro, dar espaço a “vieses indesejáveis, como o favorecimento a pessoas de determinada classe social ou raça” (WANG; DE LUCCA-SILVEIRA, 2020).

Estabelecer regras claras e objetivas diante da insuficiência de recursos bastantes para o seu pleno gozo pela coletividade é medida de suma importância para que se evitem arbitrariedades e se promova consumo racional, eficiente e justo do que se tem à disposição. Assim o é em crises energéticas, hídricas e mesmo humanitárias, como as catástrofes causadas por terremotos; e o mesmo pode ser dito sobre a crise sanitária que se recaiu sobre o Brasil.

Mesmo em contexto de normalidade²⁰, “na saúde, há sempre mais necessidades que recursos. Isso significa que alguns pacientes não recebem todos os cuidados que precisam” (WANG; DE LUCCA-SILVEIRA, 2020). Assim, se prova de curial relevância a adoção de critérios para triagem e alocação dos insumos médicos, e argumenta-se que tais critérios devem ser objetivos e cientificamente verificáveis.

A legislação pátria é incipiente acerca do tema (SCHULMAN, 2021; MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020), já que, “apesar do amplo arcabouço legislativo²¹, não há parâmetros nas leis que permitam chegar a conclusões definitivas para o cenário em análise” (SCHULMAN, 2021); do que se conclui que, deve-se recorrer à normatização dos Conselhos de Medicina.

Conforme já discutido no capítulo que antecede este, o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina têm por competência disciplinar a ética profissional médica, e sua produção normativa, como o próprio Código de Ética Médica, não possui apenas natureza deontológica, mas também jurídica. Nesse rumo, entende-se também ser competência dessa autarquia orientar a classe médica acerca do tema nevrálgico que é a alocação de recursos. O CFM parece concordar, já que aprovou a Resolução CFM n.º 2.156 em 17 de novembro de 2016²², para estabelecer “os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva” (CFM, 2016). A norma, que será apresentada na seção seguinte deste capítulo, inobstante passível de críticas, sem dúvida é relevante para a prática médica; e permite entrever o que até aqui foi exposto. Isso é, a triagem de pacientes deve adotar parâmetros objetivos, que se afastem da subjetividade e eventuais vieses e preconceitos que a acompanhem. No que toca esse trabalho, teme-se, em especial, que eventuais preconceitos redundem em discriminação em razão da deficiência, apresentada na

²⁰ ‘Normalidade’ aqui entendida simplesmente como a normalidade de demanda de insumos médicos na ausência de crise sanitária que eleve explosivamente a sua demanda.

²¹ O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990), no art. 4º, parágrafo único; o Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741/2003), nos art. 3º, §§1º e 2º; e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), no art. 9º, estabelecem regras de priorização dos respectivos grupos no atendimento à saúde, mas sem que se estabeleçam critérios definitivos para tal. Na Lei do SUS (Lei n.º 8.080/1990 e na Lei n.º 13.979/2020, principal Lei Federal de enfrentamento da pandemia, não foram identificadas regras sobre priorização ou alocação de recursos.

²² Registre-se: a norma antecede em quase quatro anos a pandemia da COVID-19. Conforme será exposto no capítulo seguinte, quase nada foi produzido durante a crise sanitária, mesmo diante dos desafios inerentes à escassez de recursos em contexto de pandemia.

seção 2.2, de modo a preterir, injustificadamente, essa parcela da população ao acesso à saúde.

4.1 Princípios fundamentais para a triagem de pacientes em contexto de pandemia

Em artigo publicado na *The New England Journal of Medicine*, Ezekiel Emanuel e outros (2020) elaboram série de recomendações com base em quatro valores a serem perseguidos na alocação recursos em situação de pandemia. São eles: maximizar os benefícios produzidos por recursos escassos; tratar as pessoas igualmente; promover e recompensar valor instrumental; e priorizar aqueles em pior situação²³. Nota-se que os quatro valores podem ser vistos como desdobramentos do princípio bioético da justiça. A respeito:

O princípio da justiça refere-se ao meio e fim pelo qual se deve dar toda intervenção biomédica, isto é, maximizar os benefícios com o mínimo de custo. Nesse “mínimo custo”, devem estar abrangidos não apenas os aspectos financeiros, que quando bem equacionados permitem a igualdade de acesso aos serviços de saúde, mas também os custos sociais, emocionais e físicos. Ou seja, justa é a intervenção médica que leva em conta os valores do paciente, bem como sua capacidade de deliberação e unidade psicofísica. Subjazem ao princípio da justiça problemas importantes na garantia da funcionalidade, eficiência e equidade: a administração dos escassos recursos de saúde; a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios; a igualdade material, que reconhece as diferenças como socialmente válidas (SÁ; NAVES, 2021, p.27).

Em contexto de pandemia, o primeiro desses valores – maximizar os benefícios - é o mais importante (EMANUEL; *et al.*, 2020), já que redundando em maximizar a quantidade de vidas salvas e a qualidade e longevidade dessas vidas, com o mínimo de recursos possível. Contudo, merece a ponderação, diante das suas implicações:

Como maximizar os benefícios é fundamental em uma pandemia, acreditamos que retirar um paciente de um ventilador ou leito de UTI para fornecê-lo a outras pessoas necessitadas também é justificável e que os pacientes devem ser informados dessa possibilidade na admissão. Sem dúvida, retirar ventiladores ou suporte de UTI de pacientes que chegaram mais cedo para salvar aqueles com melhor prognóstico será extremamente traumático psicologicamente para os médicos - e alguns médicos podem se recusar a fazê-lo. No entanto, muitas diretrizes concordam que a decisão de retirar um recurso escasso para salvar outros não é um ato de matar e não requer o consentimento do paciente. Concordamos com essas diretrizes que

²³ No original, ‘maximizing the benefits produced by scarce resources, treating people equally, promoting and rewarding instrumental value, and giving priority to the worst off’.

é a coisa ética a fazer. Alocar inicialmente leitos e ventiladores de acordo com o valor de maximizar os benefícios pode ajudar a reduzir a necessidade de retirada²⁴ (EMANUEL; *et al.*, 2020, tradução nossa).

Os outros princípios também têm sua importância na discussão sobre a triagem de pacientes, mas se provam subsidiários ao primeiro. Tratar as pessoas igualmente é valor que poderia ser operacionalizado pela regra do “o primeiro a chegar é o primeiro a ser servido²⁵”, em que o primeiro a procurar o tratamento é aquele que o receberá. O critério, à primeira vista vantajoso, porque objetivo e prático, merece objeções (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020). Em primeiro, porque pode significar alocação ineficiente, já que não necessariamente o primeiro a chegar é aquele que vai maximizar os benefícios do tratamento (em qualidade de vida ou longevidade salva, por exemplo); e em segundo, porque produz inequidade, já que aqueles mais próximos dos centros de saúde, ou que tenham maior mobilidade, com automóveis, por exemplo, tenderiam a se beneficiar do critério (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020) (EMANUEL; *et al.*, 2020).

Nesse sentido é que o artigo na *New England* recomendou que “para pacientes com prognósticos similares, a igualdade deverá ser invocada e operacionalizada por meio de alocação aleatória, como em uma loteria, ao invés de um processo de alocação ‘primeiro é chegar, primeiro servido²⁶” (EMANUEL; *et al.*, 2020). Repise-se: apenas diante de pacientes que maximizem de forma similar a alocação de recursos é que a aleatoriedade poderia ser usada como critério de desempate.

Promover ou recompensar valor instrumental diz respeito aos profissionais de saúde e àqueles que auxiliaram nas pesquisas de vacinação, por exemplo. É reconhecer que resguardar a saúde de um profissional da saúde é forma de maximizar as vidas salvas, já que este atua na proteção de várias delas; ou recompensar aquele que colaborou com avanços de pesquisas que, ao final, contribuíram para salvar

²⁴ No original, ‘Because maximizing benefits is paramount in a pandemic, we believe that removing a patient from a ventilator or an ICU bed to provide it to others in need is also justifiable and that patients should be made aware of this possibility at admission. Undoubtedly, withdrawing ventilators or ICU support from patients who arrived earlier to save those with better prognosis will be extremely psychologically traumatic for clinicians — and some clinicians might refuse to do so. However, many guidelines agree that the decision to withdraw a scarce resource to save others is not an act of killing and does not require the patient’s consent. We agree with these guidelines that it is the ethical thing to do.’²⁶ Initially allocating beds and ventilators according to the value of maximizing benefits could help reduce the need for withdrawal’.

²⁵ No original, ‘First-come, first served’.

²⁶ No original, ‘For patients with similar prognoses, equality should be invoked and operationalized through random allocation, such as a lottery, rather than a first-come, first-served allocation process’.

várias vidas. No Brasil, adoção desse critério é especialmente evidente no que diz respeito à prioridade de vacinação, em que profissionais de saúde foram alocados entre as primeiras prioridades (BRASIL, 2021, p.34).

O último valor é priorizar aquele em pior situação. Nesse sentido:

As diretrizes de priorização devem diferir por intervenção e devem responder às mudanças nas evidências científicas. Por exemplo, pacientes mais jovens não devem ser priorizados para vacinas Covid-19, que previnem a doença em vez de curá-la, ou para profilaxia experimental pós ou pré-exposição. Os resultados da Covid-19 foram significativamente piores em idosos e naqueles com condições crônicas. Invocar o valor de maximizar o salvamento de vidas justifica dar aos idosos prioridade para vacinas imediatamente após os profissionais de saúde e os primeiros respondentes. (...) Por outro lado, leitos de UTI e ventiladores são mais curativos do que preventivos. Os pacientes que precisam deles enfrentam condições de risco de vida. A maximização dos benefícios requer a consideração do prognóstico - quanto tempo o paciente provavelmente viverá se tratado - o que pode significar dar prioridade a pacientes mais jovens e àqueles com menos doenças coexistentes²⁷ (EMANUEL; *et al.*, 2020, tradução nossa).

Como se verifica, cada intervenção tem alvo prioritário: diante de medidas preventivas, justifica-se priorizar os mais frágeis, enquanto diante de medidas curativas, é mais razoável favorecer aqueles pacientes com o melhor prognóstico, já que, com isso, se maximizam as vidas salvas.

