

Salvem também os idosos: etarismo e a alocação de recursos na realidade brasileira de combate à COVID

Luciana DADALTO*

Igor de Lucena MASCARENHAS**

Ana Carla Harmatiuk MATOS***

RESUMO: O presente artigo se propõe a debater o ageísmo no Brasil durante a pandemia da Covid-19 e a alocação de recursos escassos. Por intermédio de uma revisão bibliográfica e análise documental, observa-se que o Ministério da Saúde do Brasil e o Conselho Federal de Medicina foram omissos na fixação de critérios de alocação de recursos escassos, cabendo a Associações Médicas, Entidades Bioéticas e Hospitais Privados definirem que o critério etário não pode ser utilizado como parâmetro de garantia do acesso à saúde, sob pena de prática discriminatória e inconstitucional. Conclui-se que o Estado não pode adotar um critério etário para alocação de recursos, na medida em que representaria um privilégio para população mais jovem quando, em verdade, o ordenamento jurídico prevê um dever de proteção aos idosos, tidos como população excessivamente vulnerável.

PALAVRAS-CHAVE: Ageísmo; discriminação; alocação de recursos para a atenção à saúde; equidade na alocação de recursos; infecções por coronavírus.

SUMÁRIO: 1. Introdução; – 2. Ageísmo no século XXI; – 3. Ageísmo na área da saúde; – 4. Protocolo de alocação de recursos e ageísmo; – 5. Análise da fixação do critério idade nos protocolos brasileiros sob a luz da Constituição Federal; – 6. Considerações finais; – Referências.

TITLE: *Also Save the Elderly: Etarism and the Allocation of Resources in the Brazilian Reality of Combating Covid-19*

ABSTRACT: *This article aims to discuss ageism in Brazil during the Covid-19 pandemic and the allocation of scarce resources. Through a bibliographic review and documentary analysis, it is observed that the Ministry of Health of Brazil and the Federal Council of Medicine were silent in setting criteria for allocating scarce resources, and it is up to Medical Associations, Bioethical Entities and Private Hospitals to define that the age criterion cannot be used as a parameter to guarantee access to health, under penalty of discriminatory and unconstitutional practice. It is concluded that the State cannot adopt an age criterion for the allocation of resources, as it would represent a privilege for the younger population when, in fact, the legal system provides for a duty to protect the elderly, considered to be an excessively vulnerable population.*

* Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Direito Privado pela PUCMinas. Coordenadora do Comitê de Bioética da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Associada Fundadora do Instituto Brasileiro de Estudos de Responsabilidade Civil (IBERC). Professora da Faculdade de Direito do Centro Universitario Newton Paiva. Advogada. *E-mail:* luciana@lucianadadalto.com.br.

** Doutorando em Direito pela Universidade Federal do Paraná e Doutorando em Direito pela Universidade Federal da Bahia. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Direito da Medicina pelo Centro de Direito Biomédico vinculado à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Professor do Centro Universitário UNIFIP e da UNIFACISA. Pesquisador do Eixo de Relações Familiares do Núcleo de Estudos em Direito Civil - Virada de Copérnico. Advogado. *E-mail:* imascarenhas@mbrp.adv.br.

*** Doutora e Mestre em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em Derecho Humano pela Universidad Internacional de Andalucía. Tutora in Diritto na Universidade di Pisa-Itália. Professora na Graduação, Mestrado e Doutorado em Direito da Universidade Federal do Paraná. Vice-Presidente do IBDCivil. Diretora Regional-Sul do IBDFAM. Advogada militante em Curitiba. Conselheira Estadual da OAB-PR. *E-mail:* adv@anacarlamatos.com.br.

KEYWORDS: *Ageism; discrimination; health care rationing; health equity; coronavirus infections.*

CONTENTS: *1. Introduction; – 2. Ageism in the 21st Century; – 3. Ageism in the health area; – 4. Protocol for resource allocation and ageism; – 5. Analysis of the setting of the age criterion in Brazilian protocols in the light of the Federal Constitution; – 6. Conclusions; – References.*

1. Introdução

O ano de 2020 será, provavelmente, marcado como o da maior questão sanitária do mundo contemporâneo. Diferentemente de diversas outras crises civis, bélicas, sanitárias e ambientais que já tínhamos observado nos últimos anos, cujos efeitos estavam restritos, em maior ou menor grau, a determinadas regiões do globo, a Covid-19 apresentou uma natureza muito mais ampla, na medida em que afetou praticamente todos os países.

Apesar de supostamente ser uma crise sanitária, a Covid-19 gerou graves problemas de abastecimento global, crise econômica, social, ambiental, trabalhista, fiscal e em tantos outros aspectos, de modo que seus efeitos não foram restritos ao universo da saúde.

Dentro desse contexto, a pandemia causada pelo novo coronavírus gerou um aprofundamento das possíveis práticas de ageísmo, ou seja, práticas e falas discriminatórias em relação aos idosos. Em razão da insuficiência de recursos disponíveis, os países, Organização Mundial de Saúde (OMS) e entidades médicas passaram a debater qual seria o critério que satisfaria os princípios bioéticos da equidade e justiça na alocação de recursos escassos e se protocolos que negassem o acesso à saúde com base na idade seriam eticamente defensáveis.

O presente trabalho, por intermédio de uma revisão bibliográfica e documental, propõe-se a debater a alocação de recursos escassos e as possíveis práticas de ageísmo durante a pandemia da Covid-19. Para tanto, faz uma reflexão sobre estas práticas no séc. XXI, com ênfase na saúde, e o conflito ético de alocação de recursos escassos em tempos de pandemia.

2. Ageísmo no século XXI

Ageísmo é uma palavra cunhada por Robert Neil Butler para definir falas e comportamentos discriminatórios ao idoso, em razão da idade.¹ Em 2004, Erdman

¹ BUTLER, Robert Neil. Age-ism: Another Form of Bigotry, *Gerontologist*, v. 9, p 243-246, 1969.

