

RESOLUÇÃO SESA Nº 489/2021

Dispõe sobre os critérios para direcionamento de pacientes para internamento hospitalar pelo médico (a) regulador (a) do SUS e para priorização de pacientes para intensificação de cuidados no ambiente intra-hospitalar tendo em vista a situação de Emergência em Saúde Pública do Novo Coronavírus – COVID-19 no Estado do Paraná.

O **Secretário de Estado da Saúde**, gestor do Sistema Único de Saúde do Paraná, no uso da atribuição que lhe confere o art. 4º, incisos VI e XIII, da Lei Estadual nº 19.848, de 3 de maio de 2019 e o art. 8º, inciso IX do anexo 113060_30131 do Decreto Estadual nº 9.921, de 23 de janeiro de 2014, Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, além do disposto na Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001, Código de Saúde do Estado, e,

- considerando a seção II, Capítulo II, do Título VIII da Constituição Federal;
- considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;
- considerando o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- considerando o Decreto Federal nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, que promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional;
- considerando a Portaria GM/ MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus;
- considerando a situação de pandemia pelo coronavírus causador da doença denominada COVID-19, anunciada pela Organização Mundial da Saúde – OMS no dia 3 de março de 2020;
- considerando o poder atribuído ao Gestor Estadual em sua esfera administrativa de requisitar bens e serviços em casos decorrentes de irrupção de epidemias para atendimento de necessidades coletivas urgentes, conforme disciplinado pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 15;
- considerando a Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;

1

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br – gabinete@sesa.pr.gov.br

- considerando o Decreto Estadual nº 4.230, de 16 de março de 2020 que “Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID-19.”

- considerando o Decreto Estadual nº 4.298, de 19 de março de 2020, que declara situação de emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0- Doenças Infecciosas Virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19;

- considerando a Lei Federal nº 13.992, de 22 de abril de 2020, que suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- considerando a publicação do Decreto Estadual nº 6.543 de 15 de dezembro de 2020, que prorroga em 180 dias o prazo de vigência do Decreto nº 4.319 de 23 de março de 2020;

- considerando a publicação do Decreto Estadual nº 6.983 de 26 de fevereiro de 2020, que determina medidas restritivas de caráter obrigatório, visando o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19;

- considerando a publicação do Decreto Estadual nº 7.020 de 05 de março de 2021, que prorroga até as 5 horas do dia 10 de março de 2021 a vigência do Decreto nº 6.983, de 26 de fevereiro de 2021 e institui, no período das 20 horas às 5 horas, diariamente, restrição provisória de circulação em espaços e vias públicas;

- considerando a Resolução SESA nº 161 de 21 de março de 2018, que define os profissionais mínimos para a composição e operação das diferentes Centrais de Regulação do Complexo Regulador, assim como o exercício das funções investido de poder de Autoridade Sanitária;

- considerando o aumento do número de casos de infecção pelo Novo Coronavírus – COVID-19 nas últimas semanas, com consequente necessidade de mobilização de grande parte da capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde contratualizados ao SUS para esses atendimentos;

- considerando a elevada taxa de ocupação dos leitos exclusivos para atendimento aos usuários do SUS acometidos pela COVID-19, com alto consumo de medicamentos sedativos e bloqueadores musculares.

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer os critérios para direcionamento de pacientes para internamento hospitalar pelo médico(a) regulador(a) do SUS e para priorização de pacientes para intensificação de cuidados no ambiente intra-hospitalar no Estado do Paraná.

Art. 2º Os critérios apresentados nessa Resolução pressupõem que o tratamento dos casos graves da COVID-19 deve ser ordenado de forma a beneficiar o maior número de

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400

www.saude.pr.gov.br – gabinete@sesa.pr.gov.br

pacientes possível, dentro da capacidade instalada dos diferentes serviços, com o intuito de reduzir a morbi-mortalidade da doença na população, mesmo sendo considerada a possibilidade de escassez de recursos ideais.

Parágrafo único: Os critérios clínicos de gravidade e potencial de sobrevida dos diferentes pacientes poderão ser utilizados a fim de propiciar às equipes médicas de regulação e de terapia intensiva uma ferramenta de apoio à avaliação comparativa dos pacientes, preservando a decisão técnica final do Médico Regulador do SUS e do Médico Assistente, porém, criando a possibilidade de ordenamento dos pacientes com demanda de assistência emergencial.

Art. 3º A presente normativa baseia-se em dois documentos oficiais, um da Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB e Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMED, e outro e do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE.

§ 1º Os documentos referidos no caput deste artigo foram utilizados em sua forma original, considerada sua procedência e embasamento técnico-científico e legal, constituindo-se parâmetros de referência sugeridos pela SESA, para as equipes médicas responsáveis pela Regulação de Acesso e Assistência Hospitalar nos diferentes serviços, consoante anexo I;

§ 2º O anexo II dessa Resolução, estabelece as recomendações para priorização assistencial intra-hospitalar, sendo utilizado como referência as “Recomendações AMIB/ABRAMEDE de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19” na integralidade;

§ 3º O anexo III dessa Resolução, estabelece o Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso, sendo utilizado como referência a “Recomendação CREMEPE Nº 05/2020” na sua integralidade;

§ 4º Tratam-se de critérios sugeridos, porém não obrigatórios, cabendo a decisão final acerca da priorização de cada paciente ao Médico responsável, o que, em caso de discordância em função de seu juízo clínico, não se constitui em infração técnica, respeitando-se assim a decisão final do profissional, uma vez devidamente respaldada em seu julgamento cujo critério deve ser devidamente documentado.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 15 de junho de 2021.