Não basta a avaliação principiológica, no entanto, para se estabelecer critérios objetivos de alocação de recursos médicos escassos na pandemia. A maximização de benefícios é rumo a se seguir, mas é apenas diante do que se efetivamente é aplicado no cotidiano que se pode inferir eticidade ou mesmo a discriminação em razão da deficiência, como aqui se pretende descobrir. Nesse sentido, é vasta a produção científica acerca de critérios e *scores*²⁸ para a triagem de pacientes que acessarão os insumos médicos. Em sua maioria, visam a atribuir pontuação às funções orgânicas ou à funcionalidade geral e são muitas das vezes, usados em

²⁷ Prioritization guidelines should differ by intervention and should respond to changing scientific evidence. For instance, younger patients should not be prioritized for Covid-19 vaccines, which prevent disease rather than cure it, or for experimental post- or pre-exposure prophylaxis. Covid-19 outcomes have been significantly worse in older persons and those with chronic conditions. Invoking the value of maximizing saving lives justifies giving older persons priority for vaccines immediately after health care workers and first responders. [...] Conversely, ICU beds and ventilators are curative rather than preventive. Patients who need them face life-threatening conditions. Maximizing benefits requires consideration of prognosis — how long the patient is likely to live if treated — which may mean giving priority to younger patients and those with fewer coexisting conditions.

²⁸ Pontuação, em tradução livre. É nome dado a alguns dos critérios de alocação de recursos, em especial quando adotam sistema de pontuação numérica.

conjunto²⁹. O que se pretende a seguir é expor brevemente *scores* amplamente adotados; e identificar se a adoção de algum deles pode implicar, *a priori*, em discriminação em razão da deficiência.

4.2 A Resolução CFM n.º 2.156/2016 e outros critérios de alocação de recursos escassos

O Conselho Federal de Medicina elaborou a Resolução n.º 2.156, que foi publicada no Diário Oficial da União em 17 de novembro de 2016 para estabelecer “critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva” (CFM, 2016). O art. 6º da norma estabelece hierarquia de cinco prioridades para que leitos de UTI sejam distribuídos, da forma que segue:

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista (CFM, 2015).

O modelo proposto pelo Conselho Federal de Medicina tem por objeto a maximização de vidas salvas, sem que se pondere longevidade ou qualidade de vida (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020). O critério de alocação é a instabilidade clínica, “isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração

²⁹ Como é o caso das recomendações dos Conselhos Regionais de medicina que serão expostas no próximo capítulo.

intensiva³⁰ (CFM, 2016)”. Contudo, o conceito de “disfunções orgânicas” não foi devidamente operacionalizado. Isso é, não foram indicados por quais *scores* ou outros critérios objetivos as eventuais disfunções deveriam ser auferidas. Não bastasse isso, a norma prova-se insuficiente, em especial em contexto de pandemia, por outros motivos. Nesse sentido,

Apesar de ser um inegável avanço diante de um cenário anterior em que não havia qualquer critério para orientar as decisões médicas, a Resolução CFM n. 2156/2016 possui três problemas básicos: (a) primeiro, ela não resolve completamente o problema da alocação de leitos escassos, na medida em que não estabelece critérios de desempate entre pessoas com o mesmo nível de prioridade. Assim, ainda há uma lacuna caso exista apenas uma vaga de UTI e dois ou mais pacientes “com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico” necessitem de intervenção de suporte à vida ao mesmo tempo; (b) segundo, ela também não estabelece com clareza quais os critérios para definir se um paciente tem ou não “alta probabilidade de recuperação”, dando margem para subjetividade, incerteza e arbítrio na escolha; (c) terceiro, ela foca apenas na perspectiva de “salvar vidas” (chance de recuperação), sem levar em conta os anos de vida, nem a qualidade da sobrevivência, que também deveriam ser considerados em uma perspectiva de maximização do bem-estar (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020).

Merece registro, por outro lado o art. 9^{o31} da Resolução, por prever expressamente que não se incorra em discriminação da tomada de decisões sobre admissão e alta em leitos de UTI, seja “por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação” (CFM, 2016). Tal previsão coaduna com o que foi estudado no segundo capítulo, no que diz respeito aos ditames constitucionais e legais de não discriminação em razão da deficiência, reforçando como deve ser a atuação da classe médica.

Daniel Wang e Marcos de Lucca-Silveira (2020), no esforço de compatibilizar essa Resolução com a crise sanitária e a alta demanda por leitos que ela implica, sugeriram a centralização da tomada de decisões por comitê gestor da crise. Com a devida vênia, não se entende que a centralização – e a conseqüente desaceleração – das tomadas de decisão seja medida adequada em contexto de pandemia, em que

³⁰ Literal teor do art. 9^o da Resolução CFM n.º 2.156/2016. Como se verá no tópico seguinte, há *scores* de alocação de recursos, objetivamente verificáveis, como o SOFA, aptos a serem aplicados em conjunto com esta resolução, entendida como insuficiente em tempos de pandemia.

³¹ Art. 9^o As decisões sobre admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser 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 formas de discriminação (CFM, 2016).

cada escolha é urgente, de forma que desejável que as decisões se descentralizem desde que balizadas por critérios objetivos e verificáveis, adotados em todos os centros de saúde.

Outra tentativa de operacionalizar a Resolução foi dispendida pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), que elaborou o “Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19”. O texto sugeria a conjugação da Resolução CFM n.º 2.156/2016 com scores objetivos de alocação de recursos, como o SOFA (KRETZER; et. al, 2020a), que será exposto no subtópico 4.2.1. De fato, a adoção do SOFA parece suprir ao menos uma lacuna, qual seja, a operacionalização do que seja “disfunção orgânica”. Por outro lado, o protocolo sofreu críticas, por adotar critério etário, de forma que foi substituído uma semana depois de ser publicado, em 24 de abril de 2020, por recomendação da AMIB em coautoria com a ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), a SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e a ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020), que passou a adotar o critério de funcionalidade ECOG, que será estudado no subtópico 4.2.6³².

Como se argumenta ser insuficiente o que estabelece a Resolução do Conselho Federal de Medicina, merecem ser explorados outros critérios de alocação de recursos tipicamente adotados. Segue-se breve estudo de alguns dos principais.

4.2.1 *Sequential Organ Failure Assessment*³³ (SOFA)

O critério *Sequential Organ Failure Assessment*, ou simplesmente SOFA, se baseia na análise de “seis (dis)funções fisiológicas: respiratória, hepática, cardiovascular, renal, coagulatória e neurológica. Quanto maior for o nível da falha dos órgãos, maior é a pontuação SOFA” (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020); e é hoje amplamente aplicada para “monitorar comorbidade aguda de pacientes em unidades de cuidado intensivo³⁴” (LAMB DEN *et al.*, 2019).

O score SOFA é tradicionalmente avaliado na iminência da admissão em UTI, e a cada 24 horas que se seguem (LAMB DEN *et al.*, 2019). A reanálise do SOFA dos

³² Sigla para ‘Eastern Cooperative Oncology Group’.

³³ ‘Avaliação sequencial de falência de órgãos’, em tradução nossa.

³⁴ No original, ‘and it is now widely employed in the daily monitoring of acute morbidity in critical care units.’

pacientes críticos, diariamente, é medida razoável, já que a deterioração da fisiologia acontece rapidamente, devendo ser auferida por modelo dinâmico. A avaliação usa critérios bastante técnicos para verificar cada uma das disfunções fisiológicas. Ilustre-se: Para se verificar a função respiratória, usa-se a proporção PaO_2/FiO_2 ³⁵; enquanto para as funções hepáticas, se verifica a bilirrubina em mg/dl (LAMB DEN *et al.*, 2019).

A adoção desse método de avaliação é útil, na medida em que é “um escore relativamente prático de ser calculado e já é usado em várias unidades de tratamento intensivo no mundo, inclusive no Brasil” (MARLMELSTEIN; MOROZOWZKI, 2020). Por outro lado, padece de críticas, porque mira apenas a chance de recuperação (maximização de vidas salvas), desconsiderando a quantidade e a qualidade dos anos de vida salvos (MARLMELSTEIN; MOROZOWZKI, 2020).

Em que pese a tecnicidade desse critério, que escapa em parte aos conhecimentos desse pesquisador, não se entende estarem presentes diretrizes potencialmente discriminatórias em face das pessoas com deficiência, já que os parâmetros adotados são eminentemente fisiológicos, não podendo eventual deficiência ser reduzida à eventual diferença fisiológica. Em verdade, acredita-se que o *score* alcança seus objetivos, isso é, “descrever quantitativamente e o mais objetivamente possível o grau de disfunção/falha orgânica em grupos de pacientes ou mesmo pacientes individuais³⁶” (LAMB DEN *et al.*, 2019).

Ademais, observe-se que o SOFA é apenas um de vários *scores* que tem por objeto a disfunção orgânica. Outro exemplo nessa linha é o *Multiple Organ Dysfunction Score*³⁷ (MODS). Muito semelhante ao SOFA, a principal diferença é o critério que avalia disfunção cardiovascular (BOTA, *et al.*, 2002, p.1.620).

4.2.2 *Quality Adjusted Life Years*³⁸ (QALY)

O *Quality Adjusted Life Years* (QALY) é critério que combina expectativa de vida em sentido quantitativo e qualitativo. Isso é, não pondera apenas os anos de vida salvos, mas a qualidade da vida experienciada nesses anos (MARLMELSTEIN;

³⁵ A relação PaO_2/FiO_2 é uma medida de oxigenação usada para classificar a SDRA em leve, moderada ou grave (BRANDÃO, 2018).

³⁶ No original, ‘to describe quantitatively and as objectively as possible the degree of organ dysfunction/failure over time in groups of patients or even individual patients’

³⁷ Pontuação de Disfunção Orgânica Múltipla, em tradução livre.

³⁸ Anos de vida ajustados pela qualidade, em tradução livre.

MOROZOWSKI, 2020). “O conceito central do QALY é fundado na ciência da decisão e na teoria da utilidade esperada. O construto básico é que os indivíduos se movem por estados de saúde no decorrer do tempo e que cada estado de saúde possui um valor a ele atrelado³⁹” (WEINSTEIN; TORRANCE; MCGUIRE, 2009). Nesse sentido:

Um ano de vida vivido em um estado perfeitamente saudável vale 1 QALY (ou seja, 1 ano de vida x 1 valor unitário de qualidade). Um ano de vida vivido em um estado de saúde inferior à perfeita, vale menos de 1 QALY. Por exemplo, 1 ano de vida vivido em uma situação com utilidade/qualidade 0,5 recebe 0,5 QALY (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020).

O valor que se atribui a um estado de saúde é mensurado por modelagens tipicamente aplicadas na ciência econômica, como o *time trade-off* (TTO), o *standard gamble* (SG) e o *Visual Analogue Scale* (VAS) (WEINSTEIN; TORRANCE; MCGUIRE, 2009). Para o que pretende este trabalho, desnecessário desenvolver acerca das minúcias dessas modelagens. Basta dizer que se avalia a desejabilidade de um estado de saúde por meio de pesquisas de preferência (WEINSTEIN; TORRANCE; MCGUIRE, 2009).