Ballagh Palmore definiu o ageísmo como “forte preconceito e discriminação contra pessoas idosas”, afirmando que esse termo forma, junto com o racismo e o sexismo, uma tríade de “ismo” das sociedades ocidentais.² No Brasil, o termo ageísmo é substituído pelo termo idadismo, mas o termo etarismo também é usado com frequência.

Segundo Guita Grin Debert, é característica da modernidade a cronologização da vida, ou seja, a divisão das fases da vida em tempo, padronizando a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice; justificado pela mudança da economia doméstica para a economia de trabalho e também pela “transformação de questões que diziam respeito à esfera privada e familiar em problemas de ordem pública”.³

Assim, o fatiamento das idades em produtiva e não produtiva acaba por afastar a pessoa humana de sua dignidade e aproximar da ideia de utilidade, traduzindo por útil o indivíduo que produz algo para a sociedade, sob uma perspectiva econômica. É preciso compreender que a velhice extrapola os critérios biológicos e cronológicos, devendo ser encarada como uma construção sociocultural multifacetada.⁴

Sob a perspectiva jurídica, o ageísmo tem se tornado uma marca nefasta do século XXI e, com o objetivo de frear essa cultura, a Organização das Nações Unidas publicou a resolução 67/139, em dezembro de 2012, cuja finalidade é ser um documento legal internacional de promoção e proteção dos direitos e da dignidade das pessoas idosas.⁵

Deve-se entender que a marca do envelhecimento é a vulnerabilidade e não a incapacidade e que esse processo, apesar de irreversível, é singular para cada sujeito, moldado pelas diversas determinantes próprias da vida como as questões culturais e econômicas.

O conceito de Envelhecimento Ativo tem sido defendido pela Organização Mundial de Saúde entende que este deve aperfeiçoar as oportunidades em saúde, segurança, participação e informação a todo aquele que é considerado idoso, ou seja, aos que

² PALMORE, Erdman Ballagh. Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 19, p. 41-46, 2004.

³ DEBERT, Guita Grin. Envelhecimento e curso da vida. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 120-122, 1997. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12564/11720>>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

⁴ CASTRO, Gisela. Precisamos discutir o idadismo na comunicação. *Comunicação & Educação*, v. 20, n. 2, p. 101-114, 2015

⁵ UN. *Resolution adopted by the General Assembly*, 2012. Disponível em: <https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/139>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

possuem 65 (sessenta e cinco) anos ou mais nos países desenvolvidos ou 60 (sessenta) anos ou mais nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil.

Contudo, Barbara Mikołajczyk afirma que as normas de proteção internacional têm se mostrado insuficientes para tutelar os idosos de atos e práticas discriminatórias, razão pela qual defende que cada Estado Nação crie seus próprios mecanismos de proteção e que haja a adoção de uma convenção internacional específica contra o ageísmo.⁶

No Brasil, um estudo realizado por Maria Clara Couto et al concluiu que os principais locus de ageísmo são os contextos sociais e de atendimento à saúde, implicando em danos para a qualidade de vida do idoso e também em perdas para a sociedade.⁷

O objetivo do presente artigo é analisar como a pandemia da Covid-19 exacerbou o ageísmo na alocação de recursos em saúde no Brasil, portanto, passa-se agora a examinar o ageísmo na área da saúde, para, posteriormente, compreender o cenário atual.

3. Ageísmo na área da saúde

Sabe-se que inexistente um conceito único de idoso, sendo impossível caracterizar esse grupo social por parâmetros únicos, mas vê-se, na prática posturas reducionistas que tratam todos os idosos como pessoas doentes.⁸

O processo de adoecimento é próprio da condição de humano e a doença – qualquer que seja ela – é um acontecimento que independe da idade. Há, no envelhecimento, o processo senescência, que não pode ser confundido com o processo patológico do adoecimento. Enquanto o primeiro é orgânico e completamente natural com o transcurso dos anos, o segundo é patológico e deverá, quando possível, ser tratado pelos serviços de saúde.

⁶ MIKOŁAJCZYK, Barbara. Polish Yearbook of international law. *International law and ageism*, v. XXXV, 2015. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2811745>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

⁷ COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Sílvia Helena; NOVO, Rosa; SOARES, Pedro Sanchez. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageísmo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v.25, n.4, p.509-518, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>.

⁸ DADALTO, Luciana; VERDI, Natalia Carolina. As Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto do envelhecimento ativo. In: ALMEIDA, Vitor; BARLETTA, Fabiana Rodrigues. *A tutela jurídica da pessoa idosa*. Indaiatuba: Editora Foco, p.163-178, 2020.

Para Luiz Roberto Ramos o grande desafio do século XXI consiste em cuidar da crescente população de idosos, cuja maioria apresenta-se com alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e com baixos níveis socioeconômicos e educacionais.⁹

Há um senso comum de que o ageísmo é uma prática na área da saúde, contudo, inúmeros estudos (José Manuel Sousa São José, Carla Alexandra Filipe Amado, Stefania Ilinca, Sandra Catherine Buttigieg, Annika Larsson Taghizadeh¹⁰ e Emily Senger¹¹) relatam a dificuldade de provar essa prática, pois quando questionados os profissionais costumam negar que tenham posturas discriminatórias com seus pacientes idosos.

Há duas formas conhecidas de ageísmo na área da saúde: (i) na recusa de certos procedimentos, testes de diagnóstico e tratamentos, decorrente devido à percepção de que os sintomas são decorrentes do processo natural do envelhecimento; (ii) no diagnóstico e nos ensaios clínicos, decorrentes da ideia de que o paciente idoso não precisa ser diagnosticado e não deve ser alvo de ensaios clínicos.¹²

Emily Senger afirma que o ageísmo entre os profissionais de saúde está ligado à formação ainda arraigada na perspectiva curativa dos cuidados de saúde.¹³

Pesquisadores belgas analisaram a comunicação entre médicos e pacientes a partir da postura daqueles em relação ao envelhecimento. A conclusão do estudo foi que médicos com visões negativas sobre o envelhecimento tendem a falar mais baixo e mais devagar com os idosos. Concluíram, também que o tom de voz do médico muda de acordo com a idade do paciente, demonstrando um ageísmo implícito, que fragiliza o idoso apenas em razão de sua idade.