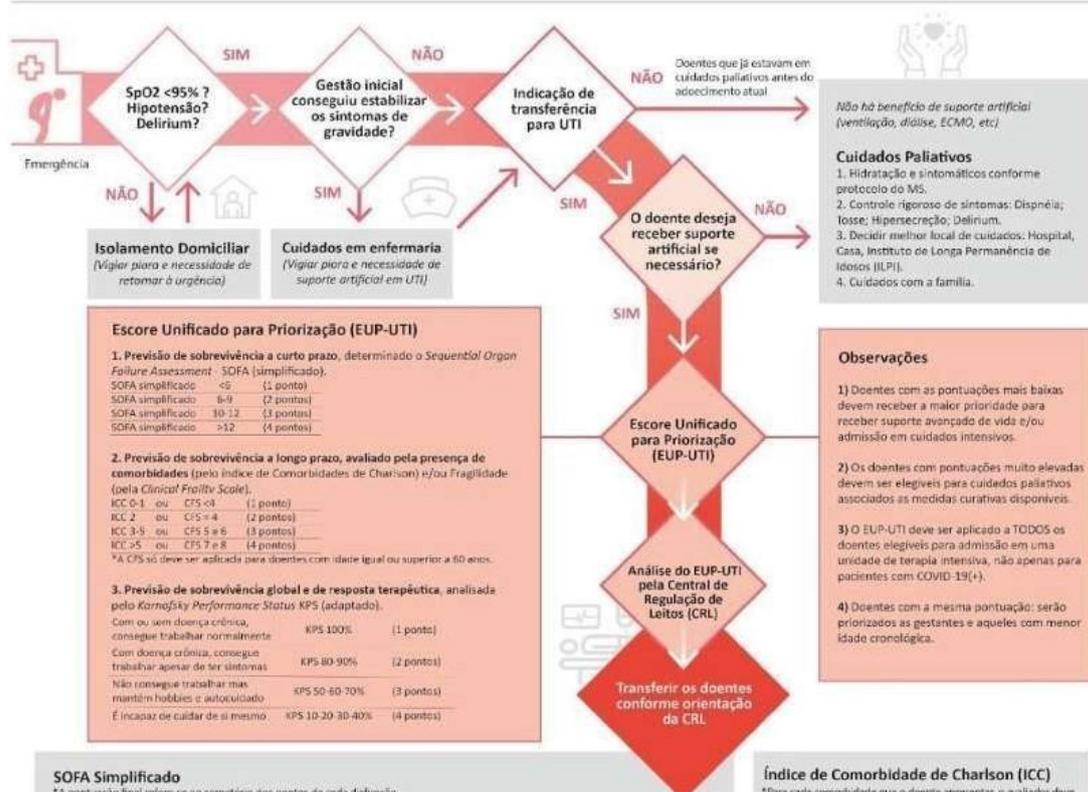
Assinado eletronicamente
Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)

GABINETE DO SECRETÁRIO

Rua Piquiri, nº 170 – Rebouças – CEP: 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4400
www.saude.pr.gov.br – gabinete@sesa.pr.gov.br

3

FLUXO DE MANEJO DE PACIENTE COM SUSPEITA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)



SOFA Simplificado

*A pontuação final refere-se ao somatório dos pontos de cada disfunção.
 ** Os doentes com parâmetros dentro da normalidade pontuam zero.

COMPONENTE / DISFUNÇÃO	PARÂMETRO	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6
CARDIOVASCULAR	Hipotensão, mmHG	PAM < 70 mmHg	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina qualquer dose	Dopamina > 5 ou Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Norepinefrina > 0,1
RESPIRATÓRIO	Saturação Periférica de O2	SpO2 > 92% com Cateter nasal O2 até 2l/min	SpO2 > 92% com Cateter nasal O2 até 5l/min	SpO2 > 92% com ventilação mecânica com FIO2 até 40%	SpO2 > 92% com ventilação mecânica com FIO2 > 40%
COAGULAÇÃO	Plaquetas 10 ⁹ /μl	<150	<100	<50	<20
HEPÁTICO	INR Inspeção	<1,1 anictérico	1,1-1,36 -	1,36-1,88 -	1,88-2,15 icterico
RENAL	Creatinina (mg/dL) Diurese (ml/dia)	1,2-1,9 >500	2-3,4 -	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

PAM, Pressão Arterial Média - *Adaptação de VINCENT et al.,¹ agentes adrenérgicos administrados por pelo menos 1 hora (doses em μg/kg/min).

Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)

*Para cada comorbidade que o doente apresentar, o avaliador deve somar a pontuação especificada para a mesma (1, 2, 3 ou 6 pontos)

ICC 1 ponto	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cerebral - vascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Glaucoma Doença hepática crônica ou cirrose Diabetes sem complicação
ICC 2 pontos	Hemiplegia ou paraplegia Diabetes com complicação Doença renal severa ou moderada Tumor maligno Leucemia Linfoma
ICC 3 pontos	Doença do fígado severa ou moderada
ICC 6 pontos	Tumor sólido metastático SIDA

Escala de fragilidade baseada na Clinical Frailty Scale (CFS)

Determinar se há fragilidade e seu grau em até 15 dias antes do idoso apresentar o quadro clínico atual.

- 1 - Muito Ativo:** Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para sua idade.
- 2 - Ativo:** Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou não são muito ativas ocasionalmente, exemplo em determinada época do ano.
- 3 - Regular:** Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.
- 4 - Vulnerável:** Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.
- 5 - Levemente Frágil:** Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.
- 6 - Moderadamente Frágil:** Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.
- 7 - Muito Frágil:** Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).
- 8 - Severamente Frágil:** Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapaz de se recuperarem de uma doença leve.

Fonte: Conselho Regional de Medicina de Pernambuco

ANEXO II



Recomendações AMIB/ABRAMEDE de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma pandemia a COVID-19, doença provocada pelo SARS-CoV-2.^{1,2} Uma das consequências da pandemia foi o aumento da demanda por serviços especializados de saúde³ incluindo leitos de UTI, estrutura para suporte orgânico e profissionais especializados. Como consequência, também houve maior demanda por insumos básicos como medicamentos (sedativos, analgésicos, bloqueadores neuromusculares), oxigênio e equipamentos de proteção individual. Apesar dos esforços de ampliação da rede de serviços emergenciais e da adoção de medidas de contingência, sistemas de saúde de todo o mundo continuam enfrentando desafios ao atendimento dessa maior demanda e o risco iminente de colapso. Esse esgotamento de recursos compromete a oferta de cuidados tanto a pacientes portadores de COVID-19 quanto a pacientes portadores de doenças não pandêmicas. Diante dessas circunstâncias, decisões em relação a quais pacientes serão alocados os recursos que se tornam escassos tornar-se-ão inevitáveis.

Faz parte da responsabilidade de sociedades científicas, autoridades sanitárias e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos em situações de crises tais como desastres com vítimas em massa e pandemias,⁴ diante da possibilidade de que mesmo as medidas de contingência não venham a ser suficientes para suprir a demanda. A superação das medidas de contingência caracteriza o início do atendimento em capacidade de crise, e é nesse momento que um protocolo de alocação de recursos em esgotamento faz-se eticamente necessário.⁵⁻⁷ A *American College of Chest Physicians*, por exemplo, argumenta que a ausência de um sistema de triagem apropriado quando as medidas de contingência foram esgotadas pode contribuir com o aumento do número de mortes desnecessárias, aumentar a carga de estresse moral dos profissionais da saúde e erodir a credibilidade da atenção em saúde na medida que decisões serão tomadas de maneiras inconsistentes e com critérios pouco claros e questionáveis.⁷

Para serem eticamente defensáveis, no entanto, processos de alocação de recursos em esgotamento não devem ocorrer em segredo, sem registro apropriado e de maneira subjetiva e inconsistente. Ao contrário, é fundamental que ocorram com fundamento em protocolos claros⁸, transparentes,⁹⁻¹⁵ tecnicamente bem embasados, eticamente justificados^{10,12,15} e alinhados ao arcabouço legal brasileiro. Outro objetivo que norteia a necessidade desse protocolo é o de proteger os profissionais que estão na linha de frente do cuidado ao retirar de seus ombros a responsabilidade de tomar decisões emocionalmente exaustivas.^{7,16} Além disso, a utilização de um protocolo de maneira consistente pelas diversas instituições de saúde garante que pacientes sejam igualmente sujeitos aos mesmos critérios chancelados pelas autoridades responsáveis tanto pelo zelo técnico-científico quanto o ético-legal do processo.

