



# RECOMENDAÇÕES PARA ADMISSÃO E SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS INTENSIVOS EM CONDIÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE NECESSIDADES E RECURSOS DISPONÍVEIS

## GABET COVID19

### Grupo de Apoio em Bioética, Ética Médica e Terminalidade - COVID19 versão atualizada 20 de maio 2020

Diego Lima Ribeiro, Daniel Franci, Thiago Martins Santos, Venâncio P. Dantas Filho, José Carlos Junqueira, Cristina Terzi Coelho, Thaís F. de Araújo, Daniele Sacardo, Flavio C. de Sá

#### SOBRE OS AUTORES

**Dr. Diego Lima Ribeiro:** médico assistente do Hospital de Clínicas da Unicamp, membro da disciplina de ética médica e bioética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e membro do comitê de bioética do Hospital de Clínicas.  
**Dr. Daniel Franci:** médico da disciplina de emergências da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.  
**Dr. Thiago Martins Santos:** médico, docente da disciplina de emergências da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.  
**Dr. Venâncio P. Dantas Filho:** médico, neurocirurgião do Hospital de Clínicas da Unicamp e membro do comitê de bioética do Hospital de Clínicas.  
**Dr. José Carlos Junqueira:** médico intensivista, membro da equipe de cuidados paliativos do Hospital de Clínicas e membro do comitê de bioética do Hospital de Clínicas da Unicamp.  
**Dr<sup>a</sup>. Cristina Terzi Coelho:** médica intensivista e membra da equipe de cuidados paliativos do Hospital de Clínicas da Unicamp.  
**Dr<sup>a</sup>. Thaís F. de Araújo:** advogada especialista em direito médico. Colaboradora da disciplina de ética médica e bioética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.  
**Dra. Daniele Sacardo:** psicóloga, docente do departamento de saúde coletiva, área de ética e saúde. Membro do comitê de bioética do Hospital de Clínicas.  
**Dr. Flavio C. de Sá:** médico, docente do departamento de saúde coletiva, área de ética e saúde. Membro do comitê de bioética do Hospital de Clínicas.

As previsões da pandemia de Coronavírus (COVID-19) atualmente em andamento em nosso país estimam um aumento nos casos de insuficiência respiratória em muitos centros nas próximas semanas.

Neste cenário, critérios para acesso a cuidados intensivos (e alta) podem ser necessários não apenas para as indicações clínicas e de proporcionalidade do atendimento, mas também como um critério possível de justiça distributiva e alocação apropriada de recursos de saúde limitados<sup>1</sup>.

Um cenário desse tipo pode ser substancialmente assimilado ao campo da "medicina contra desastres", para os quais a reflexão ética desenvolveu ao longo do tempo muitas indicações concretas para médicos e enfermeiros envolvidos em escolhas difíceis<sup>2</sup>.

Como uma extensão do princípio da proporcionalidade da assistência, a alocação em um contexto sério de escassez de recursos de saúde deve ter como objetivo garantir tratamentos intensivos para pacientes com maiores chances de sucesso terapêutico: é, portanto, uma questão de privilegiar não só os pacientes mais graves, mas também os com maior expectativa de vida<sup>3</sup>.

A necessidade de terapia intensiva deve, portanto, ser integrada a outros elementos de adequação clínica para cuidados intensivos, incluindo: tipo e gravidade da doença aguda; presença e gravidade de comorbidades; disfunções de órgãos e sistemas e sua reversibilidade<sup>4</sup>.

Está implícito que a aplicação de critérios de racionamento só é justificável depois que todos os esforços possíveis foram feitos para aumentar a disponibilidade de recursos disponíveis (nos cuidados intensivos) e após qualquer possibilidade de transferência dos pacientes a centros com maior disponibilidade de recursos<sup>5</sup>.

A partir das informações disponíveis agora, uma parte substancial dos indivíduos diagnosticados com COVID-19 requer suporte ventilatório devido a hipoxemia grave. O acometimento pulmonar é potencialmente reversível, mas os dados disponíveis sugerem que a recuperação pode ser lenta, com duração de semanas, o que potencialmente implica em alta demanda de recursos físicos, materiais e de equipes assistenciais<sup>6</sup>.

