

Judicialização da pandemia e os *guidelines*: autocontenção judicial no exame das escolhas trágicas envolvendo vagas em leitos de UTI realizadas por profissionais da saúde

Pandemic judicialization and guidelines: judicial self-containment in the examination of tragic choices involving vacancies in ICU beds performed by health professionals

Dirceu Pereira Siqueira(1); Marcel Ferreira dos Santos(2)

1 Coordenador e Professor Permanente do Programa de Mestrado em Direito do Centro Universitário Cesumar (UniCesumar); Pós-doutor em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal), Doutor e Mestre em Direito Constitucional pela Instituição Toledo de Ensino - ITE/Bauru.

E-mail: dpsiqueira@uol.com.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9073-7759>

2 Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas no Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Mestre em Ciências Jurídicas no Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Professor Coordenador do Curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Campus Maringá. Juiz de Direito no TJPR.

E-mail: marcelfsantos@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1742-9519>

Revista Brasileira de Direito, Passo Fundo, vol. 17, n. 2, e4553, maio-agosto, 2021 - ISSN 2238-0604

[Received/Recebido: junho 4, 2021; Accepted/Aceito: dezembro 13, 2021;

Publicado/Published: maio 2, 2022]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-0604.2021.v17i2.4553>

Como citar este artigo / How to cite item: [clique aqui/click here!](#)

Resumo

O presente artigo tem por objetivo investigar, sob o ponto de vista interdisciplinar – com base na ciência médica e jurídica –, um fato escancarado pela pandemia: a escassez de serviços de saúde, especialmente leitos de UTI, e os critérios de escolha de quem vive e quem morre (“escolhas trágicas”) utilizados diariamente por profissionais da área da saúde. Como problema de pesquisa, pretende-se discutir em que medida o Estado-Juiz deve, ou não, interferir nas escolhas trágicas realizadas pela equipe de triagem de unidades hospitalares com base em *guidelines*, no contexto de acesso à justiça. A judicialização da pandemia é um fenômeno natural decorrente do agravamento dos problemas experimentados pela nossa sociedade no contexto de uma crise sanitária atípica. A tomada de decisão sobre quem irá ocupar leitos de UTI em um quadro fático de escassez de recursos traduz uma “escolha trágica”. Ao judiciário é reservada, a princípio, uma postura de deferência em relação à ciência médica. Em situações pontuais, todavia, impõe-se a intervenção comedida com vistas a assegurar a própria eficiência macro do sistema. A pertinência temática da pesquisa está assentada no fato de a escassez de serviços de saúde ter atingido níveis alarmantes na pandemia. Como percurso metodológico, utilizar-se-á do método hipotético-dedutivo. Aventa-se como hipótese a ser corroborada ou refutada ao longo da pesquisa que o Poder Judiciário não é a instância adequada para resolução da falta de vagas em leitos de UTI. Como procedimento, objetiva-se o aprofundamento teórico por meio de pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Scopus, EBSCO, Google Acadêmico, sem olvidar protocolos de associações e entidades médicas nacionais e estrangeiras.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. *Guidelines*. Escolhas trágicas. Direitos da personalidade. Autocontenção.

Abstract

This article aims to investigate, from an interdisciplinary point of view - based on medical and legal science - a fact that is wide open by the pandemic: the scarcity of health services, especially ICU beds, and the criteria for choosing who lives and who dies (“tragic choices”) used daily by health professionals. As a research problem, it is intended to discuss to what extent the State-Judge should, or should not, interfere in the tragic choices made by the hospital unit screening team based on guidelines, in the context of access to justice. The judicialization of the pandemic is a natural phenomenon resulting from the worsening of the problems experienced by our society in the context of an atypical health crisis. The decision-making about who will occupy ICU beds in a factual context of scarcity of resources translates into a “tragic choice”. At first, the judiciary is deferred to medical science. In specific situations, however, a moderate intervention is necessary in order to ensure the system’s own macro efficiency. The thematic relevance of the research is based on the fact that the scarcity of health services has reached alarming levels in the pandemic. As a methodological path, the hypothetical-deductive method will be used. It is suggested as a hypothesis to be corroborated or refuted throughout the research that the Judiciary Branch is not the appropriate instance to resolve the lack of vacancies in ICU beds. As a procedure, the objective is to deepen the theory through bibliographic research in the databases of Scopus, EBSCO, google scholar, without forgetting protocols of national and foreign medical associations and entities.

Keywords: Judicialization of health. Guidelines. Tragic choices. Personality rights. Self-containment.

1 Introdução

A crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19 que afeta o mundo é acompanhada de uma crise econômica, social e humanitária. Os efeitos desencadeados pela pandemia atingem, infelizmente, direitos fundamentais e da personalidade dos cidadãos, os quais, para recompor o *status quo ante* de determinadas relações intersubjetivas ou posições jurídicas, têm de se socorrer ao Poder Judiciário. Os direitos à vida, à saúde, ao lazer, à liberdade de locomoção, por exemplo, são sobremaneira impactados por medidas legais e administrativas tomadas pelo poder público para fazer frente ao novo coronavírus.

O Poder Judiciário, como órgão vocacionado à resolução de conflitos de interesses e tutela de direitos fundamentais e da personalidade dos cidadãos, tem sido chamado a intervir – de forma *macro* e *micro* – em inúmeras questões sensíveis envolvendo direta ou indiretamente os impactos da pandemia nas relações sociais.

A judicialização da pandemia representa, assim, um fenômeno natural decorrente do agravamento dos problemas experimentados pela nossa sociedade no contexto de uma crise sanitária atípica e encontra amparo no próprio arranjo constitucional lastreado no acesso à justiça (art. 5º, inciso XXXV, CRFB/88). A pluralidade de questões fáticas e jurídicas que chegam aos Tribunais Superiores, por óbvio, perpassa, inicialmente, pela trincheira do 1º grau de jurisdição. Magistrados no Brasil todo têm de lidar diariamente com drama humano agravado pela pandemia.

O protagonismo do Poder Judiciário, todavia, pode sofrer questionamentos em situações pontuais em que determinadas escolhas são tomadas por seus membros em substituição a personagens ou agentes de transformação social no enfrentamento da COVID-19.

O presente artigo tem por objetivo investigar, sob o ponto de vista interdisciplinar – com base na ciência médica e jurídica –, questões que versão sobre um fato escancarado pela pandemia: a escassez de serviços de saúde, especialmente leitos de UTI, e os critérios de escolha de quem vive e quem morre (“escolhas trágicas”) utilizados diariamente por profissionais da área da saúde no mundo inteiro e seus impactos nos direitos da personalidade.

Como objetivo geral, tenciona-se identificar como são estruturados alguns dos *guidelines* orientadores da conduta do médico no contexto de escolhas trágicas envolvendo a obtenção de vagas em leitos de UTI e se o Poder Judiciário é a instância adequada para sua revisão.

Mesmo em países centrais – dotados de alto nível de desenvolvimento econômico e social –, a pandemia da COVID-19 tem provocado um colapso na estrutura de saúde. Naturalmente, o número de unidades e terapia intensiva (UTI) é inferior à demanda, razão pela qual os profissionais da saúde têm de escolher quem vive e quem morre.

A tomada de decisão sobre quem irá ocupar leitos de UTI em um quadro fático de escassez de recursos traduz necessariamente uma escolha trágica. *Guidelines* são desenvolvidos para auxiliar profissionais da saúde responsáveis pela triagem a terem parâmetros adequados/justos de priorização de leitos em situação de escassez, especialmente no contexto da pandemia da COVID-19.

Ações judiciais chegam ao Poder Judiciário objetivando a concessão de liminares para obtenção de vagas em leitos de UTI para pacientes em estado de saúde crítico decorrente do agravamento da COVID-19. Urge examinar em que medida o Estado-Juiz deve, ou não, interferir nessas questões dramáticas, no contexto de acesso à justiça, já que nenhuma lesão ou ameaça de direito poderá deixar de ser apreciada pelo Poder Judiciário (art. 5º, XXXV, CRFB/88).