Assim, diante do surgimento de situações de esgotamento de recursos para assistir os pacientes que necessitarem de recursos em escassez em situações de crise propomos um protocolo baseado em procedimentos claros, transparentes, éticos, racionais, legais e técnicos, que tem o objetivo de proporcionar suporte e auxílio aos profissionais de saúde, que, no espectro de sua prática, deverão participar da tomada de decisões complexas relativas à alocação desses recursos escassos. Este protocolo é assinado pela Associação



de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Também a Sociedade Brasileira de Bioética endossou o modelo de triagem em sua segunda versão.

Esse não é, portanto, um protocolo apenas técnico: princípios éticos e legais guiam e estabelecem os seus limites. O conhecimento dos princípios éticos e legais que amparam o protocolo são tão importantes quanto o conhecimento sobre seus aspectos técnicos. (ver tabela 1) Em especial destacamos que o presente protocolo busca alinhamento com os critérios da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016¹⁹ que prioriza a oferta de vagas escassas de UTI a pacientes com maior necessidade e a expectativa de benefícios, recomendando que pacientes com baixa prioridade e próximos da morte recebam, preferencialmente, cuidados paliativos. Além disso, o protocolo contribui com a aplicação da resolução em momento pandêmico ao oferecer critérios mais objetivos de predição de benefícios e ao aliviar o profissional da linha de frente do peso dessa tarefa.

Tabela 1 - Princípios ético-legais que amparam o protocolo de alocação de recursos em esgotamento AMIB/ABRAMEDE/SBGG/ANCP

Princípios normativos brasileiros que informam o protocolo

- Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a dignidade humana.²⁵
- Código de Ética Médica e a vedação à eutanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²
- Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, sobre a autorização da ortotanásia e a obrigatoriedade dos cuidados paliativos.²¹
- Código de Ética Médica e a vedação à distanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²
- Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010, da Justiça Federal (Seção Judiciária do Distrito Federal) que assegura aos médicos e pacientes a prática da ortotanásia, proclamando a sua constitucionalidade.²³
- Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016 que estabelece os critérios para indicação de admissão ou alta para pacientes em UTI, com o objetivo de orientar o fluxo de acolhimento de pacientes em situação de instabilidade clínica, diante da crônica oferta insuficiente de leitos de UTI.¹⁹

Princípios bioéticos específicos a protocolos de triagem em condições de desastres em massa e pandemias

- em situações de desastres em massa e pandemias pode ser inevitável a necessidade de processos

de triagem, quando a oferta de serviços emergenciais é inferior à demanda de pacientes graves ^{6,7,27}

- a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas ^{6,7,27}

- o princípio mais sólido é o de priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevida. ^{5-7,11,15}

- a identificação de maior chance de benefício ou sobrevida deve utilizar medidas objetivas, ^{7,8,10,11,15} com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente. ^{6,7,10,15}

- o uso de um único critério não é recomendado sob 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. ^{7,10,16,29}

- avaliações baseadas na subjetividade do julgamento clínico individual também devem ser evitadas, porque são mais sujeitas a vieses, potenciais discriminatórios e ao uso inconsistente. ^{5,8,30}

- transparência e clareza: critérios devem ser claros, transparentes e expostos ao escrutínio (técnico e público) e a revisões sempre que apropriado. ^{6,7,9-12,15,16,31}

- a triagem deve ser aplicada a todos os pacientes, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica). ^{6,7,10,15,16,27,31}

- pacientes que não foram 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 conforto caso a morte seja inevitável. ^{7,8,10,11,15,28,32}

- comunicação a pacientes e familiares da existência do protocolo e da prioridade alocada e, sempre que possível, incluir seus valores e desejos. ^{7,8,11,12,15}

- respeitar diretivas antecipadas de vontade relacionadas a recusa de tratamentos de suporte de vida no final de vida para aqueles pacientes que as redigiram antes do acometimento pela agudização do quadro de saúde que motivou a internação. ^{8,16,26,28}

- sempre que possível e apropriado discutir com os pacientes e familiares o plano de cuidado a ser adotado em caso de deterioração clínica, incluindo a não oferta de oferta de medidas de suporte orgânico tais como a intubação oro-traqueal ou medidas de reanimação cardiopulmonar. ³³

- o prontuário deve conter registros claros de todas as decisões tomadas entre equipe e o paciente.

- formar sempre que possível uma equipe de triagem treinada em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento. ^{6-8,10,15,16}

- reavaliação da evolução clínica dos pacientes, de maneira a evitar o prolongamento do morrer (distanásia) naqueles pacientes que não conseguiram obter a recuperação, e dessa forma, manter a consistência com o princípio de maximização de benefícios. ^{7,10,15,16,27,34,35}

Detalhamento do modelo de triagem sugerido



O modelo de triagem que propomos (ver tabela 2) é um modelo de triagem terciária,^{6,7} a ser conduzida dentro das unidades hospitalares. É baseado no modelo proposto por Biddinson et al¹⁰ e assemelha-se ao modelo proposto por White et al nas suas versões de 2009¹⁴ e 2020.¹⁵ O protocolo de Biddinson et al, que tomamos como referência, é fruto de um processo que, inicialmente, contou com consultas a profissionais e à população de Maryland - EUA, cujas recomendações foram posteriormente redigidas por um grupo de profissionais da saúde, bioeticistas e profissionais do direito.

Em nossa versão, adotamos dois dos critérios do modelo de Biddinson et al: SOFA e presença de comorbidades. Após consulta pública optamos por não adotar o critério de idade presente naquele modelo por entender-se que isso seria discriminatório (e, portanto, inconstitucional). Além disso, sua presença poderia comprometer a base de solidariedade que é característica da atenção em saúde. Substituímos o critério de idade por uma medida de funcionalidade que é neutra em relação a idade. Essa medida, o ECOG, é amplamente conhecida e de rápida e fácil aplicação.

Recomendamos que a identificação de co-morbidades que imponham uma maior chance de sobrevida inferior a um ano seja feita através do uso do Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT).³⁸ Sugerimos o SPICT por haver disponibilidade de uma versão com tradução para o português do Brasil. Sugerimos que a identificação da presença de pelo menos um indicador seja o ponto de corte reconhecido como definidor da alocação de três pontos neste critério ao paciente. Condições de saúde não completamente cobertas pelo SPICT podem ser avaliadas, individualmente, mediante consulta a um profissional experiente, preferencialmente membro médico da equipe de triagem ou mesmo consultor remoto externo.

Um sumário de recomendações de boa prática no uso do protocolo de alocação de recursos em esgotamento encontra-se na tabela 3 e uma sugestão de fluxo de pacientes que necessitem medidas de suporte orgânico escasso após superadas as medidas de contingência durante a pandemia de COVID-19 encontra-se no fluxograma 1.