Assim, elaboramos as recomendações a seguir, baseadas em princípios éticos, pertinentes a este período de pandemia e de provável escassez de recursos. Ponderamos ainda as recomendações do Conselho Federal de Medicina sobre prioridade de admissão em terapia intensiva (Resolução Nº 2.156/2016)<sup>7</sup>. Por fim, apresentamos uma orientação para triagem e um fluxograma de admissão e alta de terapia intensiva nesse período de pandemia, fundamentados na literatura atual originada na experiência dos países que estão enfrentando essa crise.

## Princípios

1. Ao cuidar do paciente, deve-se respeitar sua vontade.
2. As decisões são baseadas no prognóstico do paciente (funcionalidade prévia, doença de base e condição clínica atual) e devem incluir o paciente, a família e a equipe assistencial em um processo de tomada de decisão compartilhado.
3. O planejamento prévio dos tratamentos deve levar em consideração os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça; o último deve ser entendido não apenas em relação ao indivíduo, mas também em relação à comunidade em termos de uma alocação de recursos.
4. Não se deve prolongar o processo de morte (**DISTANÁSIA**).
5. O plano de cuidados, incluindo as limitações, devem ser documentadas no prontuário.
6. O tratamento é considerado fútil quando fora de proporção. A futilidade refere-se às intervenções que falham em restaurar, curar ou são incapazes de produzir algum benefício significativo para o paciente. A avaliação da futilidade deve ser específica para cada paciente e seu contexto clínico, levando em consideração a qualidade de vida presumivelmente alcançável e a decisão do paciente e seus familiares, devidamente esclarecidos.
7. É eticamente recomendável, e até mesmo necessária, a não introdução e/ou a suspensão de tratamentos desproporcionais (entre outros motivos porque seus custos humanos superam os benefícios esperados), visando uma situação de ortotanásia. Ao contrário da eutanásia, a **ORTOTANÁSIA** é uma medida bem vinda do ponto de vista humano e assistencial.
8. Em termos de justiça distributiva, é eticamente correto e cientificamente apropriado buscar constantemente a melhor alocação dos recursos disponíveis.

## Recomendações

1. Os critérios extraordinários de admissão e alta são flexíveis e podem ser adaptados localmente a depender da disponibilidade de recursos, possibilidade real de transferência de pacientes, número de acessos em andamento ou esperados. Os critérios se aplicam a **TODOS** os pacientes com necessidade de terapia intensiva, não apenas aos pacientes diagnosticados com a COVID-19.
2. Pode ser necessário estabelecer um limite de idade para admissão à terapia intensiva<sup>1</sup>. Quando isso acontecer deve-se levar em consideração o status funcional prévio (Anexo 4). Não se trata de fazer escolhas apenas pela idade cronológica, mas racionalizar recursos (em um contexto de recursos escassos) para aqueles com maior probabilidade de sobrevivência e, secundariamente, para aqueles que apresentam maior expectativa de vida. Tal medida visa maximizar os benefícios para a maioria das pessoas.
3. Além da idade, a presença de comorbidades e o status funcional devem ser cuidadosamente avaliados. É possível que um curso terapêutico relativamente curto em pessoas previamente saudáveis se torne mais longo e, portanto, com maior demanda de recursos do serviço de saúde, no caso de pacientes idosos, frágeis ou com comorbidades graves.
4. Intervenções críticas e de terapia intensiva (testes, EPIs, leitos de UTI, ventiladores, terapêuticas e vacinas) devem ser prioritariamente destinadas a trabalhadores da área da saúde envolvidos na linha de frente de enfrentamento à pandemia, bem como a trabalhadores das áreas de suporte e infraestrutura críticas para a manutenção dos sistemas de assistência, particularmente trabalhadores que enfrentam alto risco de infecção e aqueles cujo treinamento específico os torna de difícil reposição<sup>8</sup>.
5. A possível presença da vontade anteriormente expressa pelo paciente através de qualquer **DAV (DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE)** deve ser ativamente questionada pelas equipes assistentes e sempre que disponível, deve ser respeitada.
6. Qualquer instrução para **“NÃO INTUBAR”** ou **“NÃO REANIMAR”** deve ser detalhadamente registrada no prontuário médico e deve servir como um guia explícito, caso a deterioração clínica do paciente ocorra na presença de cuidadores que não participaram do planejamento terapêutico e que não conheçam o paciente.
7. A decisão de **“NÃO INTUBAÇÃO”**, seguindo os critérios clínicos disponíveis, autoriza a equipe médica a utilizar quando entender conveniente e necessária

e, como expressão de boas práticas clínicas, a sedação paliativa em pacientes hipóxicos em progressão da doença, sempre seguindo as recomendações existentes. Caso a previsão do processo de morte seja longo, deve-se providenciar a transferência para unidade de terapia não intensiva sempre que possível e, idealmente sob os cuidados de equipe capacitada em cuidados paliativos e de final de vida.