Como forma de minudenciar a pesquisa, será abordada, no item 2, a judicialização da saúde no contexto da pandemia. Um dos objetivos específicos é ambientar, inicialmente, a intervenção judicial em matéria geral de judicialização da vida, da política e da saúde para, posteriormente, ao final do artigo, transplantar esses conhecimentos teóricos para o campo dos limites da judicialização do gerenciamento de vagas de leitos em UTI.

No item 3, serão explorados alguns *guidelines* orientativos de ações de profissionais da área médica nas escolhas de prioridades em contexto de escassez de recursos. Os critérios cronológico e da gravidade da condição clínica – traduzidos, respectivamente, nas máximas “quem primeiro chega, é servido” e “paciente que ostenta condição clínica mais grave tem prioridade” serão, ao lado de outros, discutidos.

No item 4, após examinados alguns dos critérios de base de *guidelines*, será reavaliada a questão central da pesquisa: o Poder Judiciário pode vir a ser chamado a intervir no gerenciamento de vagas de UTI e seus respectivos critérios de escolha e, em caso positivo, como deve proceder?

A importância da temática reside no fato de os direitos da personalidade – consubstanciados na tutela da pessoa humana em suas múltiplas projeções – serem negativamente impactados, de forma micro e macro, a depender do caminho a ser tomado pelo Poder Judiciário ao reavaliar as escolhas trágicas realizadas por profissionais da área de saúde embasadas em diretrizes fixadas em *guidelines*.

Como percurso metodológico para o desenvolvimento do trabalho, utilizar-se-á do método hipotético-dedutivo. Aventa-se, como hipótese, que o Poder Judiciário não é a instância adequada para resolução específica de questões envolvendo vagas em leitos de UTI, sob pena de colapsar o sistema e violar o princípio da isonomia, remanescendo atuação residual destinada a tutelar de forma macro a eficiência do sistema de saúde público e privado. Para corroborá-la ou refutá-la ao longo da pesquisa, passar-se-á pelo processo de inferência dedutiva.

Como procedimento, objetiva-se o aprofundamento teórico por meio de pesquisa bibliográfica nas bases dados disponíveis, a exemplo da Scopus, google acadêmico e EBSCO, além de análise interdisciplinar por meio da consulta a protocolos e diretrizes de associações e entidades médicas nacionais e estrangeiras.

2 Judicialização da saúde no contexto da pandemia e seus impactos

Judicialização traduz uma expressão designativa de um fenômeno que ocorre em vários países consistente no fato de questões sensíveis de cunho político, social, ético e moral passarem a ser solucionadas pelo Poder Judiciário, em substituição às instâncias do executivo e legislativo. Significa, pois, deslocar o conhecimento de determinadas matérias para o Judiciário frente ao não solucionamento, como deveria, pelas instâncias políticas tradicionais.

Luís Roberto Barroso apresenta conceituação interessante sobre o fenômeno:

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro. A seguir, uma tentativa de sistematização da matéria¹.

Na atual quadra do pensamento moderno, é usual falar-se em judicialização da vida², da política³ e da saúde. O objetivo desta pesquisa não é explorar de forma

- 1 BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *(Syn)thesis*, v. 5, n. 1, p. 24-25, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- 2 A judicialização da vida pode ser exemplificada: (i) nas intervenções do Supremo Tribunal Federal reconhecimento da possibilidade de aplicação da união estável entre pessoas do mesmo sexo, no ano de 2011, em sede de ação direta de inconstitucionalidade 4277 e ação de descumprimento de preceito fundamental 132; (ii) no julgamento do mandado de injunção 7733/DF, em que, para além de reconhecer a mora inconstitucional do Congresso Nacional, aplicou-se, com efeitos prospectivos, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito, a Lei nº 7.716/89 a fim de estender a tipificação prevista para os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional à discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero.
- 3 Como exemplo de judicialização da política, de se ver o deslocamento para o Supremo Tribunal Federal da discussão sobre o rito do processamento do impeachment da ex-presidente Dilma Rousseff.

profunda as causas da judicialização no Brasil⁴, mas apenas contextualizá-la com o pano de fundo da saúde, mais especificamente – para os fins propostos – da pandemia.

A judicialização – é importante assentar – repercute não só nos orçamentos públicos, mas, de igual modo, no equilíbrio contratual nas relações privadas entre operadoras de planos de saúde e os beneficiários⁵. Há em curso, portanto, uma avalanche de ações que repercutem nas políticas públicas de saúde e na saúde complementar⁶.

É interessante notar que o direito brasileiro experimenta um novo paradigma, modificado profundamente nos últimos anos. Caracterizado pela ênfase aos direitos sociais, com destaque para o direito à saúde, esse paradigma diferenciado provocou significativo deslocamento de poder do âmbito do Executivo e do Legislativo para o Poder Judiciário.⁷

Ações judiciais baseadas em disposições constitucionais que tratam do direito à saúde e laudos médicos indicativos, à luz do médico que acompanha o paciente, da indispensabilidade de determinado medicamento, por exemplo, acabam funcionando como componente do fator de explosão da judicialização da saúde no Brasil.

- 4 Algumas dessas causas podem ser resumidas da seguinte maneira: (i) com a redemocratização do país experimentada com a Constituição de 1988, o Judiciário deixou de ser um departamento técnico-especializado e se transformou em poder político capaz de fazer valer a constituição e as leis; (ii) constitucionalização abrangente trouxe para a Constituição muitas matérias que anteriormente ficavam a cargo do processo político majoritário; (iii) sistema brasileiro de constitucionalidade mais abrangente do mundo combinando aspectos de dos sistemas americano e europeu (BARROSO, Luís Roberto. *Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. (Syn) thesis*, v. 5, n. 1, p. 24-25, 2012).
- 5 Países como os EUA, de forma diametralmente oposta ao Brasil, apresentam resposta simples e insuficiente para os problemas de saúde. O sistema está baseado na escolha individual, de beneficiários de planos de saúde e das operadoras, as quais podem negociar grande diversidade de planos, com diferentes graus de cobertura; outros países, a exemplo do Reino Unido, são dotados de organismos especializados para responder a esse conjunto complexo de questões. É o caso do NICE (Nacional Institute for Health and Care Excellence) – parte essencial do sistema de saúde britânico (AZEVEDO, Paulo Furquim de. *Juízes de Jaleco: a judicialização da saúde no Brasil*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342720909_Juizes_de_Jaleco_a_judicializacao_da_saude_no_Brasil. Acesso em: 24 abr. 2021).
- 6 “Também na esfera privada, a judicialização afeta direta ou indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadores e prestadores de serviços de assistência à saúde. Pela sua escala, a judicialização da saúde tornou-se relevante não apenas para o sistema de assistência à saúde, mas para o próprio Judiciário, que tem que lidar com centenas de milhares de processos, vários dos quais sobre temas recorrentes e quase sempre contendo pedidos de antecipação de tutela ou liminares” (AZEVEDO, Paulo Furquim de; AITH, FERNANDO MUSSA ABUJAMRA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, DF: Insper: CNJ, 2019, p. 15. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021).
- 7 SARMENTO, Daniel. *O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades*. In: Direitos fundamentais e estado constitucional: estudos em homenagem a J.J. Gomes Canotilho. LEITE, Georg Salomão. SARLET, Ingo Wolfgang (orgs.) São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009, p. 10.

O Poder Judiciário, inevitavelmente, acaba moldando políticas públicas e interferindo nas relações privadas. Juízes têm decidido pela incorporação de novos medicamentos e procedimentos em milhares de ações individuais amparados no supra princípio da dignidade da pessoa humana e no direito social à saúde.