Tabela 2 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE/SBGG/ANCP

Passos	Critérios	Pontos				Pontuação por critério
		1	2	3	4	
1	Calcular a pontuação do SOFA e pontuar o critério conforme estratificação ao lado	SOFA ≤ 8	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA > 14	
2	Apresenta co-morbidades graves? * Se sim, pontue 3 pontos. Se não, zero pontos.	---	---	sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar o critério conforme a estratificação ao lado	0-1	2	3	4	
4	Pontuação total dos critérios 1 a 3					
5	Alocar o recurso escasso ao paciente com menor pontuação					
6	Em caso de empate utilizar:					
7	Menor escore SOFA total					
8	Julgamento clínico da equipe de triagem					

*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICT-BR

Fluxograma 1 – fluxo de triagem para a alocação de medidas de suporte orgânico durante a pandemia por COVID-19

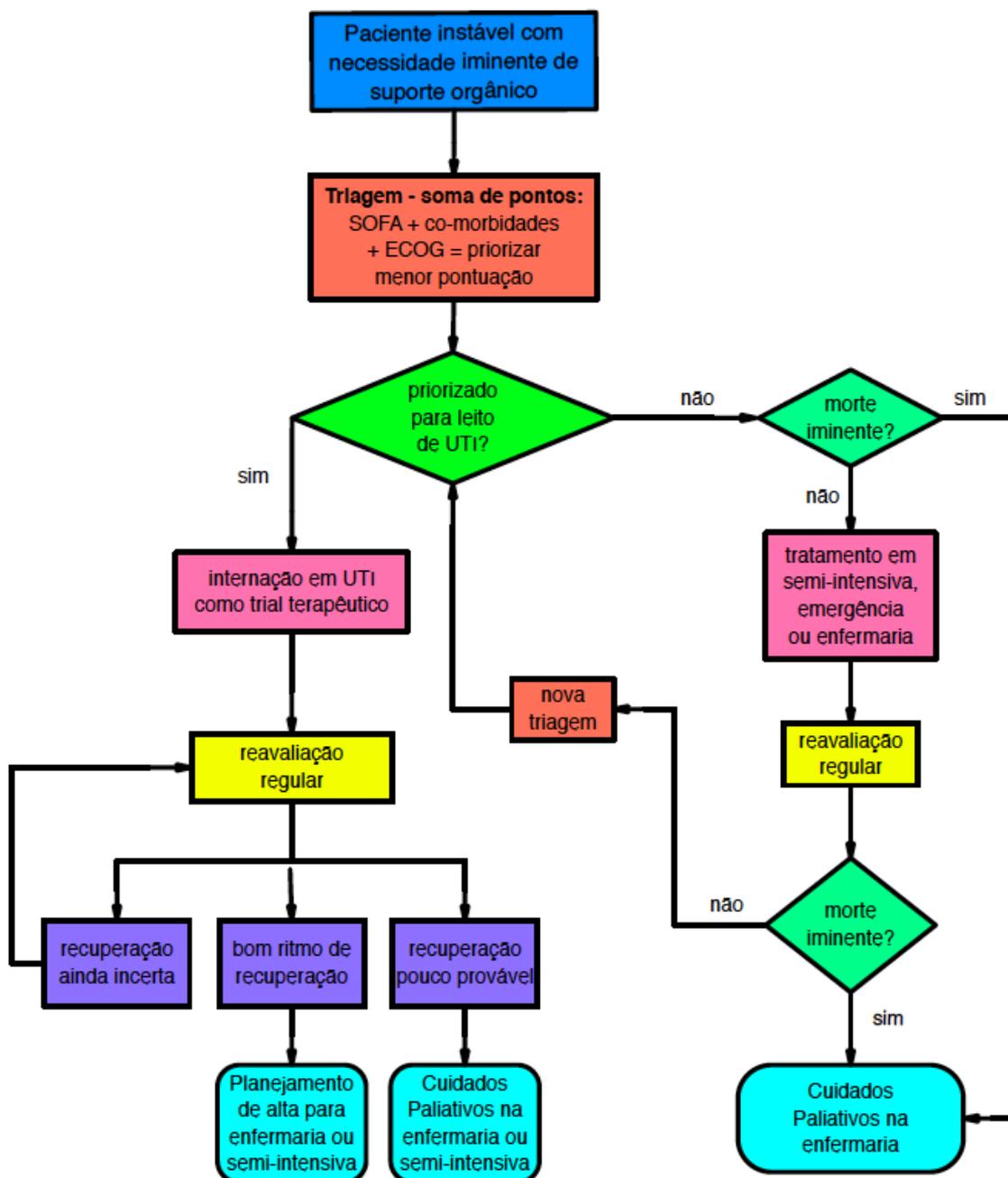




Tabela 3 - Sumário de recomendações AMIB/ABRAMEDE para protocolo de alocação de recursos em esgotamento diante da pandemia de COVID-19

Quanto às condições essenciais para o início da implementação do protocolo
<ol style="list-style-type: none">1. Reconhecimento de estado de emergência em saúde pública; ^{6,8}2. Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento; ^{6-8,13}3. Criação de comissões de triagem hospitalares pelos diretores técnicos.4. Alinhamento da gestão do protocolo intra-hospitalar com o sistema de regulação de leitos locais/regionais que facilite a disponibilidade de leitos entre unidades hospitalares.5. Responsabilidade de gestores em saúde de identificar a necessidade de início e fim da vigência da triagem a partir do monitoramento contínuo (a) das condições de esgotamento de recursos e (b) dos devidos esforços na adoção e medidas de contingência6. Anúncio público do início e encerramento da aplicação do protocolo.
Quanto à aplicação do modelo de triagem de pacientes que necessitem recursos vitais em escassez (suporte ventilatório invasivo, oxigenoterapia, vaga de UTI, etc)
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar a presença por parte do paciente de Diretivas Antecipadas de Vontade ou expressões de desejos prévios de não receber o recurso em escassez (exemplo: internação em UTI ou ventilação mecânica invasiva). Isto pode ser feito com a ajuda do médico assistente e familiares. Estes pacientes deverão ter seus desejos respeitados e não deverão ser triados.2. Manter a estabilização clínica enquanto os dados de triagem necessários sejam colhidos - idealmente os dados devem estar disponíveis em um período de 90 minutos ^{10,45}.3. Calcular a pontuação do paciente conforme o SOFA, presença de co-morbidades que sugiram uma probabilidade maior de sobrevida inferior a um ano (preferencialmente via SPICT: presença de pelo menos um indicador de declínio de saúde geral e um indicador de doença avançada) e ECOG (ver passo a passo na tabela 2 e referências para o SPICT e ECOG).4. Alocar os recursos escassos aos pacientes com menores pontuações.5. Utilizar a pontuação total do SOFA como primeiro critério desempate. Persistindo o empate na pontuação entre pacientes a equipe de triagem deve ser acionada de forma a fazer a alocação de recursos baseado em julgamento clínico.6. Comunicar de maneira empática a pacientes e familiares sobre o processo de triagem, informá-los da pontuação atual do paciente e acolher as necessidades de informação e as necessidades emocionais e espirituais sempre que possível.7. Fazer registro apropriado da pontuação do paciente em prontuário ^{8,11,15}

8. Manter pacientes que não foram priorizados na lista de triagem e no aguardo da disponibilidade dos recursos escassos.
9. Revisar regularmente os critérios de triagem de cada paciente, incluindo a atualização das pontuações já que elas podem variar com a evolução do quadro.^{5,7,10,15}
10. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados recursos vitais em escassez; evitar a distanásia.
11. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento.