Segundo João Luiz Bastos e Leila Posenato Garcia:¹⁴

⁹ RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. v. 19, n.3, p.793-797, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.

¹⁰ SÃO JOSÉ, José Manuel Sousa, et al. Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. *The Gerontologist*, v. 59, n. 2, p. 98-108, 2019. DOI: [doi:10.1093/geront/gnx020](https://doi.org/10.1093/geront/gnx020)

¹¹ SENGER, Emily. Ageism in medicine a pressing problem. *CMAJ*. v. 191, n. 2, p. 55-56, 2019. DOI: [10.1503/cmaj.109-5698](https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5698).

¹² SÃO JOSÉ, José Manuel Sousa, et al. Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. *The Gerontologist*, v. 59, n. 2, p. 98-108, 2019. DOI: [doi:10.1093/geront/gnx020](https://doi.org/10.1093/geront/gnx020)

¹³ SENGER, Emily. Ageism in medicine a pressing problem. *CMAJ*. v. 191, n. 2, p. 55-56, 2019. DOI: [10.1503/cmaj.109-5698](https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5698).

No Brasil, os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, acabam por reproduzir comportamentos discriminatórios perante os usuários, não obstante seu papel dever ser também defender direitos humanos fundamentais e reduzir iniquidades em saúde, com vistas ao alcance da equidade.

No Brasil também é comum que os médicos desconsiderem a queixa de certas dores dos pacientes idosos e deixem de investigar a causa médicos apropriados à sua idade.¹⁵

Há ainda, na realidade brasileira, um alto índice de violência contra o idoso no ambiente hospitalar, explicado pela ideia de que o idoso já viveu muito e que os investimentos com essa parcela da população não dão qualquer retorno para a sociedade.¹⁶

Percebe-se, assim, o substrato discriminatório no Brasil para que o ageísmo se evidenciasse no contexto da pandemia da Covid-19, diante da situação de escassez de recursos de saúde sendo necessária realização de escolhas trágicas.

4. Protocolo de alocação de recursos e ageísmo

A escassez de recursos é inerente à condição humana, pois ninguém consegue satisfazer a integralidade de alternativas que dispõe. Significa dizer que os recursos são finitos e, portanto, devemos definir prioridades na alocação dos recursos com a finalidade de maximização da utilidade total. Ao decidir pela alocação de recursos em benefício de determinada parcela da população ou determinado tratamento, simultaneamente estar-se-ia negando o direito à parcela excluída, na medida em que não se podem satisfazer, de forma concomitante, interesses que são, em verdade, concorrentes.¹⁷

A decisão, sob um contexto de escassez importa, necessariamente, em não optar pelas demais alternativas existentes. Dentro dessa perspectiva, há um custo de oportunidade

¹⁴ BASTOS, João Luiz ; GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 3, p.351-352, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

¹⁵ GOLDANI, Ana Maria. Desafios do preconceito etário no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 31, n. 111, p. 411-434, 2010

¹⁶ MEIRA, Edméia Campos; MENEZES, Maria do Rosário de; SOUZA, Andréa dos Santos; Violência contra pessoas idosas Promovida em instituição de saúde. *Mediações*, Londrina, v. 17 n. 2, p. 57-72, 2012.

¹⁷ BURCH, E. Earl; HENRY, William R. Opportunity and incremental cost: attempt to define in systems terms: a comment. *The Accounting Review*, v. 49, n. 1, p. 118-123, 1974.

entre decidir por uma ou outra opção. O racionamento fixa que para que alguns tenham, outros não terão acesso ao bem de vida.¹⁸

Trata-se de uma perspectiva dos payoffs, na medida em que a alocação de recursos escassos envolve um satisfazer e não satisfazer. Entre decidir pela sua escolha e decidir por renunciar às demais alternativas. O custo dos direitos para implementação de prestações materiais representa uma necessidade de reflexão gerencial na alocação de recursos para garantir a satisfação/implementação de tais direitos.¹⁹

Sob uma perspectiva de política pública, a eficiência é mecanismo de mensuração da justiça, na medida em que não se podem garantir microjustiças que coloquem em xeque a política pública de saúde. O gestor deve ser compelido a garantir uma macrovisão de alocação de recursos para que consiga atingir o máximo de eficácia possível a partir das limitações financeiras e de recursos existentes.²⁰ Ante a escassez existente, o dever de decidir do gestor é fundamental, notadamente para fixar os critérios de alocação de recursos.

O Estado deve fazer escolhas e definir critérios. Essa é a base da escassez: “é necessário adotar um critério de escolha, já que atender a um é necessariamente deixar de atender a outro”.²¹

A Constituição brasileira elenca a promoção de direitos fundamentais como um fim essencial e as políticas públicas são os meios para efetivação de tais direitos a partir da alocação de recursos. Desta forma, a própria Constituição, indiretamente, estabelece que os direitos fundamentais não são absolutos, na medida em que a exigência de recursos financeiros para sua implementação e a concorrência entre sujeitos de direito importa em uma restrição implícita.²² Desta forma, o texto constitucional apresenta limites para a efetivação de direitos em razão de seus custos diretos, assim como reserva legal, proporcionalidade e razoabilidade. O fato de haver o dever de imprimir

¹⁸ SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. *Direito à Saúde: Análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016, p.25-32

¹⁹ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filehtiner. Reserva do possível: mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang.; TIMM, Luciano Benetti (org.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013, p. 13-55.

²⁰ MATHIS, Klaus. *Efficiency instead of Justice*. Norwich: Springer, 2009, p.7-20.