A previsão do art. 196 da Constituição da República, a propósito, a qual estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do estado, foi durante décadas usada como salvaguarda para a concessão de um número ilimitado de decisões contra o Poder Público envolvendo medicamentos, órteses, próteses, incorporação de novas tecnologias etc. O famoso caso da fosfoetanolamina – conhecida como pílula do câncer – gerou, no período de oito meses, 13 mil liminares para que a Universidade de São Paulo fornecesse medicamento ainda não aprovado pela ANVISA e cuja eficácia ainda não havia sido comprovada por estudos técnicos⁸.

Não se trata o presente artigo de uma crítica ao Poder Judiciário. Em verdade, a atuação do Poder Judiciário é indispensável à manutenção do Estado Democrático de Direito. Como instrumento de tutela de direitos fundamentais e da personalidade, juízes têm de intervir para solucionar conflitos no sistema de saúde, a exemplo de operadoras de planos de saúde que descumprem contratos ou abusam de sua relação com beneficiários de planos, prefeituras e governos estaduais que descumprem a política pública de saúde orientadas pela ANVISA, CONITEC ou ANS⁹.

A judicialização da saúde apresenta efeitos negativos. Clenio Jair Schulze averba que a judicialização da saúde gera os seguintes efeitos positivos: (i) a correção da administração, considerando que grande parte da judicialização da saúde no Brasil (35%) decorre do não fornecimento de tecnologias já incorporadas, ou seja, de medicamentos e produtos que já constam da relação de medicamentos e que, portanto, devem ser fornecidos diretamente no SUS; (ii) a incorporação de novas tecnologias em decorrência das inúmeras decisões judiciais que levam o SUS e a ANS a incorporá-las, após comprovação de eficácia, acurácia, da segurança, da eficiência e do custo-efetividade; (iii) concretização da teoria dos direitos fundamentais; (iii) o aumento da regulação e; (iv) a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC; (v) o fomento ao uso da medicina baseada em evidências como critério da decisão judicial¹⁰.

É preciso, entretanto, sopesar – a partir de uma visão de macro justiça – que os recursos são finitos e não se pode etiquetar a saúde como um direito absoluto. Por essas razões, o Poder Judiciário tem de atuar com olhos voltados ao orçamento, com visão

8 AZEVEDO, Paulo Furquim de; AITH, FERNANDO MUSSA ABUJAMRA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, DF: Insper: CNJ, 2019, p. 7. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

9 DE AZEVEDO, Paulo Furquim. *Juízes de Jaleco: a judicialização da saúde no Brasil*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342720909_Juizes_de_Jaleco_a_judicializacao_da_saude_no_Brasil. Acesso em: 24 abr. 2021.

10 SCHULZE, Clenio Jair. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Porto Alegre: Verbo Jurídico. 2018, p. 93.

consequencialista, obtemperando a solução que melhor otimize recursos. Ao tratar da judicialização da saúde no século XXI, Clenio Jair Schulze bem aloca a problemática:

A Constituição consagra no artigo 6º a saúde como Direito social. Mas é no artigo 169 que fixa as balizas, ao mencionar que “a saúde é um 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”. Um pensamento inicial conduz à ideia de que se trata de um Direito absoluto. Isso se dá em razão da noção geral segundo a qual sem saúde não há dignidade. As decisões judiciais, em geral, deixam de enfrentar tal questão, fundamentando que o Direito à saúde está previsto na Constituição e que por isso cabe ao Estado prestar toda e qualquer política a fim de concretizá-lo, condenando o ente público a prestar tratamentos e fornecer produtos, medicamentos e novas tecnologias¹¹.

A partir de dados de gestão processual, obtidos junto aos tribunais estaduais e federais por meio da Lei de Acesso à Informação, é possível observar o número de processos judiciais distribuídos anualmente em temas afetos à saúde. Houve um aumento de 130%, entre 2008 e 2017. Algo muito acima do número total de processos judiciais em geral, que, a propósito, cresceu 50% no mesmo período¹².

Inevitavelmente, com a pandemia, a judicialização da saúde experimentou novos contornos decisórios, para além dos usuais casos de medicamentos, órteses, próteses, tecnologias não incorporadas, tratamentos variados etc. Fala-se atualmente na chamada judicialização da pandemia.

No âmbito dos Tribunais Superiores, inúmeros são os exemplos de judicialização da pandemia. A iniciar pelo Supremo Tribunal Federal, houve o reconhecimento – nas ações diretas de inconstitucionalidade nº 6.341¹³ e nº 6.343¹⁴ – das competências comum e concorrente da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, para o enfrentamento do COVID-19. Reconheceu-se a possibilidade de Estados e Municípios

11 SCHULZE, Clenio Jair. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Porto Alegre: Verbo Jurídico. 2018, p. 69.

12 AZEVEDO, Paulo Furquim de; AITH, FERNANDO MUSSA ABUJAMRA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, DF: Insper: CNJ, 2019, p. 15. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021. Conferir, ainda, os seguintes dados de pesquisa: <http://www.saude.mg.gov.br/judicializacao>. Acesso em: 24. abr. 2021.

13 BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADI 6341 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Marco Aurélio, 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur436466/false>. Acesso em 24 abr. 2021.

14 BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADI 6343 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Marco Aurélio, 6 de maio de 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344984917&ext=.pdf>. Acesso em 24: abr. 2021.

adotarem medidas de restrição à locomoção intermunicipal e local enquanto durar o estado de emergência sanitária.

Na arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 672/DF, o Poder Judiciário foi instado a se manifestar sobre atos omissivos e comissivos do Poder Executivo federal no combate ao coronavírus. Segundo o STF, a Constituição estabelece a existência de competência administrativa comum dos entes (art. 23, II e IX, CRFB/88) e competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, CRFB/88); aos Municípios cabe complementar a legislação federal e a estadual no que couber, desde que haja interesse local (art. 30, II, CRFB/88)¹⁵.

No âmbito do Superior Tribunal de Justiça, o avanço da judicialização da pandemia não foi diferente. Questões relacionadas ao sistema carcerário, à prisão preventiva e substituição por prisão domiciliar, à prisão civil de devedor de alimentos, à teoria da imprevisão, dentre outras, demarcam a importância do Tribunal da cidadania na uniformização da aplicação da lei federal no contexto da pandemia.

A pluralidade de questões fáticas e jurídicas que chegam aos Tribunais Superiores, por óbvio, perpassam, inicialmente, pela trincheira do 1º Grau de jurisdição. Magistrados no Brasil todo têm lidado diariamente com drama humano agravado pela pandemia. É indene de dúvidas, pelas decisões citadas, que, com o novo quadro provocado pela pandemia, a judicialização da saúde experimentou novos contornos e uma forma diferente de provocação. Isso porque não se tem visualizado apenas o ajuizamento de ações objetivando medicamentos, ortoses, próteses, incorporação de novas tecnologias e tratamentos de saúde, nas quais, com base em parâmetros recentemente sinalizados pelo Supremo Tribunal Federal¹⁶ e Superior Tribunal de Justiça, o Poder Judiciário tem encontrado filtros para a judicialização predatória até antes existente.

Dentro dessa miríade de novos casos de judicialização da saúde, entra a interessante questão de pacientes que acionam o Poder Judiciário com o objetivo de serem incluídos em vagas de leito de UTI. Recentemente, o Tribunal de Justiça do Mato Grosso indeferiu o pedido de suspensão de inúmeras liminares deferidas pelo Juízo da 1ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Várzea Grande que determinaram a internação em leito de UTI-COVID dos pacientes relacionados.¹⁷

15 BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADPF 672 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Alexandre de Moraes, 13 de outubro de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur435113/false>. Acesso em: 24 abr. 2021.