Quanto aos cuidados aos pacientes que não desejaram ou a quem não foram alocados os recursos escassos vitais

1. Pacientes que não receberão recursos em escassez devem ser internados em enfermaria e receber todos os demais cuidados e medidas de estabilização clínica com os quais consentirem.
2. Pacientes que se aproximam da morte devem receber todos os cuidados que garantam a dignidade e a prevenção e tratamento dos sofrimentos físicos, sócio-emocionais e espirituais.
3. Um protocolo institucional de controle de sintomas que incluam medidas de boa prática no controle da dispneia e sedação paliativa quando esta for necessária deve estar disponível.
4. Garantir acesso à comunicação (ainda que virtual) entre familiares e pacientes, incluindo quando possível e sob supervisão de equipe de psicologia oportunidades para rituais de despedida.

Quanto as comissões de triagem

1. Devem ser constituídas por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar) e preferencialmente deve ser formada também por um bioeticista e um representante da comunidade, ainda que sob forma remota.
2. Membros das comissões de triagem idealmente devem receber treinamento para o bom exercício de suas funções.
3. Serão responsáveis pela gestão da aplicação consistente do protocolo, serão acionadas em caso de dúvidas, responderão a questionamentos quanto a boa condução do processo, farão a gestão de conflitos e poderão em colaboração com a equipe assistente desempenhar o papel de comunicação com pacientes e familiares.

Outras medidas de boa prática

1. Cada instituição será responsável por viabilizar acesso a serviços de apoio psicológico a profissionais expostos a alta carga de trabalho e ao exercício de decisões complexas.
2. Cada instituição deve garantir acesso a revisão externa e independente do processo de triagem.
3. Manter um bom registro dos dados clínicos, pontuações e desfechos de maneira a permitir a

auditoria independente do modelo e da aplicação do protocolo.

4. Revisão da aceitação social, performance preditiva e aplicabilidade do modelo e instituir ajustes diante de evidências de distorções ou de possibilidades de aprimoramento do modelo e de seus processos.

Conclusão

Sugerimos um protocolo de triagem, que tem como objetivo o auxílio prático aos profissionais de saúde, diante de decisões complexas, associadas a alocação de leitos de UTI e ventiladores durante a pandemia do COVID-19. Embora reconheçamos que, no momento, nenhum protocolo de triagem disponível seja perfeito, teremos muito mais chances de nos aproximarmos mais dos acertos do que dos erros ao adotarmos uma proposta que busca um bom embasamento ético e técnico e que esteja aberta ao escrutínio público e à revisão independente. As contribuições que recebemos tornaram nossa sugestão muito mais rica e representativa de nossos valores. Em outras palavras, a ênfase da proposta aqui apresentada recai mais sobre a preocupação com sua legitimidade normativa do que quanto a validade de suas propriedades preditivas. Responsabilidade, cooperação e preparo são palavras de ordem neste momento crítico de pandemia pelo COVID-19. Desejamos, fortemente, que esta crise seja em breve superada e que a adoção de um protocolo de alocação de recursos esgotados jamais viesse a ser necessário, mas diante da indesejável necessidade a despeito dos nossos melhores esforços de ampliação da oferta de recursos em esgotamento, é nossa responsabilidade estarmos devidamente preparados para seu uso. O protocolo que apresentamos busca contribuir com essa árdua tarefa.

Por último, recomendamos fortemente que membros das comissões de triagem e gestores que venham a estar diretamente envolvidos na aplicação do protocolo o leia em sua versão integral.

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

Referências

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 20 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---20-march-2020>. Accessed April 28, 2020.
2. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Accessed April 28, 2020.
3. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Accessed April 28, 2020.
4. Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspectives*. March 2020. doi:10.31478/202003b
5. Christian MD, Sprung CL, King MA, et al. Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e61S-e74S. doi:10.1378/chest.14-0736
6. Christian MD. Triage. *Critical Care Clinics*. 2019;35(4):575-589. doi:10.1016/j.ccc.2019.06.009



7. Maves RC, Downar J, Dichter JR, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. April 2020. doi:10.1016/j.chest.2020.03.063
8. Dal-Pizzol F, Luis Eiras Falcão -Diretor Secretário Geral Hugo Correa de Andrade Urbano -Diretor Científico Wilson de Oliveira Filho -Diretor Tesoureiro Ciro Leite Mendes -Diretora Presidente Passado Marcelo de Oliveira Maia -Diretor Presidente Futuro A. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva Abril 2020 ORGANIZADOR.
9. Sokol D. The life and death decisions of covid-19 - The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/20/daniel-sokol-the-life-and-death-decisions-of-covid-19/>. Accessed April 28, 2020.
10. 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
11. Warrillow S, Austin D, Cheung W, et al. *ANZICS Best Practice Advisory Committee*.
12. Ethical guidance published for frontline staff dealing with pandemic | RCP London. <https://www.rcplondon.ac.uk/news/ethical-guidance-published-frontline-staff-dealing-pandemic>. Accessed April 28, 2020.
13. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: Summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Medicine*. 2010;36(3):428-443. doi:10.1007/s00134-010-1759-y
14. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(2):132-138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011
15. White D. *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Accessed April 29, 2020.
16. Swiss Academy Of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss medical weekly*. 2020;150:w20229. doi:10.4414/smw.2020.20229
17. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*. 2020;1(4):e200397-e200397. doi:10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397
18. WMA Declaration of Geneva – WMA – The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Accessed April 29, 2020.
19. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM 2156/2016*. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Accessed April 29, 2020.
20. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul"; definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2011;23(1):24-29. doi:10.1590/S0103-507X2011000100005
21. Conselho Federal de Medicina. *RESOLUÇÃO CFM Nº 1805/2006*; 2006. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Accessed April 28, 2020.
22. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional. http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Accessed April 28, 2020.
23. BRASIL. *Justiça Federal. Seção Judiciária Do Distrito Federal. Ação Civil Pública n 2007.34.00.014809-3. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo*. Brasília; 2010.



24. Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Accessed April 28, 2020.
25. Constituição Brasileira. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Accessed April 28, 2020.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1995/2012. Diário Oficial da União 2012 Ago 31 Seção I p26.
27. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England journal of medicine*. March 2020. doi:10.1056/NEJMs2005114
28. Espinosa E, Galan J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E. *MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19*.
29. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.5046
30. Christian MD, Devereaux A v., Dichter JR, Rubinson L, Kissoon N. Introduction and executive summary: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:8S-34S. doi:10.1378/chest.14-0732
31. *Ethical Dimensions of COVID-19 for Frontline Staff.*; 2020.
32. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19 - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>. Accessed April 29, 2020.
33. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions about Do-Not-Resuscitate Orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.4894
34. CHEST Guideline Disclaimer. *Chest*. 2014;146(4):1S. doi:10.1378/chest.1464s1
35. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, 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. *Critical Care*. 2020;24(1):165. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
36. Raith EP, Udy AA, Bailey M, et al. Prognostic accuracy of the SOFA score, SIRS criteria, and qSOFA score for in-hospital mortality among adults with suspected infection admitted to the intensive care unit. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2017;317(3):290-300. doi:10.1001/jama.2016.20328
37. *The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG) The National GSF Centre's Guidance for Clinicians to Support Earlier Identification of Patients Nearing the End of Life Leading to Improved Proactive Person-Centred Care National Policy Support for Earlier Identification. General Medical Council-2010* [Www.Gmc-Uk.Org/Static/Documents/Content/End_of_life.Pdf](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/end_of_life.pdf). <http://www.goldstandardsframework.org.uk/formoredetailsseeGSFPIG>. Accessed April 29, 2020.
38. SPICT-BR™ – SPICT. <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Accessed April 28, 2020.
39. Ballantyne A. *ICU Triage: How Many Lives or Whose Lives?* <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/07/icu-triage-how-many-lives-or-whose-lives/>.
40. Oken MM, Creech RH, Davis TE. Toxicology and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*. 1982;5(6):649-655. doi:10.1097/0000421-198212000-00014
41. Zampieri FG, Bozza FA, Morales GM, et al. The effects of performance status one week before hospital admission on the outcomes of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(1):39-47. doi:10.1007/s00134-016-4563-5
42. Rodrigues M, Rodrigues IN, Silva DJVG, Pinto JM de S, Oliveira M. Clinical frailty scale: translation and cultural adaptation into the brazilian language. February 2020. doi:10.14283/jfa.2020.7



43. Muscedere J, Waters B, Varambally A, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(8):1105-1122. doi:10.1007/s00134-017-4867-0
44. Overview | COVID-19 rapid guideline: critical care in adults | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>. Accessed April 28, 2020.
45. White D. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.
46. Courtney B, Hodge JG, Toner ES, et al. Legal Preparedness: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e134S-e144S. doi:10.1378/chest.14-0741

O SPICt é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:
• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.
Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:
• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.
Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.
Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.
Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
• Ascite resistente a diuréticos
• Encefalopatia hepática
• Síndrome hepatorenal
• Peritonite bacteriana
• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Transplante hepático é contraindicado.

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.



ECOG - Performance Status *

Gradação	Descrição
0	Completamente ativo, capaz de desempenhar as atividades do dia a dia sem limitações.
1	Com restrições a atividades físicas mais extenuantes, mas caminha normalmente; capaz de fazer trabalhos leves ou de natureza sedentária tais como trabalhos domésticos leves ou atividades de escritório.
2	Caminha e é capaz para o <u>auto-cuidado</u> , mas está incapaz para o trabalho. Passa mais de 50% do tempo fora do leito.
3	Capacidade limitada para o <u>auto-cuidado</u> ; permanece sentado ou deitado mais de 50% do tempo.
4	Incapaz para o <u>auto-cuidado</u> ; totalmente acamado.
5	Morto.

* Eastern Cooperative Oncology Group (tradução dos autores)

ANEXO II DA RESOLUÇÃO SESA Nº 489/2021

Recomendações AMIB/ABRAMEDE de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19

Recomendações para priorização assistencial intra-hospitalar AMIB - MS

Aplicação:

7. Serviços hospitalares de referência para assistência à COVID 19

Observações complementares do Anexo II:

A aplicação as recomendações poderá ser realizada pela equipe médica assistencial responsável do Hospital, não se constituindo em determinação obrigatória, mas como ferramenta auxiliar para otimização de todo recurso disponível visando a redução da morbimortalidade da COVID no cenário atual.



CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

RECOMENDAÇÃO CREMEPE Nº 05 /2020

Recomenda a utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso a leitos de terapia intensiva, assistência ventilatória e palição, como meio de hierarquização da gravidade dos pacientes, na ausência absoluta de leitos suficientes para atender a demanda terapêutica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco - CREMEPE, Autarquia Federal, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 09.790.999/0001-94, com sede na Rua Conselheiro Portela, nº 203, Espinheiro, Recife/PE, CEP 52.020-030, por seu presidente Mario Fernando da Silva Lins, no uso das suas atribuições legais conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, publicada em 16 de dezembro de 2004 e Decreto 6.821/2009, de 14 de abril de 2009;

CONSIDERANDO o atual cenário da COVID -19, classificado como pandemia pela OMS – Organização Mundial de Saúde, e tendo o Senado Federal brasileiro, através do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, reconhecido o estado de calamidade pública no Brasil;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 2.156/2016 que disciplina sobre “os critérios de admissão e alta” em terapia intensiva; **CONSIDERANDO** a Resolução 2.271/2020 que define o funcionamento das unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários de acordo com suas complexidades; **CONSIDERANDO** que entre os princípios fundamentais do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) está estabelecido que a medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados;

CONSIDERANDO os artigos 32 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), os quais vedam ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente e deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal;



CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CONSIDERANDO o aumento no número de casos de insuficiência respiratória grave que ameaça criar um desequilíbrio substancial entre as reais necessidades clínicas da população e a disponibilidade efetiva de recursos avançados de suporte à vida;

CONSIDERANDO a possibilidade do esgotamento absoluto na abertura de novos leitos e a necessidade de desenvolver ferramentas para atender a esta demanda no estado de Pernambuco;

CONSIDERANDO que os princípios da ética, bioética e do direito internacional determinam que os protocolos de triagem sejam usados para orientar a alocação de recursos;

CONSIDERANDO que os princípios do direito internacional, em situações de calamidade, exigem um plano de triagem que forneça equitativamente a todas as pessoas a "oportunidade" de sobreviver, porém observando que esses princípios não garantem tratamento ou sobrevivência a todos;

CONSIDERANDO a existência na literatura médica mundial de escores de priorização, garantindo o esforço para uso equitativo e eficiente dos recursos de cuidados intensivos, dentre eles o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) de avaliação de prognóstico a curto prazo e direcionamento de intervenções terapêuticas;

CONSIDERANDO o uso de escores prognósticos para avaliação de chances de sobrevivência a longo prazo como o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) que gradua a gravidade das comorbidades, mas não contempla a fragilidade em idosos;

CONSIDERANDO que a fragilidade representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, frequente entre os idosos, produzida pela reserva homeostática diminuída e pela capacidade reduzida do organismo de enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde, incluindo o aumento da probabilidade de morte; que dentre as ferramentas diagnósticas existentes, a Clinical Frailty Scale (CFS), está validada para uso em idosos no Brasil e tem mais rápida aplicação no contexto da urgência;

CONSIDERANDO que pessoas acometidas por uma mesma doença podem apresentar funcionalidades completamente distintas e que esta deve ser fator prognóstico decisivo para tomada de decisão clínica e proporcionalidade terapêutica; que a funcionalidade do paciente, independentemente de sua faixa etária, deve ser verificada, sendo o Karnofsky performance status (KPS), um dos mais difundidos e pode ser adaptado a questões simples para o contexto da urgência;

CONSIDERANDO a manifestação das câmaras técnicas do CREMEPE (medicina intensiva, cuidados paliativos, oncologia e nefrologia) com a colaboração do estudo de doutoramento da médica Mirella Rebello Bezerra; **CONSIDERANDO** ainda o Decreto Estadual nº 48.834, de 20 de março de 2020, alterado pelo Decreto Estadual nº 48.836, de 22 de março de 2020;



CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária geral extraordinária do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, realizada em 22 de abril de 2020.