²¹ AMARAL, Gustavo. *Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e decisões trágicas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p. 84.

²² BARCELOS, Anna Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 106.

máxima efetividade ao texto constitucional, deste modo, encontra limites no próprio texto constitucional.²³

Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo destacam que a opção dada ao Poder Público e o custo de oportunidade existentes fundamentarão, justamente, a reserva do possível a ser compreendida em uma tridimensionalidade: disponibilidade fática, disponibilidade jurídica de recursos materiais e humanos e proporcionalidade da prestação.²⁴

Dentro de um cenário de crise causado pela Covid-19, temos o impasse, sobretudo, de admissão e internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e o acesso aos respiradores. Conforme dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) a partir do Parecer CFM nº 4/2020, o combate à Covid-19 se dá através de: equipe suficiente e adequada; existência de equipamentos de proteção individual; leitos hospitalares suficientes; leitos de UTI suficientes, com instalações de boa qualidade e com equipamentos, medicamentos e materiais de consumo suficientes; encaminhamento precoce para cuidados intensivos, quando indicado; equipamentos de ventilação mecânica de boa qualidade e em número suficiente; preparo adequado dos profissionais de saúde para estratégias de ventilação mecânica adequadas a pacientes com Covid-19.²⁵

A partir de todos os itens elencados pelo CFM, observa-se uma reiteração da palavra “suficiente”. A questão é que a crise da Covid-19 gerou uma demanda desenfreada não satisfeita pela oferta global.²⁶ Dentro dessa perspectiva de recursos escassos, como definir quem será “beneficiado” por leitos, medicamentos, respiradores, materiais e profissionais insuficientes? E quem comporá o quantitativo de “custo de oportunidade”? Quais serão aqueles que, em razão da inacessibilidade aos recursos apontados, falecerão?

²³ SCHULZE, Clenio. Covid-19: judicialização da crise e o direito à saúde. In: FARIAS, Rodrigo Nóbrega; MASCARENHAS, Igor de Lucena (org.). *Saúde, Pandemia e Judicialização*. Curitiba: Juruá Editora, 2020. No prelo.

²⁴ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível: mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang.; TIMM, Luciano Benetti (org.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013, p. 42.

²⁵ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 04/2020*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>>. Acesso em: 05 de maio de 2020.

²⁶ DANTAS, Eduardo; CLEMENTE, Graziella e NOGAROLI, Rafaela. Ausência ou inadequação de equipamentos de proteção (EPIs) em tempos de pandemia: responsabilidade do estado e reflexos jurídicos pela recusa no atendimento a pacientes. In: MONTEIRO FILHO, Carlos Edison do Rêgo; ROSENVALD, Nelson; DENSA, Roberta. *Coronavírus e responsabilidade civil: impactos contratuais e extracontratuais*. Indaiatuba: Foco, 2020, p.272

Os dilemas éticos são recorrentes na rotina do médico em UTI. Para os autores, os dilemas não apresentam alternativas certas ou erradas, apenas respostas e estas estão fundadas em diversos valores, a exemplo de critérios estéticos (etários), “valores sensíveis (alegria-tristeza,dor-prazer); valores da civilização (útil-danoso); valores vitais (nobre--comum); valores espirituais ou culturais”.²⁷

O que se observa é uma crescente quantidade de pessoas que morrerão por falta de recursos materiais e financeiros para o combate à Covid-19. A princípio, a doutrina aponta que a morte miserável, precoce e evitável seria chamada de mistanásia. Dentro dessa perspectiva, ainda que a falta de respiradores possa representar uma das maiores causas de morte no contexto da Covid-19, isso não seria propriamente uma situação de mistanásia na medida em que sua extraordinariedade e demanda abrupta não são situações previsíveis, em que pese os efeitos da pandemia possam ser majorados por ações ou omissões humanas. Desta forma, a natureza imputada seria de caso fortuito, porém as suas consequências poderão ser rompidas pela extraordinariedade em razão da má gestão dos recursos públicos e falta de planejamento, construindo um nexo de causalidade superveniente e caracterizador da mistanásia.

Além disso, destaque-se que os protocolos são instrumentos validados por evidências científicas, pautados em aspectos políticos, técnicos e organizacionais, que tem a função de orientar a assistência e gestão dos serviços de saúde.²⁸ A partir da sua existência, há a possibilidade de observância do contraditório e ampla defesa, bem como uma publicização do uso dos critérios administrativos na racionalização dos recursos. O grande impasse repousa em quais critérios serão definidos e se tais critérios estão baseados em evidências científicas ou em preconceitos e discriminações. Em certa medida, todos os protocolos apresentam escolhas, todavia o que deve pautar a decisão é o princípio da justiça na medida em que se deve dar a cada um conforme a necessidade, observada a eficácia e limitação existente.²⁹

²⁷ SZYNKIER, Rubens Teodoro; CAMPAGNUCCI, Valquíria Pelisser. Dilemas éticos em UTI e a Teoria dos Valores de Max Scheler. In: AZEVEDO JÚNIOR, Renato; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). *Reflexões éticas em Medicina Intensiva*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018. p. 103-107.

²⁸ WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Katia Ferreira Costa. *Protocolo de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009, p. 9.

²⁹ VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde Justice, equality and equity in allocating healthcare resources. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 6, n. 1-4, p. 29-52, 2010. p. 50

Uma política de racionamento de recursos é inerente ao quadro de pandemia atual, contudo deve-se fixar um critério de acesso equitativo e justo sem incorrer em medidas inconstitucionais de violação à isonomia e ageístas.

5. Análise da fixação do critério idade nos protocolos brasileiros sob a luz da Constituição Federal

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro (MS), os protocolos representam documentos que visam a garantir o melhor cuidado à saúde do paciente. A princípio, são documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Saúde e buscam a otimização do atendimento em saúde.³⁰

A base da presente discussão é se os protocolos podem se pautar em critérios etários para determinar a forma de alocação de recursos escassos.