16 Um quadro bastante completo e resumido a respeito da jurisprudência do STF sobre judicialização da saúde no Brasil pode ser visto no site oficial do Tribunal Regional Federal da 2ª Região. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/judicializacao/stf/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

17 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Presidência). *SUSPENSÃO DE LIMINAR E DE SENTENÇA nº 2925 - MT (2021/0123084-6)*. Relator: Min. Humberto Martins, 27 de abril de 2021. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=UTI+CUIAB%1&b=DTXT>. Acesso em: 24 abr. 2021.

3 *Guidelines* e as escolhas trágicas

Em um país com muitas necessidades sociais e recursos finitos como o nosso, o poder público tem de realizar, com frequência, escolhas das prioridades. A necessidade de escolhas no plano fático acaba consistindo na opção de concretização de determinados direitos, para algumas pessoas, em detrimento dos direitos de outras.

Stephen Holmes e Cass R. Sunstein – responsáveis pelo desenvolvimento da tese das escolhas trágicas – averbam que escolher ‘x’ sobre ‘y’ reflete desistir de ‘y’, que, se for a alternativa perdida mais valorizada, é definido como o custo de escolher X. Quando um direito é efetivado, portanto, alguém ganha e alguém perde¹⁸.

É lugar comum afirmar que direitos que demandam prestações estatais entram, frequentemente, em colidência por ser inevitável uma opção trágica na direção de que algum direito não será atendido ao menos em alguma medida¹⁹.

A tomada de decisão sobre quem irá ocupar leitos de UTI em um quadro fático de escassez de recursos traduz necessariamente uma escolha trágica, pois quem for excluído do tratamento terá muito menos chances de sobreviver²⁰.

Inúmeros países têm desenvolvido *guidelines*²¹ para auxiliar profissionais da saúde responsáveis pela triagem a terem parâmetros adequados/justos de priorização de leitos em situação de escassez, especialmente no contexto da pandemia da COVID-19. Impõe-se examinar sobre quais valores ou princípios se assentam alguns *guidelines* mais avançados do mundo e, na sequência, como se posiciona o Brasil nessa matéria.

A abordagem que se segue pressupõe visão interdisciplinar, a partir das lentes da ciência médica e jurídica^{22 23}, a respeito das recomendações de alocação de recursos em

18 HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. *The cost of rights: why liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Co., 1999, p. 255.

19 GALDINO, Flávio. *Introdução à Teoria dos Custos dos Direitos: direitos não nascem em árvores*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, p. 159.

20 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*, v. 6, n. 1, p. 94-117, 2020.

21 *Guideline* significa diretriz. Uma declaração por meio da qual se determina um curso de ação. Uma diretriz é uma declaração pela qual se determina um curso de ação. Uma diretriz visa a agilizar processos específicos de acordo com uma rotina definida ou prática sólida. No caso de pacientes acometido de COVID-19 em estado crítico de saúde, são os *guidelines* que vão orientar profissionais da saúde a fazer escolhas de quem vive e de quem morre.

22 É lugar comum averbar que a ênfase ofertada ao pensamento racional e ao método científico gerou uma dificuldade de compreensão do mundo. “O homem, que aprendeu a dissecar o objeto de sua observação para entendê-lo, tornou-se um especialista em partes, mas ignorante em relação à totalidade” (PRADO, Lídia Reis de Almeida. *O juiz e a emoção: aspectos da lógica da decisão judicial*. 2. ed. Campinas: Millennium, 2010. p. 3.

23 O termo interdisciplinaridade não é unívoco e tampouco permanente. Como adverte Fazenda – reconhecidamente uma das maiores autoridades no estudo do tema no Brasil – a expressão não possui ainda um sentido único e estável. Versa sobre um “neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma” (FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro*. Edições Loyola, 2002).

esgotamento durante a pandemia de COVID-19. Um exame essencialmente jurídico sobre problemas da escassez de leitos de UTI no contexto da pandemia e como devem ser feitas as escolhas de quem vive e de quem morre não é bastante em si.

Apenas o reconhecimento da importância da ciência médica na construção²⁴ – em conjunto com diversos atores sociais – de proposições de enfrentamento de problemas decorrentes da prestação do serviço de saúde poderá fornecer à comunidade jurídica capacidade de entendimento a respeito do quadro dramático relacionado a escolhas trágicas e leitos de UTI que assola diversos países do mundo.

Por conta das consequências negativas que uma má decisão em uma unidade médica determinada poderá gerar a um dos personagens a serem escolhidos no cenário de escassez, é preciso sejam adotados nessas diretrizes critérios racionais, transparente, objetivos e dotados de justiça, com fundo ético e legitimidade decorrentes de pluralização de amplo debate na ciência médica.

A discussão é imprescindível, uma vez que, apenas reconhecendo a (in) justiça de alguns critérios de escolha, poder-se-á avançar, no último item deste artigo, sobre os limites da intervenção judicial no gerencialmente de vagas de leitos de UTI.

A fim de adentrar no instigante tema da formatação dos *guidelines*, é oportuno problematizar a discussão com as seguintes situações hipotéticas:

- (i) “A” e “B”, com 35 e 70 anos de idade, respectivamente, dão entrada, no mesmo instante, em determinado hospital da federação, necessitando de serviços de UTI;
- (ii) “C” e “D”, com 35 e 70 anos de idade, respectivamente, dão entrada, em momentos distintos, em determinado hospital, necessitando de serviços de UTI. “C”, mais jovem, em momento posterior;
- (iii) “E” e “F”, irmãos gêmeos, com 35 anos de idade, dão entrada, no mesmo instante, em determinado hospital, necessitando de serviços de UTI. “E” é cardíaco recém operado há cinco anos;
- (iv) “G” e “H”, com 35 e 70 anos de idade, respectivamente, dão entrada, no mesmo instante, em determinado hospital, necessitando de serviços de UTI. “G” está com câncer em estágio avançado; e
- (v) “I” e “J”, com 10 e 35 anos e idade, respectivamente, dão entrada, no mesmo instante, em determinado hospital. “I”, criança, é hipertensa e tem diabetes. “J” já foi transplantado por volta dos 21 anos de idade.

24 A interdisciplinaridade é a porta de entrada para, numa pesquisa da área jurídica, valorizarmos o olhar da ciência médica. Interdisciplinaridade, assim, é a integração de mais de uma disciplina na edificação do conhecimento. Surge como uma das respostas à necessidade de uma reconciliação epistemológica. Caracteriza-se pela “intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa” (JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 74).

Imaginemos que, em todas as situações hipotéticas, exista apenas uma vaga de leito em UTI e, por isso, seja necessária a realização de uma escolha. Indaga-se: quais critérios são mais adequados para a equipe médica respectiva decidir quem vive e quem morre? Idade? Condição clínica? Prioridade de chegada à unidade médica?

A questão é complexa e envolve discussões no mundo todo. As respostas às indagações acima não são compatíveis com a utilização de um único critério (idade, cronológico, condição clínica etc.).

Tem de se afastar de imediato a concepção corrente no senso comum de que aquele que necessita de mais cuidados é quem deve ser priorizado. Ou seja, o paciente que está em estado clínico mais grave tem precedência. De igual modo, não tem sido adequado o critério cronológico do “quem primeiro chega, é servido” (“first come, first served”).