O QALY é critério valioso na prática médica, como para avaliar custo/benefício de determinada tecnologia, mas não é tão amplamente aceito para alocação de recursos já que padece de algumas objeções. (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020). As principais são três:

(a) primeiro, uma dificuldade de operacionalização, já que o seu cálculo exige a avaliação complexa de uma grande quantidade de informações que nem sempre estão disponíveis no contexto de uma UTI, onde as respostas devem ser urgentes, e o histórico clínico do paciente nem sempre é completo; (b) segundo, os critérios para estabelecer o valor da utilidade-qualidade não são universalmente aceitos, gerando muitas críticas quanto à sua objetividade e confiabilidade, pois se baseiam em generalizações de preferências subjetivas estabelecidas em cenários meramente hipotéticos e não reais; (c) por fim, o QALY pode gerar um problema de equidade, pois a análise da qualidade da sobrevivência tende a ser prejudicial às pessoas com deficiência e aos idosos que, em geral, estão sujeitos a uma condição de saúde menos perfeita (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020).

De fato, não bastasse o questionamento da subjetividade do que se considera “estado de saúde desejável”, portanto mais valioso, teme-se que deficiência se confunda, na avaliação do QALY, com “estados de saúde indesejáveis”, de forma que

³⁹ No original ‘The core concept of the conventional QALY is grounded in decision science and expected utility theory. The basic construct is that individuals move through health states over time and that each health state has a value attached to it’.

se atribua àqueles que convivem com impedimentos de longo prazo pontuação inferior tão somente em razão da deficiência. Isso seria o mesmo que dizer que a qualidade de vida de pessoas com deficiência é e será, *a priori*, sempre inferior às das pessoas sem deficiência, o que importaria em discriminação em razão da deficiência. O parecer AMIB, estudado acima, reforça que o critério não deve ser utilizado, por ser subjetivo podendo “inserir vieses contra pessoas portadoras (sic) de deficiências” (KRETZER et. al, 2020a).

4.2.3 Índice de Comorbidades de Charlson (ICC)

O Índice de Comorbidades de Charlson é fruto de estudo da mortalidade de 604 pacientes admitidos no Hospital de Nova Iorque durante um mês, em 1984, no ano seguinte à admissão (CHARLSON; POMPEI; MACKENZIE, 1986), sucedido pela testagem da capacidade do Índice formulado para prever mortalidade em 689 pacientes com câncer de mama primário entre 1962 e 1969 (CHARLSON; POMPEI; MACKENZIE, 1986). Os resultados do estudo permitiram concluir graus diferentes de mortalidade para várias comorbidades, como diabetes, doenças cardíacas e a AIDS, às quais foi atribuído “peso” de um, dois, três ou seis pontos. O estudo também concluiu que a concorrência de comorbidades é agravante, de forma que na presença de mais de uma, o Índice deve ser representado pelo somatório delas.

Uma fraqueza do índice é não representar algumas comorbidades, já que elenca apenas dezessete doenças, enquanto outros modelos semelhantes, como o *Elixhauser Comorbidity Measure*⁴⁰, alcançam trinta. (ROFFMAN, 2016). No que diz respeito às pessoas com deficiência, nota-se que algumas comorbidades⁴¹ podem estar relacionadas com condição médica subjacente à deficiência, como na Síndrome de Down, em que há risco aumentado desenvolvimento de doenças cardíacas e leucemia (BRUNA, s.d). De toda forma, o ICC não pode ser compreendido como patentemente discriminatório, na medida em que comorbidades genéticas ou

⁴⁰ Medida de Comorbidade de Elixhauser, em tradução livre. Inobstante existirem outros critérios que avaliam comorbidades, optou-se pela exposição do ICC, já que prevalente na prática médica de alocação de recursos.

⁴¹ São elas, por peso: (1) Infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doenças vasculares periféricas, doenças cerebrovasculares, demência, doença pulmonar crônica, doença no tecido conectivo, úlceras, doenças brandas do fígado, diabetes; (2) hemiplegia, doença renal moderada ou severa, diabetes com danos em órgãos, tumores no geral, leucemia, linfoma; (3) doença hepática moderada ou severa; e (6) tumores metastáticos ou AIDS (CHARLSON; POMPEI; MACKENZIE, /., 1986).

adquiridas são latentes na população, e independem de eventual manifestação de deficiência, que, como já dito no capítulo 2, não pode ser reduzida a eventual doença, só se perfazendo pela interação com barreiras.

4.2.4 Clinical Frailty Score⁴² (CFS)

O Índice Clínico de Fragilidade, ou Índice de Fragilidade de Rockwood foi criado como um critério de funcionalidade que mensura fragilidade em pessoas idosas, conceito este entendido como um estado de risco aumentado. “Pessoas são mais frágeis quando há mais coisas errado com elas do que com outras da mesma idade⁴³ (ROCKWOOD, THEOU, 2020)”. É formado por uma escala de nove posições; quanto maior a posição, maior o risco e, conseqüentemente, a pontuação; para tanto, se baseia em critérios verificáveis sem treinamento especializado, como “mobilidade, equilíbrio, uso de acessórios para caminhar, e as habilidades de se alimentar, se vestir, fazer compras, cozinhar e ir ao banco⁴⁴” (ROCKWOOD, THEOU, 2020)”. Esses indicadores formam as nove escalas. São elas:

(1) *very fit* ou muito saudável: pessoa robusta, com energia e motivação. Realiza exercícios físicos regulares e está entre os melhores para a sua idade; (2) *well* ou bem de saúde: pessoa sem doença ativa, realiza exercícios físicos regularmente, mas é menos hígida do que as da categoria anterior; (3) *managing well* ou com doenças sob controle: pessoa com sintoma de doenças, mas controladas, que não é regularmente ativa; (4) *vulnerable* ou vulnerável: apesar de não ser dependente, muitas vezes a sua condição de saúde leva à redução de atividades; (5) *mildly frail* ou ligeiramente frágil: com dependência limitada para atividades instrumentais da vida privada (AIVD) de alta ordem (finanças, trabalhos domésticos, medicamentos); (6) *moderately frail* ou moderadamente frágil: pessoa que necessita de ajuda para atividades da vida diária (AVD) e AIVD. Em casa, apresenta problemas com escadas e precisa de ajuda com o banho e ajuda mínima para se vestir; (7) *severely frail* ou severamente frágil: completamente dependente para AVDs, estável e não possui risco expressivo de entrar em óbito (num período de 6 meses); (8) *very severely frail* ou muito severamente frágil: pessoa completamente dependente, aproximando-se do fim da vida; (9) *terminally ill* ou doente terminal: aproxima-se da terminalidade (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020).

⁴² Índice Clínico de Fragilidade, em tradução livre.

⁴³ No original, ‘People are frail when they have more things wrong with them than do others of the same age’.

⁴⁴ No original, ‘The scale focuses on items that can be readily observed without specialist training, including mobility, balance, use of walking aids, and the abilities to eat, dress, shop, cook, and bank’.

Severas críticas recaem sobre o CFS. Isso porque, com o advento da pandemia da COVID-19, o critério, que só devia ser aplicável a pacientes geriátricos, passou a ser adotado na triagem de pacientes em larga escala (MARLMELSTEIN; MOROZOWSKI, 2020). Ocorre que, por se tratar de critério funcional, considera, por exemplo, moderadamente frágil, pessoa que necessita de ajuda para atividades da vida diária, como trocar de roupa ou tomar banho. Tal definição pode acabar por abranger pessoas com certas deficiências físicas e mentais e lhes atribuir pontuação mais elevada, o que, em cenário de alocação de recursos, redundaria em lhes recusar acesso a leitos de UTI ou respiradores, de maneira a se discriminar em razão da deficiência. A adoção irrestrita do critério chegou a ser objeto de denúncias (KLEINMAN, 2020), de forma que o *National Health System*⁴⁵, sistema nacional de saúde do Reino Unido, que até então endossava a aplicação do Índice Clínico de Fragilidade emitiu nota para que este se aplique apenas à população idosa. A respeito:

O CFS não foi amplamente validado em populações mais jovens (abaixo de 65 anos de idade), ou naqueles com deficiência de aprendizagem. Pode não funcionar tão bem em pessoas com deficiência estável de longo prazo, como paralisia cerebral, cujos resultados podem ser muito diferentes em comparação com pessoas mais velhas com deficiência progressiva. Aconselhamos que a escala não seja usada nesses grupos. No entanto, a orientação sobre a avaliação holística para determinar os prováveis riscos e benefícios do suporte de cuidados intensivos e a busca de aconselhamento sobre cuidados intensivos onde houver incerteza ainda é relevante⁴⁶ (NATIONAL HEALTH SYSTEM, 2020).

Nesse sentido é que, caso se localize norma que adote esse critério para alocação de recursos, em especial se aplicado às pessoas com deficiência, deve-se inferir que se trata de norma discriminatória, portanto inconstitucional e contrária a lei federal, conforme discutido no capítulo 2.

4.2.5 Karnofsky Performance Status⁴⁷ (KPS)

⁴⁵ Sistema Nacional de Saúde', em tradução literal.

⁴⁶ No original, 'The CFS has not been widely validated in younger populations (below 65 years of age), or in those with learning disability. It may not perform as well in people with stable long-term disability such as cerebral palsy, whose outcomes might be very different compared to older people with progressive disability. We would advise that the scale is not used in these groups. However, the guidance on holistic assessment to determine the likely risks and benefits of critical care support, and seeking critical care advice where there is uncertainty, is still relevant.'

⁴⁷ Índice de funcionalidade de Karnofsky, em tradução livre.

O Índice de Funcionalidade de Karnofsky, tal qual o CFS, é critério de avaliação da funcionalidade do paciente, amplamente usado para “quantificar o status funcional de pacientes com câncer⁴⁸” (MOR *et al.*, 1984). O KPS consiste em “avaliação de 11 pontos, em uma escala que alcança desde o funcionamento normal (100) até a morte (0)⁴⁹” (MOR *et al.*, 1984). Os indicadores intermediários variam desde a capacidade normal de atividade, com poucos sintomas, aos 90 pontos, passando por “requer assistência considerável e cuidado médico⁵⁰” nos 50 pontos ou “inválido, requer cuidado especial e assistência⁵¹”, nos 40 pontos” (MOR *et al.*, 1984).

O KPS padece da mesma crítica oferecida ao CFS. Por ser critério de funcionalidade, pode incorrer em discriminação em razão da deficiência, em especial porque definições como “inválido, requer cuidado especial e assistência”, podem-se confundir com condição de pessoa com deficiência física ou mental que demande cuidados para os atos do cotidiano, de forma que atribuir a esta pessoa pontuação inferior no KPS, quando da triagem para leito de UTI, por exemplo, seria lhe preterir da vaga em razão da deficiência.