- 8.** Todas as internações em terapia intensiva devem passar por reavaliação constante de adequação dos objetivos e da proporcionalidade do cuidado (meios usados para assistência e resultados previsíveis). Caso seja identificada a não resposta às terapêuticas instituídas, ou a presença de complicações graves e/ou disfunções orgânicas irreversíveis ou com limitação prognóstica significativa, deve-se avaliar limitação terapêutica e migração para plano de cuidados paliativos exclusivos<sup>9</sup>.
- 9.** A decisão de limitar os cuidados intensivos deve ser discutida e compartilhada com a equipe assistente e os familiares, devendo o profissional médico responsável definir e apresentar o plano de cuidados para alívio dos sintomas que levam ao sofrimento. (Resolução CFM 1.805/2006).
- 10.** Pacientes em coma não perceptivo, arreatividade supra espinhal e apneia persistente, devem ser submetidos a procedimentos diagnósticos para Morte Encefálica. Esses casos devem ser notificados para a OPO da instituição para avaliação, conforme a Resolução CFM 2.173/2017.

## Prontuário médico

O prontuário médico é um documento elaborado pelos profissionais assistentes e torna-se uma ferramenta essencial para a prestação de cuidado continuada e eficiente.

O Código de Ética Médica estabelece em seu art. 87 que é uma obrigação médica elaborar prontuário legível para cada paciente, bem como que é dever do médico constar todos os dados clínicos necessários à boa condução do caso, devendo ser preenchido em cada avaliação, em ordem cronológica, com data e hora.

A guarda do prontuário é obrigação da instituição, porém o documento pertence ao paciente, que tem direito ao total acesso, podendo inclusive solicitar cópias.

Assim, com relação ao início e/ou suspensão de terapia intensiva em um contexto de recursos escassos, recomendamos:

1. Registro claro e objetivo das indicações de terapia intensiva, incluindo nível de prioridade conforme resolução do CFM (Resolução N° 2.156/2016)
2. Registro claro e objetivo das contra indicações de terapia intensiva (não introdução e/ou suspensão) incluindo nível de prioridade conforme resolução do CFM (Resolução N° 2.156/2016)
3. Registro claro sobre a conversa com os familiares, atentando-se para os nomes e grau de parentesco dos presentes na conversa, assim como dos membros da equipe que participaram, documentando a compreensão dos presentes a respeito do plano de cuidados proposto.
4. O registro de limitações terapêuticas e das diretivas antecipadas de vontade (quando disponíveis) deve estar presente no prontuário e, preferencialmente com cópia em documento específico e em destaque, sempre que disponível.

## **Conselho Federal de Medicina** (Resolução Nº 2.156/2016):

- Prioridade 1.** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 2.** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 3.** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
- Prioridade 4.** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
- Prioridade 5.** Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

## Referências

1. SIAARTI. Raccomandazioni Di Etica Clinica Per L ' Ammissione a Trattamenti Intensivi E Per La Loro Sospensione , in Condizioni Eccezionali Di Etica Clinica Per L ' Ammissione a. 2020.
2. Albani A, Barbisan C, Barneschi MG, et al. SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care. *Minerva Anesthesiol.* 2003;69(3):101-118.
3. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *Cmaj.* 2006;175(11):1377-1381. doi:10.1503/cmaj.060911
4. Daugherty Biddison EL, Faden R, Gwon HS, et al. Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest.* 2019;155(4):848-854. doi:10.1016/j.chest.2018.09.025
5. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med.* 2020:1-3.
6. SIAARTI. Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura. *Doc Approv dal Cons Direttivo SIAARTI data 22 April 2013.* 2013:1-57.
7. RESOLUÇÃO CFM N° 2.156/2016. 2016:28-30. [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3).
8. Emanuel EJ, Persad G, Uspshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020:1-7.
9. Berlinger N, Wynia M, Powell T, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 ( COVID-19 ): Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to. *Hast Cent.* 2020;2.