Em uma perspectiva de senso comum, parece haver um apelo intuitivo para destinar a vaga para aquele paciente que se encontra no estado clínico mais grave. Afinal, este é o paciente que morrerá mais rápido caso nada seja feito. Há, contudo, um sério problema de compreensão sobre a função da UTI nessa forma de pensar. Quando se fala em medicina de cuidados intensivos ou de cuidados críticos, a gravidade da condição clínica do paciente é pressuposta. Ou seja, os que estão concorrendo a um leito de UTI são os pacientes com risco de falecer. Portanto, mesmo um paciente em um estado clínico menos grave poderá ter a sua situação agravada e vir a óbito caso não seja internado imediatamente. Além disso, em algumas situações, o paciente que apresenta uma condição clínica mais grave pode ser aquele que tem menos chance de sobrevivência. Nesse caso, se o único leito disponível for destinado ao paciente com menos chance de recuperação, é possível que nenhum dos dois pacientes sobreviva, ocasião em que os recursos médicos não estariam produzindo qualquer benefício em termos de proteção da saúde. Conforme se verá, a gravidade da condição clínica é um critério a ser levado em conta na admissão, mas em uma direção oposta àquela pressuposta pelo senso comum. Quanto mais grave for o estado de saúde do paciente, menor será a probabilidade de sobrevivência, e isso pode diminuir as suas chances de ser admitido no tratamento intensivo. Isso porque, em uma situação de escassez, devem ser favorecidos, dentre os pacientes que estão em estado crítico, aqueles que, de fato, necessitem da intervenção de suporte à vida e, ao mesmo tempo, possuam maior probabilidade de recuperação. A razão disso ficará clara mais à frente. Outro critério que pode ser adotado para alocação de recursos escassos é o critério cronológico ou temporal conhecido como “primeiro a

chegar, primeiro a ser servido” (“first come, first served”). Nesse modelo, cria-se uma fila de espera baseada na ordem cronológica de chegada até que todos os pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida possam ser internados. É um critério que tem algumas vantagens por ser objetivo, por ser prático e por favorecer aqueles que estão esperando há mais tempo. Apesar disso, ele também traz algumas objeções. Em primeiro lugar, não é um critério eficiente, podendo agravar ainda mais o problema da escassez, pois não proporciona um ótimo aproveitamento dos recursos disponíveis. Na prática, alguns leitos seriam alocados para pessoas com poucas chances de sobrevivência, apenas por terem chegado primeiramente, impedindo que pacientes com alta probabilidade de recuperação sejam tratados. Além disso, pode beneficiar pessoas com pouca expectativa de vida, sem proporcionar a maximização global dos “anos de vida”, que, como veremos, é outro critério de uso racional dos recursos médicos escassos. Em segundo lugar, a priorização dos que chegam primeiro traz alguns problemas de equidade, na medida em que favorece aqueles que estão mais próximos dos centros médicos e que possuem maior capacidade de mobilidade para chegar aos locais de atendimento. Assim, é possível que uma pessoa que necessite do tratamento há mais tempo seja preterida apenas porque não conseguiu chegar rapidamente ao hospital ou porque não teve um diagnóstico tão célere por falta de acesso aos serviços de saúde²⁵.

Priorizar quem está em estado clínico mais grave e priorizar quem chega primeiro não se afiguram como os melhores critérios por uma razão simples. São critérios circunscritos única e exclusivamente na posição individual do paciente, destituídos de uma visão macro de necessidade de otimização dos recursos escassos em benefício da coletividade.

Diante da falibilidade desses dois critérios que, *a priori*, seduzem qualquer leigo por ocasião da avaliação das situações hipotéticas exemplificadas no início deste item, passemos a examinar outras diretrizes ligadas ao princípio da maximização do bem-estar. Como o próprio nome prediz, maximizar significa exaltar, superestimar o bem-estar da população. Circunstância que inclui a necessidade de atender ao máximo de beneficiários da melhor forma possível.

George Marmelstein e Ana Carolina Morozowski averbam que o princípio da maximização do bem-estar – incluído na base de diversos *guidelines* elaborados por instituições de saúde no mundo – tende a adotar três pilares fundamentais que podem

25 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*, v. 6, n. 1, p. 96 e 97, 2020.

se imbricar em uma mesma atividade de triagem: (a) priorizar as escolhas que salvem o máximo de vidas possível (*saving lives*); (b) priorizar as escolhas que salvem o máximo de anos de vida possível (*saving life years*); (c) priorizar escolhas que salvem o máximo de anos de vida ajustados com a qualidade (*saving QALY –Quality-adjusted life year*).²⁶

O pilar “a”, por exemplo, é embasado na chance de recuperação, de modo a priorizar o tratamento do paciente em estado crítico que pode vir a sobreviver com o cuidado intensivo. Como parâmetro de escolha de pacientes em leitos de UTI de vários países, incluindo o Brasil, está alinhado em maximizar a quantidade de vidas salvas (*saving lives*); o pilar “b” no tempo de vida; o pilar “c” (QALY) é mistura da quantidade de sobrevida (duração) com a sua respectiva qualidade, gerando um número que funcionará de base de comparação para orientar as decisões em medicina²⁷.

O tratar de *guidelines*, não se pode olvidar da diretriz o NICE -The Nacional Institute for Health Care Excellence²⁸. Ela trabalha com uma estrutura de alocação baseada principalmente em: (i) salvar vidas; e (ii) salvar anos de vida. Visa a implementar acesso significativo a todos os pacientes, garantindo avaliações individualizadas com diminuição do efeito negativo das desigualdades sociais que reduzem a expectativa de vida de alguns pacientes a longo prazo²⁹.

Todos os pacientes que atenderem às indicações médicas usuais para leitos e serviços de UTI receberão uma pontuação de prioridade usando uma escala de 1 a 8. Pontuações mais baixas indicam maior chance de obtenção da vaga. Levam-se em conta para o cálculo: (i) probabilidade de os pacientes sobreviverem a alta hospitalar, avaliada com uma medida objetiva e validada de fisiologia aguda (por exemplo, o *score* SOFA); e (ii) a presença de condições médicas subjacentes que limitam gravemente o prognóstico de sobrevida em curto prazo, mesmo se o paciente sobreviveu à doença crítica aguda³⁰.

26 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*, v. 6, n. 1, p. 97, 2020.

27 “Para determinar o QALY, multiplica-se o valor da utilidade associado a um determinado estado de saúde pelos anos vividos nesse estado. Um ano de vida vivido em m 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” (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*, v. 6, n. 1, p. 102, 2020.).

28 NICE -National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (NG159). Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

29 NICE -National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (NG159). Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

30 NICE -National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (NG159). Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

Esta pontuação de prioridade bruta pode ser convertida em três grupos de prioridade codificados por cores (por exemplo, prioridade alta, intermediária e baixa) se necessário para facilitar a implementação simplificada em hospitais individuais³¹.

Todos os pacientes serão elegíveis para receber leitos e serviços de cuidados intensivos, independentemente de sua pontuação de prioridade; os recursos de cuidados intensivos disponíveis serão alocados de acordo com a pontuação de prioridade, de forma que a disponibilidade desses serviços determine quantos pacientes receberão cuidados intensivos. Os pacientes que passam por triagem para não receber leitos ou serviços de UTI receberão atendimento médico, incluindo tratamento intensivo de sintomas e apoio psicossocial³².

O método SOFA (avaliação sequencial de falência de órgãos) – utilizado na base de muitos *guidelines*, incluindo o de NICE –, foi desenvolvido em 1994 pela Sociedade Europeia de Terapia Intensiva e se assenta num *score*, isto é, numa contagem que vai de uma escala de zero a quatro pontos de acordo com o grau de disfunção de seis sistemas orgânicos a saber: cardiovascular, respiratório, hepático, hematológico, neurológico e renal³³. Pacientes com menor pontuação, a significar menor taxa de mortalidade, teriam melhores chances de obter uma vaga na UTI.

É um sistema que tem a vantagem de ser de fácil aplicação para os operadores da saúde de tratamento intensivo no mundo todo, inclusive no Brasil, conforme iremos tratar no próximo capítulo.