Ao analisarmos o texto constitucional, normas infraconstitucionais e legislação do Conselho Federal de Medicina, observa-se o reconhecimento de grupos vulneráveis. De forma exemplificativa, podemos citar o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência) - Lei nº 13.146/2015, Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990, Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 como mecanismos de criação de microordenamentos com o fito proteger os mais vulneráveis.³¹

Em relação ao idoso, sendo considerado aquele com idade maior ou igual a 60 anos, a Constituição Brasileira destaca que os idosos que não tenham condições financeiras de subsistir poderão ser beneficiados com um salário mínimo para sua própria manutenção, conforme art. 203, V da CF. Em paralelo, o art. 230 estabelece que a dignidade, vida e bem estar da pessoa idosa é dever da família, sociedade e estado.

O Estatuto do Idoso define que a pessoa idosa tem direito à proteção à vida e saúde através de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e digno, sendo assegurada atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais de Saúde. Maio. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 20 de setembro 2018.

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais de Saúde. Maio. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 20 de setembro 2018.

Logo, idosos merecem uma maior proteção, seja em razão de uma preocupação constitucional decorrente da maior vulnerabilidade reconhecida pelo legislador, seja pela efetivação do princípio da isonomia e justiça.³² Compreendida a vulnerabilidade inerente aos idosos e a exigência de proteção, a existência de protocolos com discriminação etária não pode subsistir.³³ Neste sentido, apesar de Maria do Céu Patrão Neves reconhecer a vulnerabilidade como constitutiva do ser humano, entendemos que sua natureza é potencializada em determinados grupos.³⁴

A necessidade de escolha é imperiosa, porém o critério de escolha demanda reflexões jurídicas, filosóficas e morais e a quem cabe fixar os critérios se os médicos ou um comitê leigo, devendo, em certa medida, garantir uma paridade de armas através da fixação de critérios isonômicos.³⁵ Desta forma, o sistema de alocação de recursos em crise deve maximizar as chances de justiça e mitigar vieses discriminatórios como o ageísmo.³⁶

O uso do critério etário de forma isolada representa a negativa do direito à saúde pautada em um suposto utilitarismo e presunção de que a proteção à vida é pautada em quantidade de vida. Trata-se de verdadeiro sofisma de que quanto menos vida se viveu, sob o prisma quantitativo, maior retorno social poderá se dar e, portanto, deve-se priorizar o mais jovem em detrimento do mais velho.

O critério estritamente etário se fundamentaria na perspectiva de salvar ciclos da vida, de modo que quem já viveu muitos ciclos deve oportunizar, aos mais jovens, a possibilidade de viver também o mesmo número.³⁷ Uma abordagem bioética exige a identificação do paciente e seus aspectos clínicos particulares, além dos benefícios de uma intervenção médica para, então, se decidir pela alocação de recursos. Considerar o critério exclusivamente etário, notadamente para o caso da Covid-19, é viabilizar uma

³² KESKE, Henrique; SANTOS, Everton-Rodrigo. El envejecer digno como derecho fundamental de la vida humana. *Revista de Bioética y Derecho*, n. 45, p. 163-178, 2019.

³³ EZCURRA, Ana Barrena. Bioética para la comunidad: identificación y transmisión de nociones relevantes de bioética para la comunidad. *Revista de bioética y derecho*, n. 41, p. 209-226, 2017.

³⁴ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Rev Bras Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-72, 2006.

³⁵ CHILDRESS, James F. Who shall live when not all can live?. *Soundings*, v. 53, n. 4, p. 339-355, 1970.

³⁶ DEPERGOLA, Peter A. *Ethical guidelines for the treatment of patients with suspected or confirmed novel coronavirus disease (COVID 19)*, 2020. Disponível em: <https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1250&context=ojhe&fbclid=IwAR1_lLom4bDMXVnRBkJy2Av9yWc_2xN5ZU19dwQ6nCiWg-qDK51g8-qmwDQ>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

³⁷ KIRKPATRICK, James N. et al. Allocating Scarce Resources and Triaging Patients during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020.

negação ao direito à saúde, notadamente pelo maior risco para idosos que, via de regra, também possuem comorbidades como diabetes e hipertensão.³⁸

A necessidade de fixação de um critério de alocação de recursos não pode se igualar ao protocolo italiano que fixava em seu item 3º a possibilidade, em situações extremas, de utilizar um critério etário de admissão em UTI para poupar recursos para aqueles com maior probabilidade de sobrevivência e maior expectativa de vida, na medida em que esses idosos seriam meros consumidores de recursos.³⁹ O protocolo italiano foi severamente criticado por elencar, em duas oportunidades, a idade como critério decisional e a atribuição aos idosos da pecha de consumidores de recursos, de modo que o critério etário deve ser substituído por um parâmetro robusto cujo processo de aferição possa ser rápido.⁴⁰

Na atual conjuntura, nem o Ministério da Saúde e nem o Conselho Federal de Medicina editaram protocolo de atendimento em relação aos recursos escassos. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) todas instituições privadas, estabeleceram recomendações conjuntas relativas à alocação de recursos escassos.⁴¹

Nesse contexto, é importante ressaltar que a AMIB e ABRAMEDE haviam editado um protocolo sobre alocação de recursos escassos com um critério de ciclo de vida, no sentido de um aplicar um critério etário que supostamente correspondesse ao “princípio da equalização de oportunidades de se passar pelos diferentes ciclos da vida”, porém, ante as críticas de que o protocolo teria viés ageísta, a

³⁸ MONTERO-ODASSO, Manuel; HOGAN, David; LAM, Robert; MADDEN, Kenneth; MACKNIGHT, Christopher; MOLNAR, Frank; ROCKWOOD, Kenneth. Age Alone is not Adequate to Determine Healthcare Resource Allocation during the COVID-19 Pandemic. *Canadian Geriatrics Journal*, v. 23, n. 1, p. 152-154, 2020.