4.2.6 Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status⁵² (ECOG PS)

O ECOG-PS é o critério de funcionalidade recomendado pelo Protocolo AMIB/ABRAMEDE/ANCP/SBGG, discutido na seção 4.2. Assemelha-se tanto ao CFS quanto ao KPS, na medida em que pondera a capacidade do paciente para certas atividades. O ECOG-OS estabelece cinco grupos, cada um definido pela funcionalidade do paciente:

ESTADO DE DESEMPENHO DO ECOG:

0 Totalmente ativo, capaz de realizar todo o desempenho pré-doença sem restrição;

1 Restrito a atividades fisicamente extenuantes, mas deambulador e capaz de realizar trabalhos de natureza leve ou sedentária, por exemplo, trabalho doméstico leve, trabalho de escritório;

2 Ambulatorial e capaz de todo autocuidado, mas incapaz de realizar qualquer atividade laboral; acima e cerca de mais de 50% das horas de vigília;

3 Capaz de autocuidado apenas limitado; confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas de vigília;

⁴⁸ No original ‘quantifying the functional status of cancer patients’.

⁴⁹ No original, ‘The KPS is an 11-point rating scale which ranges from normal functioning (100) to dead (0)’.

⁵⁰ No original, ‘Requires considerable assistance from others and frequent medical care’.

⁵¹ No original, ‘Disabled, requires special care and assistance’.

⁵² Índice de funcionalidade do Grupo Cooperativo Ocidental de Oncologia, em tradução livre.

- 4 Completamente inválido; não pode cuidar de si mesmo; totalmente confinado à cama ou cadeira;
5 Morto⁵³ (OKEN, *et al.*, 1982).

Maiores digressões se provam desnecessárias acerca desse critério. Verifica-se, por exemplo, que definições como “confinado à cama ou à cadeira” ou “não pode cuidar de si mesmo”, com pontuações mais elevadas importam em patente discriminação contra algumas pessoas com deficiências mentais. Tal dificuldade parece ser recorrente em critérios de alocação de recursos que se baseiam em funcionalidade.

O Parecer AMIB/ABRAMEDE/ANCP/SBGG justifica a adoção do critério em detrimento do CFS:

Tanto a ECOG quanto a EFC são medidas que se sobrepõem (ainda que com distinções e especificidades) na mensuração de uma condição que traduza o conceito de reserva biológica. Ambas apresentam a limitação de ter seu uso sujeito a uma avaliação individualizada no subgrupo de pacientes portadores de deficiência física de longa data e que estão bem adaptados. A ECOG tem a limitação de ser predominantemente validada para a população oncológica e a EFC a limitação de ser predominantemente validada para a população geriátrica. Apesar dessas limitações, ambas apresentam alguma evidência quanto aos seus potenciais valores preditivos na população de pacientes críticos. No entanto, a ECOG tem as vantagens de ser sugestão mais neutra quanto ao fator idade, por ser mais amplamente conhecida e ser de muito fácil aplicação (KRETZER *et. al.*, 2020b).

Inobstante isso, o que se verifica é que a adoção de critérios que se baseiam na funcionalidade parecem, via de regra, incorrer em discriminação em razão da deficiência, mormente em desfavor daquelas pessoas com deficiência mental ou mesmo física que demandam auxílio ou cuidado direto para as atividades da vida cotidiana.

4.3 Breves observações sobre cuidados paliativos

Em que pese não ser objeto diretamente relacionado a este trabalho, alocar recursos em esgotamento no contexto da pandemia da COVID-19 possui uma grave

⁵³ No original, ‘ECOG PERFORMANCE STATUS: 0 Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction; 1 Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work; 2 Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours; 3 Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair more than 50% of waking hours; 4 Completely disabled; cannot carry on any selfcare; totally confined to bed or chair; 5 Dead’.

e extremamente relevante consequência. Isso é, nem todas as pessoas terão acesso à terapia restaurativa, como o uso de respiradores mecânicos em leitos de UTI, de forma que, a parte dos pacientes, restarão os cuidados paliativos. Em definição da Organização Mundial da Saúde, essas práticas de zelo diante do fim da vida consistem na:

[...] assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais⁵⁴ (WHO, 2002).

De fato, os cuidados paliativos extrapolam a prática médica, já que devem ser realizados por equipe que se atente a todas as facetas do sujeito que padece de doença que ameace a vida. Dalva Yukie Matsumoto (2012, p.26) arrola princípios dessa forma de cuidado no fim da vida: Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiantar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; e oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.

O Conselho Federal de Medicina normatizou breve Resolução acerca do tema na Resolução CFM 1.805, 28 de novembro de 2006. Nela, adota-se conceito⁵⁵ próximo ao da OMS, e assegura ao médico poder suspender tratamentos, diante de terminalidade da vida⁵⁶. Longe de ser suficiente para a regulamentação e promoção dos cuidados paliativos, o que se produz e se exerce nessas formas de cuidados no País ainda é escasso (ANCP, 2021). De fato, o que se viu no Brasil pandêmico é o

⁵⁴ No original, 'Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual'.

⁵⁵ Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

⁵⁶ Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. §1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação. §2º A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário. §3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

oposto dos cuidados paliativos. Pessoas faleceram sem que recebessem atendimento necessário (DA SILVA, MANZANO, 2021), experimentando o fim da vida não com conforto, mas com desespero.

4.4 Considerações parciais

Algumas conclusões merecem ser extraídas deste capítulo antes que se parta à análise do que foi efetivamente produzido pelos Conselhos de Medicina durante a pandemia da COVID-19. Primeiro, não basta a principiologia para que se discuta alocação de recursos em contexto de pandemia. Isso é, a maximização de vidas, de tempo e qualidade de vida salvos deve ser objetivo a se alcançar, mas deve passar por critérios objetivos e justos; em segundo lugar, a legislação nacional é incipiente acerca do tema, e a normatização do conselho de classe, em especial a Resolução CFM n.º 2.156/2016, também se prova insuficiente, de forma que a produção normativa a ser encontrada deverá, de alguma forma, suprir as lacunas indicadas; e terceiro, mesmo que eventuais normativas encontradas adotem critérios de alocação de recursos, deve-se avaliar se estes incorrem em discriminação, uma vez que o critério QALY e os critérios de funcionalidade localizados são capazes de produzir distorções e incorrer em discriminação se aplicados às pessoas com deficiência.

5 DAS NORMAS EMANADAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E PELOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

O levantamento de normas do CFM e dos CRM para a consecução deste trabalho foi executado no sítio eletrônico⁵⁷ do Conselho Federal de Medicina, que compila despachos, pareceres, resoluções, recomendações e notas técnicas emanadas pelo CFM e por quase todas as regionais do país, com exceção apenas do Conselho Regional do Rio Grande do Sul (CREMERS), que agrupa suas normas em *site* independente⁵⁸.

No período abrangido pela pesquisa, entre janeiro de 2020 e setembro de 2021, foram localizadas 1.386 (mil, trezentas e oitenta e seis) normas, delas, 998 (novecentas e noventa e oito) datadas de 2020, e 338 (trezentas e trinta e oito), do ano de 2021. Dessas, 260 (duzentas e sessenta) foram emanadas pelo Conselho Federal, das quais 182 (cento e oitenta e duas) são de 2020 e 78 (setenta e oito) produzidas em 2021. A nível regional, apenas nos estados do Alagoas, Maranhão, Rondônia e Roraima não foram encontradas quaisquer normas. Dos Conselhos Regionais que produziram material, o Conselho de Minas Gerais (CRM-MG) foi o mais ativo, com 314 (trezentos e quatorze) documentos localizados; e os Conselhos do Amapá (CRM-AP) e da Paraíba (CRM-PB) os menos ativos, com um parecer e quatro resoluções, respectivamente.

Quanto às espécies de normas, foram localizadas 248 (duzentas e quarenta e oito) resoluções, o que corresponde a aproximadamente 17,9% (dezessete inteiros e nove décimos por cento) de tudo o que foi produzido. Os 911 (novecentos e onze) pareceres são os mais recorrentes, representando 65,7% (sessenta e cinco inteiros e sete décimos por cento) do material identificado, enquanto as 33 (trinta e três) recomendações representam 2,4% (dois inteiros e quatro décimos por cento); e notas técnicas e despachos juntas somam 207 normas, ou algo próximo de 14% (quatorze por cento) do que foi encontrado entre o início de 2020 e setembro de 2021.

Ocorre que a maior parte do material levantado não versa suficientemente sobre as necessidades urgentes de enfrentamento à pandemia, como orientações

⁵⁷ <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/>

⁵⁸ <https://cremers.org.br/coronavirus-resolucoes-e-portarias/>

acerca de tratamentos ineficazes, como o famigerado kit covid⁵⁹ e a ozonioterapia⁶⁰, tampouco sobre o tema da pesquisa em tela, isso é, a alocação de recursos em esgotamento, assunto considerado capital ao justo tratamento às implicações éticas do combate à COVID-19.

Do que foi efetivamente localizado, merece referência a Resolução CFM n.º 2271/2020 (CFM, 2020c). A medida, em que pese não versar expressamente sobre alocação de recursos em UTIs, cuida da conceituação dessas unidades e das chamadas Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) em seu art. 1º⁶¹. Também, discorre sobre a dinâmica de responsabilidades dos médicos intensivistas no art. 2º⁶². Decerto, os conceitos trazidos pela norma podem se provar úteis na interpretação de outras normas, como a Resolução CFM n.º 2.156/2016, já exposta na seção 4.2.

A nível autárquico federal, no entanto, nada mais há para se acrescentar, o que reforça a hipótese da omissão perpetrada pelo Conselho Federal de Medicina no enfrentamento da pandemia, e via de consequência, em potencial discriminação e violação do direito à saúde das pessoas com deficiência, nos termos do exposto nos tópicos 2.2 e 2.3.

Nos conselhos regionais, o cenário pouco diverge. No Acre, a Resolução CRM-AC n.º 1/2020 (CRM-AC, 2020a), estabeleceu comissão transitória para enfrentamento da crise de saúde pública⁶³, enquanto a Resolução CRM-AC n.º 4/2020

⁵⁹ O Parecer n.º 4/2020 (CFM, 2020a) discorre sobre o uso excepcional de cloroquina e hidroxicloroquina, adotando como argumento a autonomia médica para prescrever e orientar o tratamento. Em sentido semelhante versa a Resolução CFM 2292/2021 (CFM, 2021b), sobre a suposta natureza experimental da inalação de cloroquina.