4 Protocolo para triagem de pacientes em UTIs no Brasil

Com o móvel direcionado a salvar mais vidas, defender a transparência e proteger os profissionais de saúde, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Emergência, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Academia Nacional de Cuidados Paliativos elaboraram em conjunto *Recomendações de Alocação de Recursos em Esgotamento* durante a pandemia de COVID-19. O documento que será examinado neste item do artigo foi avaliado e aprovado pela

31 NICE -National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (NG159). Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

32 NICE -National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (NG159). Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

33 SAMPAIO, Fernanda Barbosa de Almeida; ALVES, Wagner de Almeida Alves; MAGALHÃES, Cynthia Karla, OLIVEIRA, Vanessa Nishiyamamoto de; SANTOS, Lenice Pereira. Utilização do SOFA score na avaliação da incidência de disfunção orgânica em pacientes portadores de patologia cardiovascular. *Revista da SOCERJ*, 2005. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_02/a2005_v18_n02_art02.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

Associação Médica Brasileira (AMB)³⁴.

As recomendações contidas no protocolo – segundo mensagem da Associação Médica Brasileira – foram desenvolvidas para serem seguidas exclusivamente em momentos de crise, isto é, quando medidas de contingência estão sendo insuficientes para acomodar o aumento da demanda de recursos que se esgotam³⁵.

Além disso, as recomendações lançadas em 09 de abril de 2021 estão alinhadas com os critérios da Resolução nº 2.156 do Conselho Federal de Medicina, de 28 de outubro de 2016³⁶: priorizar a oferta de vagas de UTI a pacientes com maior probabilidade de recuperação, recomendando que pacientes com baixa expectativa de recuperação e próximos da morte recebam, preferencialmente, cuidados paliativos³⁷.

A propósito dessa Resolução, temos o art. 6º cuja transcrição é oportuna:

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 terapêutica³⁸.

34 PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo social*, v. 19, n. 2, p. 39-85, 2007.

35 PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 9 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

36 BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM Nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 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: 24 abr. 2021.

37 Associação Médica Brasileira. Protocolo para triagem de pacientes em UTIs. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

38 BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 2.156/2016*. Disponível em: <https://>

§ 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 intensivista³⁹.

É interessante observar que o conteúdo do protocolo certifica que só é possível salvar o maior número de vidas se conseguirmos identificar os pacientes que tem mais chances de sobreviver ao receberem recursos em esgotamento. É por essas razões que utiliza dados relativos à gravidade do quadro agudo que o paciente apresenta, dados sobre a presença de doenças avançadas e dados relativos à funcionalidade (ou estado de saúde física) dos pacientes. A idade dos pacientes não é utilizada como critério único de triagem⁴⁰.

A normativa traz princípios bioéticos específicos articulando várias diretrizes previstas noutros *guidelines*. Vejamos alguns desses princípios⁴¹:

- i. a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas;
- ii. o princípio mais sólido, ainda na ausência de consenso absoluto, é o da priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevida;
- iii. a identificação de maior chance de benefício ou sobrevida deve utilizar medidas objetivas, com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente;
- iv. o uso de um único critério não é recomendado sob o risco de maior erro preditivo e de inserção de viés discriminatório no processo. A idade, por exemplo, não deve ser utilizada como critério único de triagem.

systemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156. Acesso em: 24 abr. 2021.

39 BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM Nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016*. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <https://systemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 24 abr. 2021.

40 PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

41 PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

- v. a triagem tem de ser aplicada a todos os pacientes, independentemente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica);
- vi. O prontuário deve conter registros claros de todas as decisões tomadas entre equipe e o paciente;
- vii. Pacientes que não forem priorizados na alocação de recursos escassos devem continuar a receber os demais tratamentos não racionados, quando clinicamente apropriado e consentido por eles, incluindo a imperativa oferta de cuidados de confronto caso a morte seja inevitável;
- viii. Comunicação a pacientes e familiares da existência do protocolo e da prioridade alocada e, sempre que possível, incluir seus valores e desejos.
- ix. Transparência e clareza: critérios devem ser claros, transparentes e expostos ao escrutínio (técnico e público) e as revisões sempre que apropriado;
- x. medidas de qualidade de vida (como a *Quality Adjusted Life Years*, por exemplo) não devem ser utilizadas por terem caráter subjetivo e porque podem inserir vieses contra pessoas portadoras de deficiências.
- xi. Formar sempre que possível uma equipe de triagem treinada em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento

No contexto da escassez, é importante averbar que pacientes que não forem priorizados devem ser submetidos diariamente a nova triagem se desejarem. E devem continuar a receber todos os tratamentos apropriados que não estão em esgotamento, incluindo cuidados para o bom controle de sintomas como dor e dispneia (falta de ar).

O documento trabalha com diretrizes técnicas embasadas na ciência e em *guidelines* de outros países. A indicar a importância de comissões de triagem⁴², as quais serão responsáveis por fazer a boa gestão do protocolo e de garantir sua transparência e correta aplicação.

A complexidade do fluxo veiculado no protocolo permite intuir os riscos de o judiciário substituir-se à equipe de triagem. Aspecto jurídico tratado no item a seguir.

42 A respeito das comissões de triagem, o protocolo afirma que devem ser constituídas por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar) e preferencialmente formada também por um bioeticista e/ou um representante da comunidade, ainda que sob forma remota; membros das comissões de triagem idealmente devem receber treinamento para o bom exercício de suas funções; serão responsáveis pela gestão da aplicação consistente do protocolo; serão acionados em caso de dúvidas; responderão a questionamento a respeito da boa condução do processo; farão a gestão de conflitos e poderão, em colaboração com a equipe assistente, desempenhar o papel da comunicação com pacientes e familiares (PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021).

4 In(Viabilidade) de o poder judiciário interferir nas escolhas médicas mediante preenchimento de vagas de leitos de uti para pacientes

É traço marcante da cultura democrática atual a projeção do papel do juiz em quase todos os aspectos da vida social⁴³. No decorrer deste artigo, viu-se que o princípio do acesso à justiça ou universalidade de jurisdição previsto no art. 5º, XXXV, CRFB/88, - amplificado pelos direitos à saúde e dignidade da pessoa humana -, tem sido utilizado como carta em branco para a judicialização ilimitada de questões sociais e políticas no Brasil.

Ao trabalharmos com os critérios de formatação dos *guidelines*/protocolos para triagem de pacientes em UTIs e as questões morais, éticas e jurídicas umbilicalmente subjacentes envolvendo escolhas trágicas, foi possível perceber o quão complexas e detalhadas são as diretrizes adotadas por diversos países.

O combate à COVID-19 e a temática dos *guidelines* envolvem *trade-offs* complexos. Por essas razões, afigura-se prudente sustentar que juízes devem evitar revisar decisões tomadas por equipes de triagem da área da saúde. Ou seja, o juiz não deve, a princípio, se imiscuir nas escolhas médicas lastreadas em *guidelines*.

A intromissão do Poder Judiciário em tais casos, segundo George Marmelstein e Anda Carolina Morozowski, pode ser desastrosa. Deve ser feita apenas em último caso, quando ficar demonstrado ter havido favorecimento indevido de um paciente. A melhor opção ao juiz, ainda assim, segundo os citados autores, é recomendar que a regulação corrija seu erro, de modo a restabelecer a ordem de prioridade existente⁴⁴.

O princípio da dignidade da pessoa humana necessita ser ressignificado e compatibilizado com a denominada autocontenção. A sua abertura conceitual permite a construção e o preenchimento do respectivo conteúdo pelo intérprete de acordo com as suas próprias paixões, pré-compreensões, visões de mundo e propósitos (elogiáveis ou não). Reveste-se de acerto a metáfora de Luís Roberto Barroso, ao alinhar que a dignidade como conceito jurídico, estaria a funcionar habitualmente como um mero espelho, no qual cada um projeta seus próprios valores⁴⁵.

Para além da abertura conceitual, é preciso que se tenha em mente que o conflito, não raro, é entre a dignidade de alguns – atendidos por liminares “fura fila” – e de outros – excluídos da lista de ocupantes de vagas de leitos de UTI a partir de critério de pontuação previsto em *guideline* aprovado pela ciência médica.