³⁹ VERGANO, Marco. Et al. *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic*, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13054-020-02891-w.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2020.

VERGANO, Marco. et al. *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances*, 2020. Disponível em: <<http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx>>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

⁴⁰ CESARI, Matteo; PROIETTI, Marco. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 21, n. 5, p. 576-577, 2020.

⁴¹ AMIB. *AMIB, em sinergia com ABRAMEDE, publica protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID 19*, 2020a. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2020.

AMIB/ABRAMEDE se uniram à SBGG e ANCP para edição de um protocolo com a observância de valores constitucionais e bioéticos.⁴²

A Sociedade Brasileira de Bioética, também uma instituição privada, em consonância com a tese aqui defendida, aponta que critérios etários, de gênero, econômico, sociais ou étnico-racial não podem ser utilizados para fundamento decisório em razão da necessidade de proteção dos direitos humanos e dignidade da pessoa humana. Decisões médicas, desta forma, devem ser pautadas em critérios clínicos-técnicos (SBB, 2020).⁴³ As recomendações reconhecem que os protocolos devam ser públicos e transparentes, sem incidir em discriminações infundadas, além de viabilizar uma discussão prévia acerca dos critérios adotados, evitando-se, portanto, opções ad-hoc.⁴⁴

Alguns hospitais privados, a exemplo do Albert Einstein e Sírio Libanês, ambos localizados na cidade de São Paulo, publicaram seus protocolos e a idade não é fator de exclusão. Especificamente em relação ao documento publicado pelo Hospital Albert Einstein, a idade é um fator levado em consideração apenas para comparar o paciente com a situação esperada para pessoas com a sua idade, por meio de avaliação de fragilidade, condição física e clínica do paciente. Desta forma, o critério etário torna-se justo, na medida em que não se compara sujeitos em condições distintas, mas o sujeito com sua própria faixa etária, efetivando, portanto, um tratamento.⁴⁵

Diante da omissão do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, alguns Conselhos Regionais de Medicina, como o do Rio de Janeiro (CREMERJ) e Pernambuco (CREMEPE), criaram protocolos que afastam o critério etário como critério apriorístico. O CREMERJ, inclusive, foi categórico ao afastar a possibilidade de uma política ageísta ao afirmar que recomenda “não utilizar, em hipótese alguma, a

⁴² AMIB. *Recomendações da AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19*, 2020b. Disponível em: <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: 27 de maio de 2020.

⁴³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. *Recomendação SBB nº 01/2020*. Disponível em: <<http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/754/RECOMENDACAO-SBB-N-012020-aspectos-eticos-no-enfrentamento-da-COVID-19>>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

⁴⁴ AMIB. *AMIB, em sinergia com ABRAMEDE, publica protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID 19*, 2020a. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2020.

⁴⁵ SATOMI, Erika; SOUZA, Polianna Mara Rodrigues de; THOMÉ, Beatriz da Costa; REINGENHEIM, Claudio, at al. Alocação justa de recursos médicos escassos durante a pandemia de COVID-19: considerações éticas. *einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 18, eAE5775, abril de 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775
SÍRIO LIBANÊS. *Parecer sobre distribuição de leitos em Unidades de Terapia Intensiva em situações de catástrofe - Pandemia COVID-19*. 2020. No prelo.

faixa etária como critério”⁴⁶. Já o CREMEPE permite o uso de critério etário como meio de “desempate” para decidir como se dará a distribuição de recursos escassos.⁴⁷

Já o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM/PR), por via transversa, afirmou que cabe à Comissão de Bioética ou ao Comitê Gestor de Crise fixar os critérios de alocação de recursos e, na sua ausência, ao próprio médico, inclusive optando por utilizar o critério de ordem de chegada. Por outro lado, ao responder o questionamento formulado, o CRM/PR estabeleceu que a existência de um critério estritamente etário, adotado na Itália, por exemplo, violaria o dever de não discriminar contido no artigo 9º da Resolução CFM nº 2.156/16.⁴⁸

Partindo-se da premissa que a dignidade da pessoa humana encontra umbilicalmente ligada à vida, e também à morte, tem-se que a sua validação se fundamenta em valores religiosos, filosóficos, históricos e nível de desenvolvimento civilizacional/cultural da sociedade. Sob tal perspectiva, acredita-se que, a contemporaneidade não admita a perspectiva do idoso enquanto encargo, de modo que, na qualidade de sujeitos de direitos, também devem ser beneficiados com o acesso à saúde, não se podendo criar critérios aprioristicamente etários, sob pena de uma prática eugenista e gerontocida.

6. Considerações finais

A pandemia exigiu que o poder público e a sociedade fizessem uma reflexão acerca do critério ético para alocação de recursos escassos. Dentro dessa perspectiva, apesar de alguns países adotarem critérios etários como limitadores do acesso à saúde, a exemplo da Itália, tem-se que o Estado brasileiro se quedou omissos em relação a uma definição clara de como as unidades de saúde deveriam gerenciar os recursos.

Coube, ante o vácuo estatal, à algumas entidades privadas e, de forma descentralizada, à alguns Conselhos Regionais de Medicina editarem protocolos de alocação de recursos. Essa atuação apresenta duas inseguranças: criação de múltiplos protocolos paralelos e uma avocação privada do conteúdo.

⁴⁶ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Recomendação CREMERJ nº 05/2020*. Disponível em: < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/RJ/2020/5>>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

⁴⁷ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. *Recomendação CREMEPE nº 5/2020*. Disponível em: < <http://www.cremepe.org.br/2020/05/12/cremepe-publica-recomendacao-no-05-2020/>>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

⁴⁸ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer nº 2810/2020 CRM-PR*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2020/2810>>. Acesso em 18 de maio de 2020.