RECOMENDA:

Art. 1º. Utilização do fluxograma de atendimento ao paciente portador de SRAG (síndrome respiratória aguda grave), conforme anexo I.

Art. 2º. Utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de pacientes ao acesso a unidades de terapia intensiva e de assistência ventilatória, utilizando combinação do Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) simplificado, Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), Clinical Frailty Scale (CFS) e performance status de Karnofsky, conforme anexo I.

Art. 3º. Caberá à autoridade sanitária definir o início, duração e gradação do ponto de corte de utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI), conforme a necessidade de adequação dos quantitativos de leitos à demanda existente.

Art. 4º. Esta Recomendação entra em vigor na data de sua publicação.

Recife, 27 de abril de 2020.

Mario Fernando da Silva Lins
PRESIDENTE



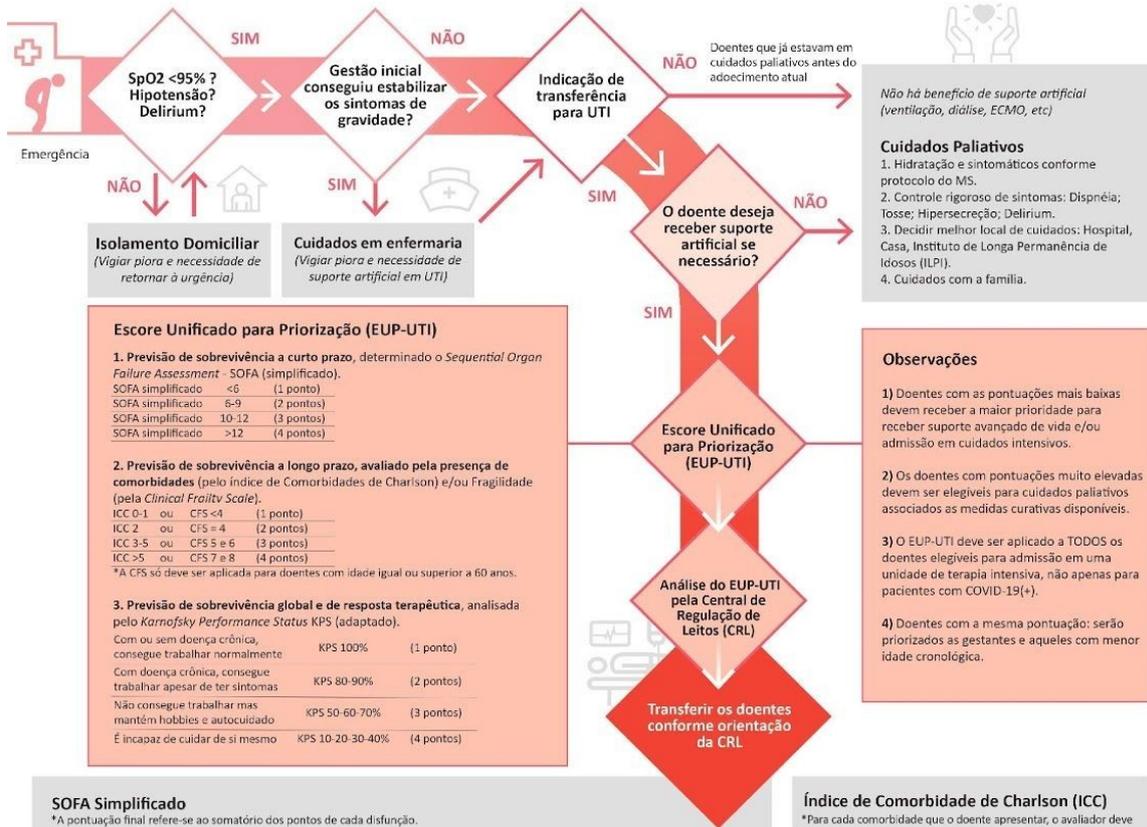
CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

ANEXO I - RECOMENDAÇÃO CREMEPE Nº 05 /2020



FLUXO DE ATENDIMENTO AO ADULTO COM SUSPEITA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)



SOFA Simplificado

*A pontuação final refere-se ao somatório dos pontos de cada disfunção.
** Os doentes com parâmetros dentro da normalidade pontuam zero.

COMPONENTE / DISFUNÇÃO	PARÂMETRO	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6
CARDIOVASCULAR	Hipotensão, mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina qualquer dose	Dopamina > 5 ou Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Norepinefrina > 0,1
RESPIRATÓRIO	Saturação Periférica de O ₂	SpO ₂ > 92% com Cateter nasal O ₂ até 2l/min	SpO ₂ > 92% com Cateter nasal O ₂ até 5l/min	SpO ₂ > 92% com ventilação mecânica com FIO ₂ até 40%	SpO ₂ > 92% com ventilação mecânica com FIO ₂ > 40%
COAGULAÇÃO	Plaquetas 10 ³ /μl	<150	<100	<50	<20
HEPÁTICO	INR Inspecção	<1,1 anictérico	1,1-1,36 -	1,36-1,88 -	1,88-2,15 icterico
RENAL	Creatinina (mg/dL) Diurese (mL/dia)	1,2-1,9 >500	2-3,4 -	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

PAM, Pressão Arterial Média - *Adaptado de VINCENT et al.; † agentes adrenérgicos administrados por pelo menos 1 hora (doses em µg/kg/min).

Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)

*Para cada comorbidade que o doente apresentar, o avaliador deve somar a pontuação especificada para a mesma (1, 2, 3 ou 6 pontos)

ICC 1 ponto	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cérebro - vascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera Doença hepática crônica ou cirrose Diabetes sem complicação
ICC 2 pontos	Hemiplegia ou paraplegia Diabetes com complicação Doença renal severa ou moderada Tumor maligno Leucemia Linfoma
ICC 3 pontos	Doença do fígado severa ou moderada
ICC 6 pontos	Tumor sólido metastático SIDA

Escala de fragilidade baseada na Clinical Frailty Scale (CFS)

Determinar se há fragilidade e seu grau em até 15 dias antes do idoso apresentar o quadro clínico atual.