## Apêndice 1

Ferramenta de priorização usada no protocolo de triagem para avaliar as necessidades dos pacientes de cuidados intensivos durante a pandemia

### Avaliação inicial

Código de triagem	Critério	Ação ou prioridade
<b>Azul</b>	Critérios de exclusão atendidos <b>ou</b> SOFA > 11*	Prioridade 5 CFM <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte não invasivos</li> <li>• Cuidados paliativos</li> <li>• Sem indicação de UTI</li> </ul>
<b>Vermelho</b>	SOFA $\leq 7$ <b>ou</b> Insuficiência de um único órgão	Prioridade máxima (1 e 2 CFM)
<b>Amarelo</b>	SOFA 8-11	Prioridade Intermediária (3 e 4 CFM)
<b>Verde</b>	Sem falência significativa de órgãos	Sem indicação de UTI

### Avaliação após 48h e a cada 24h de terapia intensiva

Código de triagem	Critério	Ação ou prioridade
<b>Azul</b>	Critérios de exclusão atendidos <b>ou</b> SOFA >11 <b>ou</b> SOFA 8-11 estável, sem alterações	Prioridade 5 CFM <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte não invasivos</li> <li>• Cuidados paliativos</li> <li>• Sem indicação de UTI</li> </ul>
<b>Vermelho</b>	SOFA <11 e diminuindo	Prioridade máxima (1 e 2 CFM)
<b>Amarelo</b>	SOFA <8 estável, sem alterações	Prioridade Intermediária (3 e 4 CFM)
<b>Verde</b>	Não dependente do ventilador	Sem indicação de UTI

\* Se um critério de exclusão for atendido ou a pontuação do SOFA for >11 a qualquer momento da avaliação inicial até 48 horas depois, altere o código de triagem para azul e prossiga conforme indicado.

## Apêndice 2

### Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)

#### Escala de disfunção de órgãos

VARIÁVEL	PONTUAÇÃO				
	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> , mmHg	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Contagem de plaquetas, x 10 <sup>6</sup>	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Nível de Bilirrubina, mg/dL	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	> 12
Hipotensão	Não	PAM < 70	Dop ≤ 5	Dop > 5 Epi ≤ 0,1 Norepi ≤ 0,1	Dop > 15 Epi > 0,1 Norepi > 0,1
Escala de Coma de Glasgow	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6
Creatinina, mg/dL	< 1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9	> 5
dopamina, noradrenalina e epinefrina: micrograma/kg/min					

## Apêndice 3

### Critérios de exclusão da admissão ou transferência para cuidado em terapia intensiva

O paciente é **EXCLUÍDO** da admissão ou transferência para cuidado se alguma das seguintes situações estiver presente:

**A. Trauma grave**

**B. Queimaduras graves do paciente com 2 dos seguintes:**

- Idade > 60 anos
- > 40% da área total da superfície corporal afetada
- Lesão por inalação

**C. Parada cardíaca**

- Parada cardíaca não testemunhada
- Parada cardíaca testemunhada, que não responde a terapia (desfibrilação ou estimulação)
- Parada cardíaca recorrente

**D. Comprometimento cognitivo basal grave**

**E. Doença neuromuscular intratável avançada**

**F. Doença maligna metastática**

**G. Imunocomprometimento avançado e irreversível**

**H. Evento ou condição neurológica grave e irreversível**

**I. Insuficiência orgânica em estágio terminal, que atenda aos seguintes critérios:**

- Insuficiência cardíaca classe III ou IV da NYHA, arritmia resistente a terapia ou angina refratária
- DPOC com VEF1 <25% previsto, PaO<sub>2</sub> BASAL < 55 mm Hg ou hipertensão pulmonar secundária
- Doença renal crônica com terapêutica dialítica sem condição de realizá-lo
- Fibrose cística com VEF1 pós-broncodilatador < 30% ou PaO<sub>2</sub> basal < 55 mmHg
- Escore Child-Pugh > ou = 7
- Fibrose pulmonar com CV ou CPT < 60% previsto, PaO<sub>2</sub> basal <55 mm Hg ou hipertensão pulmonar secundária
- Hipertensão pulmonar primária com NYHA classe III, ou insuficiência cardíaca IV, pressão atrial direita > 10 mm Hg, pressão arterial pulmonar média > 50 mm Hg

**J. Cirurgia paliativa eletiva**

**K. Presença de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), contendo informações sobre suporte não intensivo.**

## Apêndice 4

### Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos - PPS (Palliative Performance Scale)

%	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTO-CUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completa	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou Reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou Reduzida	Completa ou períodos de confusão
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência Ocasional	Normal ou Reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-