A existência de múltiplos protocolos poderá gerar decisões individuais de buscar Instituições ou Estados que valorizem determinado critério alocativo, criando, por parte do paciente, a busca pela subsunção do seu quadro à unidade de saúde que não o coloca em excessiva desvantagem ou em uma potencial vantagem. Ademais, apesar de os entes privados serem concretizadores das políticas públicas, a construção de tais políticas demanda a participação estatal, seja sob uma perspectiva gerencial, seja sob um dever de dirigismo estatal em relação à atuação na saúde nas relações públicas e privadas.

A decisão de alocar recursos escassos sempre foi inerente à realidade dos gestores, especialmente em países periféricos e foi apenas evidenciada e exponencializada na pandemia, o que evidenciou, também, a necessidade de que os critérios de alocação sejam amplamente debatidos e evite-se critérios que excluam grupos específicos, como os critérios etários, sob pena de representar práticas eugênicas de eliminação da população mais vulnerável.

A proposta de restringir o acesso à saúde dos mais idosos sob o argumento de que já completaram o ciclo da vida ou que não gerarão retorno social como um jovem, além de falaciosa, é pautada em um suposto utilitarismo que não necessariamente está correlacionado à idade, visto que há um paradoxo intrínseco a essa suposta correlação, na medida em que uma menor expectativa de vida não quer dizer que o idoso tenha “menos a contribuir”. Muitas das maiores mentes da contemporaneidade são pessoas idosas. Caso pensemos de forma utilitarista e sob o argumento de retorno social, os mais jovens seriam beneficiados em detrimento de tais pessoas.

Apesar de ser uma escolha trágica e que enseja custo de oportunidade, não se pode sacrificar os idosos para que os mais jovens tenham meios para tentar sobreviver. A atual pretensão de prática ageísta de negar acesso à saúde dos idosos, além de discriminatória, pode se traduzir em uma sentença de morte, na medida em que se nega acesso aos meios conhecidos pela ciência atual para combater a Covid-19.

Considerando que o acesso aos recursos de saúde é concorrencial, no sentido de que duas pessoas não poderão fazer uso simultâneo de forma eficaz e com o mesmo benefício de recursos de materiais para tratamento da Covid-19, não se pode, aprioristicamente, definir que a pessoa idosa sequer tem condições de concorrer como elegível para o acesso. Condições de saúde e critérios clínicos devem pautar as decisões

médicas, jamais a idade ou o envelhecimento, visto que estes são processos naturais e que não representam doenças.

Negar a saúde sob o aspecto etário é colocar em excessiva desvantagem concorrencial aquele que já é considerado aprioristicamente como vulnerável e, portanto, destinatário de maior proteção estatal. Desta forma, não se pode desejar a morte dos mais idosos para garantir suposta mais vida para os jovens. A vida não pode ser analisada sob o aspecto estritamente quantitativo e, tampouco, o ordenamento jurídico, pode admitir protocolos discriminatórios, independentemente da categoria social vulnerada.

É preciso, por fim, extrapolar o argumento jurídico e defender que a preterição aos idosos nesse momento configura verdadeira preterição do futuro da Humanidade, pois, ao assumir-se que o jovem terá preferência, está-se, em verdade, abrindo um perigoso precedente para que as sociedades futuras possam preterir a velhice que será representada por todos os contemporâneos dessa pandemia, afinal, se hoje o mundo está lutando contra a Covid-19 é exatamente para que todos tenham condições de viver mais.

Referências

AMARAL, Gustavo. *Direito, escassez e escolha*: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

AMIB. *AMIB, em sinergia com ABRAMEDE, publica protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID 19, 2020a* Disponível em: < https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_AMIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2020a.

AMIB. *Recomendações da AMIB, ABRAMEDE, SBGG e ANCP de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, 2020b*. Disponível em: < 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: 27 de maio de 2020.

BARCELOS, Anna Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 101-132.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. *Código de Ética: Comentado e Interpretado*. Timburi: Editora Cia do Ebook, 2019.

BASTOS, João Luiz; GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n.3, p. 351-352, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

BURCH, E. Earl; HENRY, William R. Opportunity and incremental cost: attempt to define in systems terms: a comment. *The Accounting Review*, v. 49, n. 1, p. 118-123, 1974.

BUTLER, Robert Neil. Age-ism: Another Form of Bigotry, *Gerontologist*, v. 9, p 243-246, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais de Saúde. Maio. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 20 de setembro 2018.

CASTRO, Gisela. Precisamos discutir o idadismo na comunicação. *Comunicação & Educação*, v. 20, n. 2, p. 101-114, 2015.

CESARI, Matteo; PROIETTI, Marco. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 21, n. 5, p. 576-577, 2020.

CHILDRESS, James. Who shall live when not all can live?. *Soundings*, v. 53, n. 4, p. 339-355, 1970.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 04/2020*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>>. Acesso em: 05 de maio de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO. *Recomendação CREMEPE nº 5/2020*. Disponível em: <<http://www.cremepe.org.br/2020/05/12/cremepe-publica-recomendacao-no-05-2020/>>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Parecer nº 2810/2020 CRM-PR*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2020/2810>>. Acesso em 18 de maio de 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Recomendação CREMERJ nº 05/2020*. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/RJ/2020/5>>. Acesso em: 16 de maio de 2020.

COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Sílvia Helena; NOVO, Rosa; SOARES, Pedro Sanchez. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 25, n. 4, p. 509-518, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400006>.

DADALTO, Luciana; VERDI, Natalia Carolina. As Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto do envelhecimento ativo. In: ALMEIDA, Vitor; BARLETTA, Fabiana Rodrigues. *A tutela jurídica da pessoa idosa*. Indaiatuba: Editora Foco, 2020, p. 163-178.