43 VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo social*, v. 19, n. 2, p. 39-85, 2007.

44 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*, v. 6, n. 1, p. 115, 2020.

45 BARROSO, Luís Roberto. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo*. A construção de um conceito à luz da jurisprudência mundial. Rio de Janeiro: Editora Fórum. 2014, p. 10.

Juízes não detém capacidade técnica para identificar as reais necessidades do paciente. Não é possível, de antemão, no âmbito da cognição sumária, rarefeita da tutela provisória, por exemplo, extrair a incorreção das ações ou omissões tomadas pela unidade médica e seu respectivo corpo de profissionais.

Intervenções judiciais em tema de revisão de *guidelines* afetam sobremaneira a gestão das vagas de leitos de UTIs e, por consequência, o princípio da isonomia. O juiz é um ator social que observa apenas os casos concretos, a micro justiça, ao invés da macro justiça, cujo gerenciamento é mais afeto à Administração Pública. Ana Paula de Barcellos bem sintetiza esse entrechoque de visões:

Ainda que superadas as críticas anteriores, o fato é que nem o jurista, e muito menos o juiz, dispõem de elementos ou condições de avaliar, sobretudo em demandas individuais, a realidade da ação estatal como um todo. Preocupado com a solução dos casos concretos – o que se poderia denominar de micro-justiça –, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas: a macro-justiça. Ou seja: ainda que fosse legítimo o controle jurisdicional das políticas públicas, o jurista não disporia do instrumental técnico ou de informação para levá-lo a cabo sem desencadear amplas distorções no sistema de políticas públicas globalmente considerado⁴⁶.

A autocontenção do Judiciário não quer significar a defesa ilimitada da sua não interferência. O acesso à justiça torna impróprio qualquer raciocínio que afaste a atuação do Poder Judiciário. Remanescem, por corolários, algumas frentes de atuação. O Juiz, em casos de liminares envolvendo vagas de leitos de UTI, pode cumprir, em determinadas situações, a função de exigir respostas administrativas ao questionamento a respeito do gerenciamento de vagas.

Ao examinar as ferramentas trabalhadas pela doutrina, deve o magistrado seguir pela Medicina Baseada em Evidências e, ainda, solicitar apoio aos e-NatJus. A Recomendação n. 91 do Conselho Nacional de Justiça, de 29 de março de 2021, embora não dotada de efeito vinculante, traz diretrizes interessantes para a atuação de juízes e pode, perfeitamente, ser aplicada ao caso da judicialização das vagas de leitos de UTI.

O citado documento recomenda aos magistrados que, à luz da independência funcional que lhes é assegurada, atuem na pandemia da Covid-19 de forma a fortalecer o sistema brasileiro de saúde e a preservar a vida com observância da isonomia e dos preceitos veiculados pela Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro⁴⁷.

46 SCHULZE, Clenio Jair. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Porto Alegre: Verbo Jurídico. 2018, p. 69.

47 A *ratio* da recomendação está a se referir ao art. 20 da Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro a seguir: “art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com

Concepção filosófica utilizada no discurso de aplicação do direito, o consequencialismo consubstancia-se na consideração das influências e das projeções que a decisão judicial – boas ou más – pode gerar no seio social, isto é, no mundo fenomênico. Segundo esta concepção filosófica, efeitos econômicos, sociais e culturais, sejam prejudiciais, sejam favoráveis à sociedade, devem ser evitados ou potencializados pelo aplicador da norma em dadas circunstâncias.

Chama a atenção o fato de a recomendação, dentro da concepção do consequencialismo, orientar os magistrados a utilizar os e-NatJus previamente – sempre que possível – à decisão judicial versando sobre tema de saúde. Também orienta os magistrados a observar a diretriz no sentido de que decisões judiciais relativas a internações hospitalares levem em consideração, sempre que possível, os protocolos de classificação de risco das autoridades sanitárias e executados pelas Centrais de Regulação e Internação Hospitalar ou órgãos equivalentes, devendo os Comitês de Saúde dos estados e do Distrito Federal auxiliar os magistrados, sempre que necessário, a acessar as informações mencionadas.

A propósito, confira-se:

Art. 1º Recomendar aos magistrados com atuação nas demandas envolvendo o direito à saúde no contexto pandêmico que, à luz da independência funcional que lhes é assegurada, observem as seguintes diretrizes: I – que as decisões judiciais proferidas atentem às consequências práticas que ensejarão, nos termos da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Decreto-Lei no 4.657/1942); II – que se reconheça a relevância do sistema e-NatJus e, sempre que possível, que ele seja utilizado previamente à decisão judicial, na medida em que representa instrumento de auxílio técnico para os magistrados com competência para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde. Esse sistema é composto pelos NatJus estaduais e pelo NatJus nacional, este último disponibiliza durante 24 (vinte e quatro) horas e 7 (sete) dias por semana, o serviço de profissionais de saúde que avaliarão as demandas de urgência usando protocolos médicos e, com base nas melhores evidências científicas disponíveis, fornecerão o respaldo técnico necessário para a tomada de decisão, nos termos

base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão” (BRASIL. *Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro*. Brasília, DF, Presidência da República [1942]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 24 abr. 2021.). A recomendação do CNJ poderia ter feito menção ao Código de Ética da Magistratura, cujo art. 25 estabelece: “Art. 25. Especialmente ao proferir decisões, incumbe ao magistrado atuar de forma cautelosa, atento às consequências que pode provocar” (BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Código de Ética da Magistratura Nacional*. Brasília: 2008. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/codigo-de-etica-da-magistratura/>. Acesso em: 24 de abr. 2021).

do Provimento no 84/2019 expedido pela Corregedoria Nacional de Justiça; III – que as decisões judiciais relativas às internações hospitalares levem em consideração, sempre que possível, os protocolos de classificação de risco emanados das autoridades sanitárias e executados pelas Centrais de Regulação de Internação Hospitalar ou órgãos equivalentes, devendo os Comitês de Saúde dos estados e do Distrito [...]”⁴⁸.

Recentemente, o Superior Tribunal de Justiça, na Suspensão de Liminar e de Sentença nº 2918-MT (2021/0103682-9), suspendeu um número expressivo de liminares com fundamentação alinhada no consequencialismo e na Recomendação nº 92/2021:

No caso, a questão de fundo refere-se à lesão ao Sistema de Saúde do Município de Cuiabá, que, em razão de diversas liminares judiciais que determinaram a internação de pacientes acometidos por covid-19 em leitos de UTI, vê, prestes a colapsar ainda mais, a deficitária estrutura existente para combater a pandemia que se mantém em estado de gravidade. Com relação às decisões por mim proferidas no que diz respeito à pandemia de covid-19, entendo que não se pode permitir que seja retirada dos atos administrativos do Poder Executivo a presunção da legitimidade ou veracidade, sob pena de se desordenar a lógica de funcionamento regular do Estado na prestação do serviço de saúde. Tratando-se ainda de leitos de UTI, o requerente informou que, na data de 8/4/2021, existiam 115 pacientes na fila de espera por leito de UTI-COVID no Estado de Mato Grosso. Sabe-se que a regulação dos leitos de UTI é realizada pelo Poder Executivo de modo a atender as prioridades clínicas estabelecidas pelo corpo médico das Secretarias de Saúde. Considerando os prejuízos à saúde ocasionados por decisões liminares que, em razão da sua natureza unipessoal, não consideram os fatores gerais que interferem no Sistema de Saúde como um todo, o Conselho Nacional de Justiça editou recentemente a Recomendação n. 92/2021 com o objetivo de orientar os magistrados, à luz da independência funcional, a atuar na pandemia de covid-19, de forma a fortalecer o sistema brasileiro de saúde, com observância à isonomia e em atenção aos preceitos veiculados pela Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Por seu turno, o art. 22 da LINDB é claro ao estabelecer que, em decisão sobre regularidade de conduta ou validade de ato, deverão ser consideradas pelo julgador as circunstâncias práticas que houverem

48 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação nº 92, de 29 de março de 2021*. Brasília: 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original170116202103306063595c4cb6b.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

imposto, limitado ou condicionado a ação do agente administrativo. No caso, a falta de leitos de UTI, que justificou as referidas medidas liminares, não se deu por má gestão da administração pública, e sim pelo notório reconhecimento do infeliz colapso dos leitos de UTI atualmente presenciado em diversos estados da Federação. Registre-se, ainda, que, conforme já dito na SLS n. 2.917, o art. 3º da Lei n. 13.979/2020 deve ser interpretado de acordo com a Constituição Federal no sentido de que os estados, Distrito Federal e municípios possuem competência comum para legislar sobre saúde pública e adotar medidas administrativas⁴⁹.