⁶⁰ O uso da ozonioterapia não é recomendado pelo CFM no Despacho n.º 293/2020 (CFM, 2020b) para caso concreto, mas se mantém omissivo acerca da aplicabilidade da medida em larga escala.

⁶¹ Art. 1º Definir unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários como: I - Unidade de terapia intensiva (UTI): ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada. II – Unidade de cuidados intermediários (UCI): ambiente que visa ao atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte. Esses pacientes requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação da enfermaria e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

⁶² Art. 2º O responsável técnico da UTI e da UCI assume a função de coordenação-geral e chefia da equipe da unidade, devendo ser um médico especialista em medicina intensiva, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, respeitadas as especificidades das áreas adulto, pediátrico e neonatal, cabendo-lhe responder aos CRMs e à Vigilância Sanitária.

⁶³ O art. 2º da normativa dispõe que “A comissão será o órgão do CRM-AC responsável por receber as denúncias de condições precárias de trabalho e buscar por soluções rápidas para tais condições”. Dessa maneira, o que se conclui é que a “comissão de enfrentamento” visa, em princípio, resguardar

(CRM-AC, 2020b) determinou medidas preventivas para consultas e cirurgias na pandemia. Nada foi encontrado no que toca a alocação de recursos, limitando-se a última normativa a recomendar o cancelamento de cirurgias eletivas, mormente as que demandem leitos de UTI, bem como atribuir à autonomia do médico a deliberação de risco/benefício nos atendimentos ambulatoriais. No mesmo sentido, no Conselho Baiano, foi localizada a Recomendação CREMEB n.º 2/2020 (CREMEB, 2020), com orientações sobre a manutenção de atendimento ambulatorial e de realização de cirurgias eletivas, mas sem deliberar acerca de alocação de recursos. Nesse estado, apenas por questionamento é que se discutiu sobre a falta de leitos de UTI em pós-operatórios no Parecer CREMEB n.º 7/2021 (CREMEB, 2021), que não faz menção expressa à razão da falta de leitos, se em razão da pandemia ou por outra causa; nem discorre sobre alocação de recursos.

De seu turno, o Conselho do Amazonas, pelo Parecer CREMAM n.º 2/2020 (CREMAM, 2020), discute a responsabilidade dos médicos intensivistas na admissão e alta de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, valendo-se da Resolução CFM n.º 2.156/2016, também sem desenvolver acerca da alocação de recursos. O Parecer CRM-SC n.º 38/2020 (CRM-SC, 2020) também discorre sobre a responsabilidade do médico intensivista na distribuição de leitos de UTI; enquanto o Parecer CRM-MT n.º 3/2020 (CRM-MT, 2020), discorre sobre a responsabilidade de médico assistente e médico visitador na fiscalização da UTI.

O Conselho do Ceará discute a crise de recursos no Parecer CREMEC n.º 15/2021 (CREMEC, 2021) diante de consulta da Promotoria de Justiça de Defesa da A Saúde Pública do Estado do Ceará sobre a conduta médica adequada diante de esgotamento de medicamentos necessários para o procedimento de intubação. O parecer pondera:

O agravamento da pandemia (Covid-19) em todo o território nacional foi determinante para um grande aumento das internações em unidades de terapia intensiva (UTI) e conseqüente aumento do consumo de medicamentos sedativos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares, decorrente da necessidade de intubação traqueal e manutenção de ventilação mecânica para suporte ventilatório de longa permanência. Entretanto, nesse cenário e sob condições de escassez extrema de recursos,

os interesses da classe médica. Pesquisa no sítio eletrônico do CRM-AC não localizou nenhum documento que transpareça a atuação da comissão. O Conselho Regional do Espírito Santo também constituiu Comitê de Enfrentamento pela Resolução CRM-ES n.º 313/2020 (CRM-ES, 2020), igualmente sem que se localizasse, no sítio eletrônico da seccional, informações sobre a sua efetiva atuação.

o princípio da justiça social deve prevalecer, o que implica em tentar fazer o melhor para o maior número possível de pessoas. Frente a uma pandemia, as condutas médicas, em muitos casos, se assemelham às tomadas em um estado de guerra. Aliás, na II Guerra Mundial, o Brasil perdeu menos de 500 vidas (soldados) e nessa pandemia já vai perdendo mais de 400.000 vidas. Em situações extremas, como as que ocorrem em pandemias, o médico se vê na obrigação de tomar decisões as quais não estão previstas nos códigos deontológicos. No entanto, elas devem ser tomadas tendo como pilares os princípios bioéticos, base do nosso CEM (CREMEB, 2020, p.02).

Decerto, o parecer aventou reflexão importante, mas apenas a fez em nível principiológico:

Nas questões abordadas nesse Parecer, serão evidenciados os princípios: da autonomia -o direito de o paciente decidir livremente sobre o seu tratamento, e de o médico decidir pelo melhor tratamento; da não-maleficência -não se podendo fazer o melhor pelo o paciente, que não se lhe faça mal, *primum non nocere*, preceito hipocrático para o exercício da profissão (CREMEB, 2020, p.02).

O Parecer conclui, enfim, quais princípios devem reger a atuação médica caso necessária a intubação: Em caso de risco iminente de morte, sustenta dever prevalecer o princípio da beneficência – o médico atua, ou o paciente morre. Caso o estado do paciente seja grave, mas sem necessidade imediata de intubação, o médico deverá respeitar a autonomia do paciente tomando conhecimento de “seus valores e biografia”; e atuará sem limitar esforço terapêutico, salvo se o paciente tenha “doença ameaçadora da vida e irreversível, evitando a obstinação terapêutica (distanásia) e implementar cuidados paliativos”. Caso existam diretivas antecipadas de vontade⁶⁴, o parecer orientou pela maximização de esforços de não intubação. E, diante da escassez de recursos:

É direito do médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo comunicá-las ao diretor técnico, à Comissão de Ética Médica da instituição, quando houver, e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição. O médico deverá registrar em prontuário, de forma legível, para cada paciente, os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CREMEB, 2020, p.03).

⁶⁴ O art. 1º da Resolução CFM 1.995/2012 define as diretivas antecipadas como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012b). Para aprofundamento sobre o tema, recomenda-se a obra: SÁ, Maria de Fátima Freire; e NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 5. Ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.

O que se verifica é que o Parecer deixa de se manifestar sobre os aspectos mais práticos e imediatos da pandemia. Isso é, reconhece o direito da classe médica de indicar os problemas e falhas prejudiciais ao exercício da profissão, mas pouco faz para mitigá-las, já que não enfrenta o tema do equipamento para intubação em esgotamento, nem sugere medidas ou critérios adequados a serem adotados no advento dessas situações no cotidiano médico.

A Regional do Distrito Federal, por sua vez, emitiu importante Parecer, de n.º 12/2020 (CRM-DF, 2020), sobre a não discriminação de pessoas idosas na indicação de cuidados em terapia intensiva. O documento estabelece que não se deve adotar o critério etário, mas somente a funcionalidade individual para triagem de pacientes que precisem de leitos de UTI; e destaca a disposição do art. 9º⁶⁵ da Resolução CFM 2.126/2016 sobre a não discriminação, além da importância dos cuidados paliativos diante da ausência de recursos que atendam todas as demandas. Todavia, deve ressaltar que, conforme discutido anteriormente, a alocação de recursos com base na funcionalidade é critério potencialmente discriminatório em face das pessoas com deficiência, principalmente se “compreendida como a capacidade que o idoso apresenta para decidir e atuar em sua vida de forma independente e autônoma” (CRM-DF, 2020, p.2). Nesse sentido é que se deve reconhecer a relevância do Parecer, mas destacar a sua inaplicabilidade, por analogia, para casos que versem sobre as PcD.

Dois pareceres que tangenciam o tema da pesquisa foram encontrados no Conselho Regional de Minas Gerais. O Parecer CRM-MG n.º 192/2020 discute a competência técnica do diretor técnico da unidade de saúde de “avaliar a necessidade de suspensão de procedimentos eletivos, enquanto houver escassez de analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares” (CRM-MG, 2020); e o Parecer CRM-MG n.º 54/2021, que estabelece que diante “da escassez de insumos necessários ao tratamento, torna-se imprescindível que toda programação de cirurgias e procedimentos eletivos seja criteriosamente revista pelos profissionais médicos” (CRM-MG, 2021). Ocorre que, mesmo diante dos questionamentos que deram azo a estes pareceres, o CRM-MG se manteve inerte em orientar em abstrato o tema da

⁶⁵ Art. 9º As decisões sobre admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser 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 formas de discriminação (CFM, 2016).

alocação de recursos. De fato, é o estado que mais atuou diante de questionamentos, já que expediu 301 (trezentos e um) pareceres no período – aproximadamente 33% (trinta e três por cento) de todos os pareceres – enquanto publicou apenas 13 (treze) resoluções ou recomendações, equivalente a 4,6% (quatro inteiros e seis décimos por cento) do somatório nacional, nenhuma sobre o tema em pesquisa.

Já o Parecer da Regional do Paraná, de 27 de abril de 2020, manifestou sobre questionamento de diretor de hospital particular. A dúvida suscitada reflete bem a realidade dos centros de saúde públicos e privados do país. Vale o registro:

Sr. Presidente diante da escalada de casos de CORONAVÍRUS (COVID 19) em nosso país, cresce nos profissionais de saúde a preocupação com a carência de recursos para fazer frente à demanda dos pacientes infectados. É público e notório que um dos principais efeitos da pandemia é o comprometimento dos serviços de saúde pela alta demanda gerada por pacientes que necessitam de cuidados intensivos, sobretudo do recurso a equipamentos de ventilação, item fundamental no suporte à vida dos pacientes. De igual modo, o número de vagas de UTI das redes pública e privada se revela insuficiente diante do prognóstico de crescimento de casos que necessitarão de internamento. O cenário que se nos avizinha tende a não se diferenciar do quadro vivido por outros países, onde os efeitos da pandemia já estão se mostrando com toda a intensidade, colocando profissionais médicos e instituições de saúde diante dos dilemas éticos decorrentes da escassez de recursos médicos. Quais os critérios orientadores a serem adotados para uma justa priorização dos recursos médicos escassos? Prioridade de chegada ou fila de espera? Aleatoriedade? Idade do paciente, existência de comorbidades e maior expectativa de sobrevivência após a cura? Utilidade para a sociedade, como no caso dos profissionais de saúde que vieram a ser contaminados? Assim sendo fundamentado pela literatura internacional, foi elaborado uma sugestão de fluxograma de atendimento pela equipe médica do hospital mediante a instituição deste cenário de caos. Diante de tal quadro, consideramos imperioso obter um posicionamento orientador deste CONSELHO frente a tal dilema: como otimizar e melhor empregar os escassos recursos médicos frente à necessidade de maximizar resultados e tratar a todos (CRM-PR, 2020).