DANTAS, Eduardo; CLEMENTE, Graziella e NOGAROLI, Rafaela. Ausência ou inadequação de equipamentos de proteção (EPIs) em tempos de pandemia: responsabilidade do estado e reflexos jurídicos pela recusa no atendimento a pacientes. In: MONTEIRO FILHO, Carlos Edison do Rêgo; ROSENVALD, Nelson; DENSA, Roberta. *Coronavírus e responsabilidade civil: impactos contratuais e extracontratuais*. Indaiatuba: Foco, 2020. p. 271-282

DELBERT, Guita Grin. Envelhecimento e curso da vida. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 120, 1997. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12564/11720>>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

DEPERGOLA, Peter A. *Ethical guidelines for the treatment of patients with suspected or confirmed novel coronavirus disease (COVID 19)*, 2020. Disponível em: <https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1250&context=ojhe&fbclid=IwAR1_lLom4bDMXVnRBkJy2Av9yWc_2xN5ZU19dwQ6nCiWg-qDK51g8-qmwDQ>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

EZCURRA, Ana Barrena. Bioética para la comunidad: identificación y transmisión de nociones relevantes de bioética para la comunidad. *Revista de bioética y derecho*, n. 41, p. 209-226, 2017.

GOLDANI, Ana Maria. Desafios do preconceito etário no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 31, n. 111, p. 411-434, 2010.

KESKE, Henrique; SANTOS, Everton-Rodrigo. El envejecer digno como derecho fundamental de la vida humana. *Revista de Bioética y Derecho*, n. 45, p. 163-178, 2019.

KIRKPATRICK, James, et al. Allocating Scarce Resources and Triaging Patients during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020.

KOLMAR, Martin. *Principles of Microeconomics: Principles*. Springer International Publishing, 2017.

MATHIS, Klaus. *Efficiency instead of Justice*. Norwich: Springer, 2009.

MEIRA, Edméia Campos; MENEZES, Maria do Rosário de; Souza, Andréa dos Santos; Violência contra pessoas idosas Promovida em instituição de saúde. *Mediações*, Londrina, v. 17, n. 2, p. 57-72, 2012.

MIKOŁAJCZYK, Barbara. Polish Yearbook of international law. *International law and ageism*, v. XXXV, 2015. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2811745>. Acesso em: 29 de maio de 2020.

MONTERO-ODASSO, Manuel; HOGAN, David; LAM, Robert; MADDEN, Kenneth; MACKNIGHT, Christopher; MOLNAR, Frank; ROCKWOOD, Kenneth. Age Alone is not Adequate to Determine Healthcare Resource Allocation during the COVID-19 Pandemic. *Canadian Geriatrics Journal*, v. 23, n. 1, p. 152-154, 2020

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Rev Bras Bioética*, v. 2, n. 2, p. 157-72, 2006.

PALMORE, Erdman Ballagh. Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 19, p. 41-46, 2004.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. v. 19, n.3, p.793-797, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.

SÃO JOSÉ, José Manuel Sousa, et al. Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. *The Gerontologist*, v. 59, n. 2, p. 98-108, 2019. DOI: [doi:10.1093/geront/gnx020](https://doi.org/10.1093/geront/gnx020)

SARLET, Ingo Wolfgang. Eficácia e efetividade de direitos fundamentais, controle judicial de políticas públicas e separação de poderes – anotações ao AGRG no AGIN 708.667 do STF. *Revista do Tribunais*, São Paulo, v. 921, p. 471-492, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível: mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (org.). *Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013. p. 13-55.

SATOMI, Erika; SOUZA, Polianna Mara Rodrigues de; THOMÉ, Beatriz da Costa; REINGENHEIM, Claudio, et al. Alocação justa de recursos médicos escassos durante a pandemia de COVID-19: considerações éticas. *einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 18, eAE5775, abril de 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775

SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. *Direito à Saúde: Análise à luz da judicialização*. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

SCHULZE, Clenio. Covid-19: judicialização da crise e o direito à saúde. In: FARIAS, Rodrigo Nóbrega; MASCARENHAS, Igor de Lucena (org.). *Saúde, Pandemia e Judicialização*. Curitiba: Juruá Editora, 2020. No prelo.

SENGER, Emily. Ageism in medicine a pressing problem. *CMAJ*, v. 191, n. 2, p. 55-56, 2019. DOI: doi:10.1503/cmaj.109-5698.

SÍRIO LIBANÊS. *Parecer sobre distribuição de leitos em Unidades de Terapia Intensiva em situações de catástrofe - Pandemia COVID-19*. 2020. Não publicado.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA. *Recomendação SBB nº 01/2020*. Disponível em <http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/754/RECOMENDACAO-SBB-N-012020-aspectos-eticos-no-enfrentamento-da-COVID-19>. Acesso em 17 de maio de 2020.

SZYNKIER, Rubens Teodoro; CAMPAGNUCCI, Valquíria Pelisser. Dilemas éticos em UTI e a Teoria dos Valores de Max Scheler. In: AZEVEDO JÚNIOR, Renato; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). *Reflexões éticas em Medicina Intensiva*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018. p. 103-107.

UN. *Resolution adopted by the General Assembly on 20 December 2012*. 2012. Disponível em: <https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/139>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

VERGANO, Marco. et al. *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic*, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13054-020-02891-w.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2020.

VERGANO, Marco. et al. *Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances*, 2020. Disponível em: <<http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx>>. Acesso em 17 de maio de 2020.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde Justice, equality and equity in allocating healthcare resources. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 6, n. 1-4, p. 29-52, 2010

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Katia Ferreira Costa. *Protocolo de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

civilistica.com

Recebido em: 8.7.2020

Publicação a convite.

Ahead of Print

Publicado em julho/2020

Como citar: DADALTO, Luciana; MASCARENHAS, Igor de Lucena; MATOS, Ana Carla Harmatiuk. *Salvem também os idosos: etarismo e a alocação de recursos na realidade brasileira de combate à COVID*. **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, a. 9, n. 2, 2020 (*ahead of print*). Disponível em: <<http://civilistica.com/salvem-tambem-os-idosos/>>. Data de acesso.