No campo da diligência e prudência judicial, há outros caminhos residuais de atuação do juiz. Em caso de dúvida a respeito da probabilidade do direito, sugere-se seja a parte ré a informar se: (i) há *guideline* na unidade médica referenciada na petição inicial; (ii) houve atendimento à *guideline* específico e qual o suporte regulamentar; (iii) o paciente se encontra em lista de espera para vaga em UTI e, em caso positivo, qual a sua posição; (iv) se houve a anotação no prontuário médico da pontuação obtida pelo paciente na seleção de vaga de UTI de acordo com o sistema SOFA etc.

5 Conclusão

Retomando-se a pergunta de pesquisa a respeito da possibilidade de se examinar em que medida o Estado-Juiz deve, ou não, interferir nas escolhas trágicas realizadas pela equipe de triagem de unidades hospitalares, no contexto de acesso à justiça, de ser ver que, a princípio, o Poder Judiciário deve adotar uma postura de deferência, autocontenção, em relação à ciência médica e aos profissionais da área da saúde.

Juízes não detêm capacidade técnica para identificar as reais necessidades do paciente. Não podem substituir-se, assim, aos profissionais da área médica, sob pena de ter-se violado o princípio da igualdade, com conseqüente quebra da lógica de funcionamento da triagem baseada em *guideline*.

Liminares em situação de absoluta escassez retiram determinado paciente da vaga para acomodação de outro, por critérios, às vezes, ligados à fundamentação sentimental de tutela da dignidade da pessoa humana e direito à saúde. A visão consequencialista pode auxiliar o Estado-Juiz na formação de uma consciência a respeito das implicações negativas que liminares envolvendo gerenciamento de vagas em leitos de UTI podem gerar.

Ao Juiz, no entanto, não se deve atribuir a tarefa de lavar as mãos como Pôncio Pilatos. O magistrado pode e deve atuar até como forma de avalizar o acesso à justiça

49 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Presidência). *SUSPENSÃO DE LIMINAR E DE SENTENÇA nº 2925 - MT (2021/0123084-6)*. Relator: Min. Humberto Martins, 27 de abril de 2021. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=UTI+CUIAB% C1&b=DTXT>. Acesso em: 24 abr. 2021.

em casos pontuais, a exemplo da situação em que ficar demonstrado ter havido favorecimento indevido de um paciente. A melhor opção ao juiz, ainda assim, é recomendar que a regulação corrija seu erro, de modo a restabelecer a ordem de prioridade existente.

A fim de qualificar a atuação judicial, é preciso voltar os olhos para a concepção filosófica do consequencialismo e, sempre que possível, utilizar-se do auxílio técnico dos E-NatJus, o quais, certamente, podem expor ao Juiz o quadro completo do gerenciamento das vagas de leitos de UTI e quais critérios de escolha foram utilizados.

É possível, ainda, que o magistrado, caso não esteja claro na inicial o critério de exclusão do paciente, inste a parte contrária a informar se: (i) há *guideline* na unidade médica referenciada na petição inicial; (ii) houve atendimento à *guideline* específico e qual o suporte regulamentar; (iii) o paciente se encontra em lista de espera para vaga em UTI e, em caso positivo, qual a sua posição; (iv) se houve a anotação no prontuário médico da pontuação obtida pelo paciente na seleção de vaga de UTI de acordo com o sistema SOFA etc.

É importante que haja cada vez mais transparência na construção e divulgação de *guidelines* como forma de democratizar a discussão das escolhas trágicas nele veiculadas que repercutem, de forma individual e coletiva, nos direitos da personalidade dos cidadãos.

A legitimidade do *guideline*, lado outro, está umbilicalmente presa à pluralização da discussão de seus critérios pelo maior número de atores sociais (médicos, bioéticos, juristas etc.).

Por fim, é adequado que cada instituição seja responsável por disponibilizar acesso a serviços de apoio psicológico a profissionais expostos à carga alta de trabalho e à tomada de decisões difíceis/complexas.

Referências

AZEVEDO, Paulo Furquim de. *Juízes de Jaleco: a judicialização da saúde no Brasil*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342720909_Juizes_de_Jaleco_a_judicializacao_da_saude_no_Brasil. Acesso em: 24 abr. 2021.

AZEVEDO, Paulo Furquim de; AITH, FERNANDO MUSSA ABUJAMRA. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, DF: Insper: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf-22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 24 abril. 2021.

BAKER, Mike & FINK, Sheri. At the Top of the Covid-19 Curve, How Do Hospitals Decide Who Gets Treatment? *New York Times*. Publicado em 31 de março de 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/tfyfka4>. Acesso em: 19 abr. de 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. (*Syn thesis*, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Interesse Público*. 2008.

BARROSO, Luís Roberto. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo*. A construção de um conceito à luz da jurisprudência mundial. Rio de Janeiro: Fórum. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). *Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 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: 24 abr. 2021.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação nº 92, de 29 de março de 2021*. Brasília: 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original170116202103306063595c4cb6b.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Código de Ética da Magistratura Nacional*. Brasília: 2008. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/codigo-de-etica-da-magistratura/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. *Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Presidência). *SUSPENSÃO DE LIMINAR E DE SENTENÇA nº 2925 - MT (2021/0123084-6)*. Relator: Min. Humberto Martins, 27 de abril de 2021. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/decisoes/toc.jsp?livre=UTI+CUIAB%C1&b=D-TXT>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADI 6341 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Marco Aurélio, 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur436466/false>. Acesso em: 24 abr. 2021.

- BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADI 6343 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Marco Aurélio, 06 de maio de 2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15344984917&ext=.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Pleno). *ADPF 672 MC-Ref/DF*. Relator: Min. Alexandre de Moraes, 13 de outubro de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur435113/false>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro*. Edições Loyola, 2002.
- HOLMES, Stephen; SUSTEIN, Cass. *The cost of rights: why liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Co., 1999.
- JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- 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*, v. 6, n. 1, p. 94-117, 2020.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults (NG159)*. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9v3fkjs>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- PROTOCOLO PARA TRIAGEM DE PACIENTES EM UTIS. Documento elaborado pela associação de Medicina Brasileira – AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBBG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. *Associação de Medicina Brasileira*. Publicado em 09 de abril de 2021. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/04/protocolo-triagem-pacientes.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SAMPAIO, Fernanda Barbosa de Almeida; ALVES, Wagner de Almeida Alves; MAGALHÃES, Cynthia Karla, OLIVEIRA, Vanessa Nishiyamamoto de; SANTOS, Lenice Pereira. (2005). Utilização do SOFA score na avaliação da incidência de disfunção orgânica em pacientes portadores de patologia cardiovascular. *Revista da SOCERJ*. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_02/a2005_v18_n02_art02.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SOFA score na avaliação da incidência de disfunção orgânica em pacientes portadores de patologia cardiovascular. *Revista da SOCERJ*. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_02/a2005_v18_n02_art02.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SCHULZE, Clenio Jair. *Judicialização da Saúde no Século XXI*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.