Diante das dificuldades e questionamentos apresentados, o parecerista, no entanto, pouco elaborou sobre critérios objetivos a serem adotados durante a crise de esgotamento de materiais. De fato, reiterou a necessidade do estabelecimento de Comissões de Bioética ou de Gestão de Crise com a “finalidade de compartilhar essa responsabilidade de difícil decisão” (CRM-PR, 2020, p.6); mas apenas reforçou as disposições da Resolução CFM n.º 2.156/2016 e da Recomendação AMIB, discutidas na seção 4.2.

As normativas relatadas até aqui são as localizadas nos Conselhos Regionais que ao menos tocaram⁶⁶ o tema da alocação de recursos. Por outro lado, em três estados, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro, foram localizadas normativas especialmente relevantes à pesquisa em tela, que merecem análise apartada. É o que se segue.

5.1 Recomendação CREMERJ n.º 5/2020

A Recomendação n.º 5 publicada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro em 14 de maio de 2020, aconselha:

[...] a utilização de critérios objetivos e transparentes para estabelecer prioridades na alocação dos pacientes em leitos de terapia intensiva e suas intervenções diante de período de esgotamento de recursos provocado pela epidemia do novo Coronavírus (Covid-19), desde que ofereça assistência integral de prevenção e alívio do sofrimento aos pacientes não eleitos (CREMERJ, 2020).

O documento de fato sugere critérios objetivos, que ultrapassam a discussão puramente principiológica e não se limitam a repetir a insuficiente Resolução CFM n.º 2.156/2016. Para tanto, o art. 2.2 da norma elenca escores de triagem cientificamente consagrados para a rigorosa alocação de leitos de UTI – O escore SOFA, o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*, versão brasileira (SPICT-BR), versão modificada à realidade brasileira do SPICT⁶⁷, e o critério de funcionalidade *PS-ECOG Score*, discutido na seção 4.2.6. O modelo de triagem ainda leva em conta: 1) a gravidade da condição clínica inicial; 2) a existência de comorbidades; e 3) o grau de funcionalidade do paciente.

⁶⁶ Não foram relatadas normativas dos: CRM-AL; CRM-AP; CREMEGO; CRM-MA; CRM-MS; CRM-PA; CRM-RN; CREMERO; CRM-RR; CREMERS; CREMESE; CREMESP; e CRM-TO, porque, em que pese tenham produzido documentos no período, não foi identificado qualquer material afeto ao objeto da presente pesquisa.

⁶⁷ O critério SPICT-BRTM não foi apresentado em tópico no capítulo anterior porque lateral aos principais scores de alocação de recursos. Trata-se de ‘Uma ferramenta para auxílio na identificação de pacientes que podem precisar de cuidados paliativos [...] O SPICTTM é uma ferramenta de identificação que possibilitando reconhecer os pacientes na atenção primária e hospitalar. É usada em vários países com sucesso e tem se mostrado eficaz no auxílio a identificação desses pacientes permitindo assim a revisão e melhor planejamento do cuidado. Utiliza indicadores gerais e específicos para melhor embasamento dessa identificação e propõe revisões na conduta e no tratamento vigente caso paciente seja identificado. Também permite a melhor comunicação entre as pessoas doentes, seus familiares e os profissionais responsáveis pelo cuidado buscando facilitar as decisões a serem tomadas’. (SPICT-BR, s.d).

Um dos aspectos mais relevantes da recomendação, todavia, é o art. 2.3, que afasta expressamente o critério de funcionalidade – potencialmente discriminatório contra as pessoas com deficiência intelectual e física – do processo de triagem dessas pessoas.

A norma ainda afasta expressamente a adoção de critérios etários⁶⁸ e estabelece formação de “equipes de triagem”, composta por médicos que não tiveram contato com o paciente avaliado e sejam experientes, com, no mínimo cinco anos de formado. Demais disso, recomenda seja ouvida e respeitada a vontade do paciente⁶⁹, devendo-se oferecer cuidado paliativo⁷⁰ que respeite a dignidade humana da pessoa que não se encaixe nos critérios necessários.

Recomendações como essa são o que se espera de um Conselho de Medicina atuante no contexto pandêmico. Isso é, medidas que versem sobre critérios justos, claros e objetivos, capazes de retirar dos ombros dos médicos da linha de frente, já desgastados pelo esforço diário, o peso moral de decidir, em última instância, quem vive e quem morre.

5.2 A Recomendação CREMEPE n.º 5/2020

A Recomendação n.º 5 do Conselho Regional de Medicina do Pernambuco que versa sobre critérios de alocação de recursos é datada de 27 de abril de 2020, e, tal qual a recomendação do CREMERJ, sugere a adoção de compilado de escores com o fito de unificar a priorização de leitos. O batizado “Escore Unificado para Priorização” (EUP-UTI), utilizada os indicadores SOFA Score simplificado, o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), o *Clinical Frailty Score* (CFS) e Índice de Desempenho de Karnofsky (KPS). Os pacientes que somarem menos pontos são os considerados mais aptos à internação em leitos de UTI.

Conforme já discutido, o critério CFS usa a funcionalidade como parâmetro para triagem de pacientes, o que pode implicar em discriminação em face das PcD. A recomendação não dispõe claramente sobre a inaplicabilidade desse critério, mas

⁶⁸ 2.4. Não utilizar, em hipótese alguma, a faixa etária como critério (CREMERJ, 2020)

⁶⁹ 5. A manifestação prévia de vontade do paciente deverá ser estimulada, devendo o paciente ser informado que sua vontade só poderá ser cumprida se houverem recursos disponíveis, após análise dos critérios técnicos (CREMERJ, 2020).

⁷⁰ 7. Aos pacientes que não forem elegíveis para cuidados de terapia intensiva, por manifestação de vontade ou pela indisponibilidade do recurso, deverá ser oferecido cuidado digno e integral que vise a prevenção e o alívio do sofrimento (CREMERJ, 2020).

o anexo, que dispõe as regras da triagem estabelece que o CFS deve ser usado apenas para “doentes com idade igual ou superior a 60 anos” (CREMEPE, 2020).

Deve-se registrar, também, que o critério KPS, *nos termos estabelecidos pela recomendação*, pode se provar discriminatório, já que acrescenta pontos a paciente “incapaz de cuidar de si mesmo” (CREMEPE, 2020), sem esclarecer os exatos termos da expressão ou suscitar exceções, de modo a deixar a interpretação para a subjetividade do responsável pela triagem. Demais disso, importante registrar que a norma adota critério etário como forma de desempate para pacientes com a mesma pontuação, ressaltando que “Os critérios de faixa etária e gestação não poderão ser utilizados isoladamente na hierarquização de prioridade, mas podem servir como critério de definição entre pacientes com mesmo escore clínico” (CREMEPE, 2020). Ademais, há orientações sobre cuidados paliativos⁷¹ e de diretivas antecipadas de vontade⁷².

5.3 O Parecer CRM-PI n.º 3/2020

O Parecer CRM-PI n.º 3/2020 responde questionamento sobre “a utilização de escores combinados (SOFA Modificado, ICC e KPS) para triagem ao acesso para unidades de terapia intensiva e assistência ventilatória” (CRM-PI, 2020). O parecerista solicitou manifestação da Câmara Técnica de Medicina Intensiva da Regional, que fez breve análise da Resolução CFM 2.156/2016; do documento elaborado pela AMIB em parceria com a ABRAMEDE, a SBGG e a ANCP (discutidos na seção 4.2); a Recomendação CREMEPE n.º 5/2020; e a Recomendação CREMERJ n.º 5/2020 (seção 5.1).

Além disso, apresenta a Recomendação n.º 01 da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que:

⁷¹ Para pacientes para os quais o acesso a uma unidade de terapia intensiva é considerado fútil, a decisão de adaptar o esforço terapêutico deve ser acordada, comunicada ao paciente e/ou família e registrada na história clínica. Isso não é um obstáculo para oferecer outros tipos de terapias, como cuidados paliativos com controle rigoroso dos sintomas [...] A sedação paliativa em pacientes hipóxicos com progressão da doença não responsiva ao tratamento deve ser considerada uma expressão de boas práticas clínicas e deve seguir as recomendações existentes. Se for previsto um curto período de morte, uma transferência para um ambiente não intensivo deve ser fornecida (CREMEPE, 2020).

⁷² Qualquer instrução “não intubar” ou “não ressuscitar” deve ser adequadamente registrada no prontuário médico, para ser usada como guia se a deterioração clínica ocorrer precipitadamente e na presença de cuidadores que não conhecem o paciente (CREMEPE, 2020).

[...] aborda fundamentos e aspectos éticos no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil, incluindo a alocação de recursos e o uso igualitário das tecnologias em saúde, nos casos em que, mesmo após a disponibilização de todos os leitos de UTI, privados e públicos, houver insuficiência de leitos, deve ser avaliado o estabelecimento de um fluxograma baseado em conhecimentos científicos para a ocupação de leitos aos pacientes que deles necessitarem, respeitando os princípios bioéticos da dignidade e de direitos humanos. Com essa finalidade, a SBB endossa o já citado documento da AMIB, elaborado em conjunto com outras sociedades de especialidades, o qual aplica um somatório de pontos (escore), priorizando para admissão em leitos de cuidados intensivos os pacientes que obtiverem as menores pontuações (CRM-PI, 2020).

Enfim, a análise técnica manifesta estar de acordo com a adoção conjunta dos escores SOFA, ICC e KPS como critérios para a triagem de pacientes que demandem cuidados intensivos, posição esta encampada pelo parecerista, mas ressalta que:

[...] do ponto de vista bioético, constitucional e de direitos humanos, os critérios de desempate sugeridos (menor idade cronológica e gestantes) não constituem os mais igualitários, comparados a outros constantes na literatura que embasa esta argumentação. Portanto, de forma a atender a todos os preceitos éticos citados ao longo deste parecer, sugerimos que os critérios de desempate passem a ser os mesmos recomendados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Bioética, com o acréscimo do tempo de espera que o paciente se encontra aguardando por uma vaga em UTI:

- a) Menor pontuação no escore SOFA Simplificado;
- b) Maior tempo de espera pela vaga de UTI;
- c) Julgamento clínico pela equipe de triagem (CRM-PI, 2020).

O conjunto de critérios sugeridos, no entanto, tem potencial de que se incorra em discriminação em razão da deficiência, já que o Índice de Funcionalidade de Karnofsky, apresentado na seção 4.2.5, pode incorrer nessa violação de direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se explorar o arcabouço normativo pátrio acerca dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial no que toca a não-discriminação em razão da deficiência e suas implicações no direito à saúde. Para tanto, investigou-se a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, dos quais o Brasil é signatário; que foram internalizados ao ordenamento jurídico brasileiro pela regra do art. 5º, §3º, CR; e tornados públicos pelo Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. De fato, trata-se de norma com força e efeitos de constituição, equivalente às emendas constitucionais, o que significa dizer que incorrer em violação às disposições da Carta de Nova Iorque implica em violação à ordem constitucional. Além disso, o estudo do Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei n.º 13.146/2015 – revelou que a dita Lei Federal veda expressamente a discriminação em razão da deficiência, definindo a conduta como distinção, restrição ou exclusão, seja por ação ou omissão, apta a prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência.

Em seguida, partiu-se à análise normatização dos Conselhos de Medicina, Federal e Regionais, de modo que se verificou suas naturezas autárquicas, permitindo concluir que o CFM e os CRMs têm típica função de administração pública, exercida de forma indireta. Dito de outra forma: os Conselhos de Medicina tratam-se da própria administração pública exercida descentralizadamente. Conclusão outra não se poderia alcançar, já que exercem típicas funções públicas: de normatizar e julgar a classe médica. Diante dessas funções, argumentou-se ser função dos Conselhos de Medicina normatizar tema nevrálgico ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. Isso é, diante da escassez de leitos de UTI, respiradores mecânicos e outros recursos, em razão da elevadíssima demanda, não se deveria deixar ao crivo da subjetividade dos profissionais da saúde quais os critérios serão adotados.

Demonstrou-se que, de fato, existe Resolução CFM, de n.º 2.156/2016, que versa sobre os critérios para alocação de leitos de cuidados intensivos; mas destacou-se que os graus de priorização por ela adotados são insuficientes em contexto de pandemia, já que mesmo o primeiro nível de prioridade, dos cinco níveis de prioridade elencados pela norma, não é apto a absorver a demanda explosiva em ocasião da pandemia. Trata-se de norma para tempos de “normalidade”, não-pandêmicos. Nesse sentido, a própria Associação de Medicina Intensiva Brasileira reconheceu a

defasagem da norma, já que elaborou a “Recomendação de Alocação de Recursos em Esgotamento Durante a Pandemia da COVID-19” em parceria com a Associação Brasileira de Medicina de Emergência, com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em que estabelece conjunto de parâmetros objetivos, os *scores*, de forma a preencher as lacunas e tornar objetiva a alocação de recursos. Em que pese relevante, a recomendação não é imune a críticas, já que um dos *scores* usados - o ECOG-PS – é potencialmente discriminatório, porque verifica funcionalidade.

Diante da relevância de se conhecer, a nível principiológico, quais são os critérios de alocação de recursos mais comumente adotados, foi estudado o princípio da maximização de vidas salvas, e compreendeu-se que este princípio não visa tão somente à quantidade de vidas, mas também à qualidade das vidas. Isso é, para a alocação de recursos, deve-se ter por critério a quantidade de pessoas salvas e a qualidade e longevidade das vidas salvas.

A nível prático, conclusões relevantes são possíveis. O que se notou é que critérios que se baseiam em falhas orgânicas, como o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA); ou de comorbidades, como o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), não transparecem discriminação, *a priori*. Por outro lado, critérios de funcionalidade, como o *Clinical Frailty Score* (CFS), o *Karnofsky Performance Status* (KPS) e *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG-OS) tem o potencial de incorrer em discriminação em razão da deficiência, já que categorizam grupos preteridos dos recursos com base em sua capacidade de autocuidado. O CFS, via de exemplo, considera pessoas moderadamente frágeis (pontuam mais no score, e por isso são preteridas) aquelas que necessitam de ajuda para atividades da vida diária, como subir escadas, tomar banho ou se vestir. Outro critério que padece de críticas é o Quality Adjusted Life Years (QALY), porque não remove a subjetividade da equação, já que o baseia-se em uma noção de qualidade de vida não necessariamente universalizável.

Com essas considerações, foram levantadas as normas produzidas pelo CFM e pelos CRMs durante a pandemia de modo a oferecer resposta ao problema proposto por este trabalho. Isso é, perquiriu-se se o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina adotaram medidas adequadas para orientar a categoria profissional médica acerca da alocação de recursos escassos no contexto

da pandemia de COVID-19 de forma a não incorrer em discriminação, em especial contra as pessoas com deficiência (PcD).

Da análise das normas, é de se concluir que o Conselho Federal de Medicina deixou de normatizar acerca do esgotamento de recursos no período objeto da pesquisa – entre janeiro de 2020 e setembro de 2021 – de modo a incorrer em omissão acerca de tema considerado nevrálgico ao enfrentamento da pandemia; e, via de consequência do que foi exposto, potencialmente fomentar alocação discriminatória de recursos com base na subjetividade dos profissionais de saúde.

No que toca os Conselhos Regionais de Medicina, a situação é semelhante. Apenas nos estados do Rio de Janeiro (CREMERJ); do Pernambuco (CREMEPE); e do Piauí (CRM-PI), foram encontrados documentos que versam sobre alocação de recursos escassos; e nenhum deles trata-se de Resolução Normativa, com efeito de norma jurídica, vinculante à classe médica. Isso é, tratam-se de Recomendações ou Pareceres, de natureza opinativa. Acerca de seus conteúdos, o Parecer CRM-PI n.º 3/2020 e a Recomendação CREMEPE n.º 5/2020 sugerem explicitamente a adoção de critérios de funcionalidade: o CFS e o KPS e não fazem qualquer ressalva acerca da sua aplicação quando da triagem de pessoas com deficiência, o que acaba por redundar em distorções de modo a preterir essas pessoas do acesso a leitos de UTI ou respiradores mecânicos, por exemplo. De outro lado, merece louvor a Recomendação CREMERJ n.º 5/2020 que determina explicitamente que critérios de funcionalidade, como o ECOG-PS, não devem ser aplicados à triagem de pacientes com deficiência, o que coaduna com o que foi verificado neste trabalho no que diz respeito à natureza discriminatória destes.

Em síntese, os Conselhos de Medicina incorreram em discriminação em duas frentes. Na primeira, em razão da omissão na normatização de critérios objetivos que complementem ou substituam a Resolução CFM n.º 2.156/2016, manifestamente insuficiente em contexto de pandemia; e, em segundo lugar, por sugerirem aplicação de critérios de funcionalidade no Parecer CRM-PI n.º 3/2020 e a Recomendação CREMEPE n.º 5/2020. Enfim, deve-se destacar a Recomendação CREMERJ n.º 5/2020, que afasta expressamente critérios de funcionalidade na triagem de pacientes com deficiência; mas, por se tratar de Recomendação, lhe falta a força normativa necessária para vincular a classe médica.

REFERÊNCIAS

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/> Acesso: 03 nov. 2021.

BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia. Igualdade: 3 dimensões, 3 desafios. In: **Direitos fundamentais e jurisdição constitucional: análise, crítica e contribuições** / Clèmerson Merlin Clève, Alexandre Freire Coordenação – 1. Ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

BBC. **‘Em colapso’: a dramática situação dos hospitais da Itália na crise do coronavírus**. 19 de março de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51968491>. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRANDÃO, Rodrigo Antônio Neto. **Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo SDR**. 11/01/2018. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/7329/sindrome_do_desconforto_respiratorio_agudo_sdra.htm. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 7.955, de 13 de setembro de 1945**. Institui Conselhos de Medicina e dá outras providências. Revogado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del7955.htm. Acesso em 16 jun. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 3268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm. Acesso em 16 jun. 2021.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. Grupo GEN, 2021. 9788530993351. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993351/>. Acesso em: 01 nov. 2021

BRASIL. **Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de agosto de 2009. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. **Dec. Legislativo n.º 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm Acesso em: 22 de outubro de 2021.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/l13146.htm. Acesso em: 20 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização de Vacinação contra Covid-19. 2021e**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>. Acesso em: 16 out. 2021.

BRUNA, Maria Helena Varella. **Síndrome de Down e doenças associadas**. S.d. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/pediatria/sindrome-de-down-e-doencas-associadas/> Acesso em: 03 nov. 2021.

BOTA, Daliana Peres; MELOT, Christian; FERREIRA, Flávio Lopes; BA, Vihn Nguyen; e VINCENT, Jean-Louis, 2002. **The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction**. Intensive Care Medicine, 28(11), 1619–1624. doi:10.1007/s00134-002-1491-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12415450/> Acesso em: 22 out. 2021.

CAMPBELL, Fiona Kumari. Inciting legal fictions: Disability date with ontology and the ableist body of the law. **Griffith Law Review**, 10, 2001. Disponível em: https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/3714/17563_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Acesso em: 20 out. 2021.

CASTEL, Robert. **A Discriminação Negativa: cidadãos ou autóctones?** (136p) La Discrimination Negative: citoyens ou indigènes? Tradução: Francisco Moras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CHARLSON, Mary E; POMPEI, Peter; ALES, Kathy L., MACKENZIE, C.Ronald. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation**. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021968187901718>. Acesso em: 06 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n.º 1.998/2012a**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1998>. Acesso em: 03 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n.º 1.995/2012b**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n.º 2.156/2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer CFM n.º 4/2020**. Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4> Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Despacho COJUR/CFM n.º 293/2020b**. Ozonioterapia. Requerimento de autorização franca de uso em virtude da pandemia de COVID-19. Ausência de indicação de uso prático no caso aventado. Inexistência de fato novo a justificar alteração na norma regulamentar. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2020/293>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução n.º 2.271/2020c**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>. Acesso em: 06 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Institucional**. 2021a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/institucional/>. Acesso em: 03 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n.º 2.292/2021b**. Estabelece que a administração de hidroxicloroquina e cloroquina em apresentação inalatória é procedimento experimental, só podendo ser utilizada por meio de protocolos de pesquisa aprovados pelo sistema CEP/CONEP. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2021/2292>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ACRE (CRM-AC). **Resolução CRM-AC n.º 01/2020a**. Cria a Comissão Transitória de Crise de Enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/AC/2020/1>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ACRE (CRM-AC). **Resolução CRM-AC n.º 04/2020b**. Recomenda medidas preventivas a serem adotadas na realização de consultas e cirurgias eletivas em estabelecimentos de saúde em geral para enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/AC/2020/4>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO AMAZONAS (CREMAM). **Parecer CREMAM n.º 02/2020**. A admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica em cada caso concreto. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/AM/2020/2>. Acesso em: 27 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA BAHIA (CREMEB). **Recomendação CREMEB n.º 02/2020**. Recomenda a manutenção das consultas e procedimentos ambulatoriais e orienta para a realização de cirurgias durante a pandemia do COVID-19. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BA/2020/2>. Acesso em: 27 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA BAHIA (CREMEB). **Parecer CREMEB n.º 07/2021**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2021/7>. Acesso em: 27 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ (CREMEC). **Parecer n.º CREMEC 15/2021**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2021/15>. Acesso em: 06 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM-DF).

Parecer CRM-DF n.º 12/2020. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/DF/2020/12>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO (CRM-ES).

Resolução CRM-ES n.º 313/2020. Cria o Comitê de Crise de Enfrentamento da COVID-19. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/ES/2020/313>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS (CRM-MG). **Parecer CRM-MG n.º 192/2020**. Cabe ao diretor técnico avaliar a necessidade de suspensão de procedimentos eletivos, enquanto houver escassez de analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2020/192>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS (CRM-MG). **Parecer CRM-MG 54/2021**. Diante do recrudescimento da pandemia de COVID-19 e da escassez de insumos necessários ao tratamento, torna-se imprescindível que toda programação de cirurgias e procedimentos eletivos seja criteriosamente revista pelos profissionais médicos; sendo recomendável a suspensão dos considerados não essenciais. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2021/54>. Acesso em: 13 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA (CRM-SC). **Parecer CRM-SC n.º 38/2021**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2021/38>. Acesso em: 06 nov. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MATO GROSSO (CRM-MT). **Parecer n.º 18/2020**. Acerca da responsabilidade do médico assistente e do médico visitador na UTI. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MT/2020/18>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ).

Recomendação CREMERJ n.º 05/2020. Recomenda a utilização de critérios objetivos e transparentes para estabelecer prioridades na alocação dos pacientes em leitos de terapia intensiva e suas intervenções diante de período de esgotamento de recursos provocado pela epidemia do novo Coronavírus (COVID-19), desde que ofereça assistência integral de prevenção e alívio do sofrimento aos pacientes não eleitos. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/RJ/2020/5>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PERNAMBUCO (CREMEPE).

Recomendação CREMEPE n.º 05/2020. Recomenda a utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso a leitos de terapia intensiva, assistência ventilatória e palição, como meio de hierarquização da gravidade dos pacientes, na ausência absoluta de leitos suficientes para atender a demanda terapêutica. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/PE/2020/5>. Acesso em: 06 out. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PIAUÍ (CRM-PI). **Parecer CRM-PI n.º 03/2020**. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PI/2020/3>. Acesso em: 06 out. 2021.

DE LAVOR, Adriano. **Amazônia sem respirar**: falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus. Disponível em:

<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/amazonia-sem-respirar>. Acesso em: 06 nov. 2021.

EMANUEL, Ezekiel; PERSAD, Govind; UPSHUR, Ross; THOME, Beatriz; PARKER, Michael; GLICKMAN, Aaron; ZHANG, Cathy; BOYLE, Connor; SMITH, Maxwell; e PHILLIPS, James P. **Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. 2020**. The New England Journal of Medicine, 23 de março de 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/yx5dasqb> . Acesso em: 24 out. 2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo**. 2. Ver, ampl. e atual. Salvador, PE: Juspodivum, 2016.

FERNANDES, Felipe Nogueira. **A criação de conselhos profissionais e a delegação da atividade de fiscalização de profissões regulamentadas**. 25 de

outubro de 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16042692.pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Souza; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **(Re)pensando a Pesquisa Jurídica: teoria e prática**. 5. Ed. ver., ampl. e atual. – São Paulo: Almedina, 2020.

HOSNI, David Salim Santos. O conceito de deficiência e sua assimilação legal: incompatibilidade entre concepção não etiológica adotada no Estatuto da Pessoa com Deficiência e a fundamentação da incapacidade na falta de discernimento. In: PEREIRA, Fabio Queiroz; MORAIS, Luísa Cristina de Carvalho; LARA, Mariana Alves (Orgs.). **A teoria das incapacidades e o Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018, p. 35-58.

KLEINMAN, Zoe. **Coronavirus: 'Frailty score' plan angers special needs parents**. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/health-52022965>. Acesso em 28 jun. 2021.

KRETZER, Lara; BERBINGER, Eduardo; LISBOA, Rafael; GRUMMAN, Ana Cristina; e ANDRADE, Joel. **Protocolo AMIB de Alocação de Recursos Em Esgotamento Durante a Pandemia por COVID-19**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 24 de abril de 2020a. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_d_e_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf. Acesso em 24 jun. 2021.

KRETZER, Lara; BERBINGER, Eduardo; LISBOA, Rafael; GRUMMAN, Ana Cristina; e ANDRADE, Joel. **Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 01 de maio de 2020b. Disponível online: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-_Versa_o_2_-_Protocolo_AMIB_de_alocac_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

LAMBDEN, Simon; LATERRE, Pierre François; LEVY, Mitchel M.; e FRANÇOIS, Bruno. **The SOFA score—development, utility and challenges of accurate assessment in clinical trials**. *Crit Care* **23**, 374 (2019). Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-019-2663-7#citeas>. Acesso em: 06 nov. 2021.

LEITE, Flávia Piva Almeida. **Comentários ao estatuto da pessoa com deficiência**. Editora Saraiva, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553612109>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MACHADO, Leandro; BARIFOUSE, Rafael. **'Estamos apavorados': o drama de médicos na linha de frente do atendimento ao coronavírus no Brasil.** Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52057783> Acesso em: 15 ago. 2021.

MANZANO, Fábio; SILVA, Camila Rodrigues da. 20 de março de 2021. **Mortes na fila por um leito de UTI, falta de insumos e funerárias sem férias:** os sinais do colapso na saúde brasileira. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/20/mortes-na-fila-por-um-leito-de-uti-falta-de-insumos-e-funerarias-sem-ferias-os-sinais-do-colapso-na-saude-brasileira.ghtml>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In.: **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** Ampliado e Atualizado. 2ª ed. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23> Acesso em: 20 out. 2021.

MOR, Vincent; LALIBERTE, Linda; MORRIS, John N.; e WIEMANN, Michael. The Karnofsky Performance Status Scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6704925/>. Acesso em: 20 out. 2021.

MOREIRA, Ardilhes; PINHEIRO, Lara. **OMS declara pandemia de coronavírus.** Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml> Acesso em 20 out. 2021.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** Grupo GEN, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788597027648>. Acesso em: 20 out. 2021.

Acesso em: 15 out. 2021

NHS, Specialized Clinical Frailty Network. **Clinical Frailty Scale: Frailty and COVID-19: why, what, how, where and when?** Disponível em: <https://www.scfn.org.uk/clinical-frailty-scale> Acesso em 24 jul. 2021.

OKEN, Martin M; CREECH, Richard H.; TORMEY, Douglass C.; HORTON, John; DAVIS, Thomas E.; MCFADDEN, Eleanor, T.; e CARBONE, Paul P. **Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group.** Disponível em: https://journals.lww.com/amjclinicaloncology/Abstract/1982/12000/Toxicity_and_response_criteria_of_the_Eastern.14.aspx Acesso em: 06 nov. 2021.

PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional.** Grupo Gen, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530988319/>. Acesso em: 22 out. 2021.

PITELLI, Sérgio Domingos. **O poder normativo do Conselho Federal de Medicina e o direito constitucional à saúde.** Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81294/84933> Acesso em 22 out. 2021.

MARMELSTEIN, George; MOROZOWSKI, Ana Carolina. **Que Vidas Salvar? Escassez de Leitos de UTI, Critérios Objetivos de Triagem e a Pandemia da COVID-19.** Revista Publicum. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 94-117, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/publicum/article/view/57573/37411> Acesso: 08 ago 2021.

REDE AMAZÔNICA, G1. **Crise do oxigênio: um mês após colapso em hospitais, Manaus ainda depende de doações do insumo.** Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/02/14/crise-do-oxigenio-um-mes-apos-colapso-em-hospitais-manaus-ainda-depende-de-doacoes-do-insumo.ghtml> Acesso em: 15 ago. 2021.

ROCKWOOD, Kenneth; THEOU, Olga. 2020. **The SOFA score—development, utility and challenges of accurate assessment in clinical trials.** Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7458601/> Acesso em: 05 nov. 2021.

ROFFMAN, Caroline E; BUCHANAN, John; ALISON, Garry T. Charlson Comorbidities Index. In.: **Journal of Physiotherapy**, vol.: 62, issue 3, julho de 2016, p. 171. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1836955316300108?token=FC43FB5204E2EBE046EE07819D959D9B98639DA125DC580D460E2BF75011DD1B11EA584CD CDF2AEF8BA211DBF54DDCBF&originRegion=us-east-1&originCreation=20211030161648> Acesso em: 06 nov. 2021.

SATOMI, Érika, SOUZA, Poliana Mara Rodrigues, THOMÉ, Beatriz; REINGENHEIM, Cláudio; WEREBE, Eduardo; TROSTER, Eduardo Juan; SCARIN, Farah Cristina de La Cruz; BACHA, Hélio Arthur; GRUNSPUN, Henrique; FERRAZ, Leonardo José Rolim; BUENO, Marco Aurélio Scarpinella; BARROS, Mario Thadeu Leme de; e BORGES, Pedro Custódio de Mello. **Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas.** einstein (São Paulo). 2020;18:eAE5775. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/vTdGYcZkxvFYjZGZH9cNN4v/?lang=pt&format=html> Acesso em: 07 jul 2021

SCHULMAN, Gabriel. **Critérios para alocação de recursos escassos – leitos hospitalares – em vista do Covid-19.** Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil, Belo Horizonte, v. 28, p. 231-253, abr./jun. 2021. Parecer.

SÁ, Maria de Fátima Freire; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito** / Maria de Fátima Freire de Sá, Bruno Torquato de Oliveira Naves – 5. ed. – Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; SOUZA, Iara Antunes de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira; 1 Vídeo (25 min). **Série Diálogo 15 – Coronavírus: Alguns aspectos acerca da Atuação do CFM e dos CRMs**, publicado pelo canal CEBID, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UMs7JwclfnU> Acesso em 20 jun. 2021.

SOUZA, Iara Antunes de. **Estatuto da Pessoa com Deficiência: curatela e saúde mental.** 1. ed. Belo Horizonte: D'Plácido Editora, 2016. v. 1. 464p.

WEINSTEIN, Milton C.; TORRANCE, George; MCGUIRE, Alistair. **QALYs: the basics**. Value in health, v. 12, p. S5-S9, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19250132/> Acesso em 06 out. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2nd ed. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 27 out. 2021.