1 - Muito Ativo	Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para sua idade.
2 - Ativo	Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou não são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.
3 - Regular	Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.
4 - Vulnerável	Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.
5 - Levemente Frágil	Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas
6 - Moderadamente Frágil	Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.
7 - Muito Frágil	Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).
8 - Severamente Frágil	Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapaz de se recuperarem de uma doença leve.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Caberá ao órgão gestor ou autoridade sanitária definir a gradação do ponto de corte diante do nível de esgotamento da capacidade instalada de leitos para assistência e admissibilidade nas unidades de terapia intensiva, de assistência ventilatória ou para cuidados paliativos tendo por base a pontuação obtida pelo escore proposto (EUP-UTI).
2. Todas as internações em terapia intensiva devem ser reconsideradas e estar sujeitas a uma reavaliação diária da adequação, objetivos e proporcionalidade dos tratamentos, através da aplicação do SOFA diariamente.
3. Se um paciente admitido na unidade de terapia intensiva com critérios limitados não responder ao tratamento prolongado e apresentar piora clínica, a adequação do esforço terapêutico e o encaminhamento da terapia intensiva para os cuidados paliativos podem ser reavaliados.
4. A decisão de limitar os cuidados intensivos deve ser discutida e compartilhada pela equipe que trata o paciente e, na medida do possível, com o paciente e/ou familiares. É previsível que a necessidade de tomar decisões repetidas desse tipo torne o processo de tomada de decisão mais robusto e adaptável à disponibilidade de recursos em cada Unidade de Terapia Intensiva.
5. Para pacientes para os quais o acesso a uma unidade de terapia intensiva é considerado fútil, a decisão de adaptar o esforço terapêutico deve ser acordada, comunicada ao paciente e / ou família e registrada na história clínica. Isso não é um obstáculo para oferecer outros tipos de terapias, como cuidados paliativos com controle rigoroso dos sintomas.
6. Qualquer instrução "não intubar" ou "não ressuscitar" deve ser adequadamente registrada no prontuário médico, para ser usada como guia se a deterioração clínica ocorrer precipitadamente e na presença de cuidadores que não conhecem o paciente.
7. A sedação paliativa em pacientes hipóxicos com progressão da doença não responsiva ao tratamento deve ser considerada uma expressão de boas práticas clínicas e deve seguir as recomendações existentes. Se for previsto um curto período de morte, uma transferência para um ambiente não intensivo deve ser fornecida.
8. Os critérios de faixa etária e gestação não poderão ser utilizados isoladamente na hierarquização de prioridade, mas podem servir como critério de definição entre pacientes com mesmo escore clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RESOLUÇÃO No 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional. http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/482262_89/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acessado abril 23, 2020.
2. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009;150(2):132–138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011
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. Ghanbari V, Ardalan A, Zareiyan A, Nejati A, Hanfling D, Bagheri A. Ethical prioritization of patients during disaster triage: A systematic review of current evidence. *Int Emerg Nurs.* 2019;43:126–132. doi:10.1016/j.ienj.2018.10.004
5. RESOLUÇÃO CFM No 2.156/2016. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acessado abril 23, 2020.
6. BORGES AEPP, Meneses FA de. Simplificando O Sequential Organ Failure Assessment (Sofa): Menos É Mais ... Simplificando O Sequential Organ Failure. 2016:0–35.
7. Lopes Ferreira F, Peres Bota D, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *J Am Med Assoc.* 2001;286(14):1754–1758. doi:10.1001/jama.286.14.1754
8. Martins M, Blais R, De Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):643–652. doi:10.1590/S0102-311X2008000300018
9. Bannay A, Chaignot C, Blotiere PO, et al. The best use of the charlson comorbidity index with electronic health care database to predict mortality. In: *Medical Care.* Vol 54. Lippincott Williams and Wilkins; 2016:188–194. doi:10.1097/MLR.0000000000000471
10. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB de, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(2):121–135. doi:10.5327/z2447-211520181800023



CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

11. Rodrigues MK, Rodrigues IN, Silva DJVG da, Pinto JM de S, Oliveira MF. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation Into the Brazilian Portuguese Language. *J Frailty Aging* 2020. fevereiro 2020:1–6. doi:10.14283/JFA.2020.7
12. Com I, Grippa S. MANEJO DO IDOSO COM INFECÇÃO GRAVE PELO COVID-19 EM AMBIENTE HOSPITALAR Estratos Estrato Estratos IVCF-20 ON-LINE. 2020;(Ms):2020.
13. Leitão AVA, Castro CLN, Basile TM, Souza THS, Braulio VB. Evaluation of the nutritional status and physical performance in candidates to liver transplantation. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4):424–428. doi:10.1590/S0104-42302003000400035
14. Paiva CE, Siquelli FAF, Santos HA, et al. The Functionality Assessment Flowchart (FAF): A new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. *BMC Cancer.* 2015;15(1):501. doi:10.1186/s12885-015-1526-0
15. Patients admitted to the ICU for acute exacerbation of COPD: two-year mortality and functional status. - PubMed - NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755188>. Acessado abril 23, 2020.
16. Romão MAF, Romão Junior JE, Belasco AGS, Barbosa DA. [Quality of life in patients with chronic renal failure under high-efficiency hemodialysis]. *Rev Gauch Enferm.* 2006;27(4):593–598. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476966>. Acessado abril 23, 2020.
17. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13(1):72. doi:10.1186/1472-6947-13-72
18. Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na Atenção Especializada. 2017:2017. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/Fluxo-de-Manejo-clinico-doadulto-e-idoso.pdf>.
19. Capacitação: Atenção à Saúde do Idoso na Covid19. <http://www.conass.org.br/atencao-a-saude-do-idoso-na-covid19/>. Acessado abril 23, 2020.
20. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19. https://www.dropbox.com/s/g77qi6xk2jc8rky/FINAL_05_ANCP_Ebook_cuidados_COVID-19.pdf?dl=0. Acessado abril 23, 2020.

21. Guia de comunicação para profissionais de saúde na pandemia COVID-19. https://www.dropbox.com/s/vv7awm8sgadmjc/FINAL_ANCP_Ebook_Guia_profissionais_de_saúde_pandemia_COVID-19.pdf?dl=0. Acessado abril 23, 2020.
22. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline [NG159]. 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/critical-care-admission-algorithm-pdf-8708948893>. Acessado abril 10, 2020.
23. Guidance PI, Clinical S. The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG). 2016.
24. Minne L, Abu-Hanna A, de Jonge E. Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. *Crit Care*. 2008;12(6):R161. doi:10.1186/cc7160

ANEXO III DA RESOLUÇÃO SESA Nº 489/2021

RECOMENDAÇÃO CREMEPE Nº 05 /2020

Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso

Aplicação:

8. Centrais de Regulação Médica de Urgência /SAMUs Regionais
9. Centrais Macrorregionais de Regulação de leitos

Observações complementares do Anexo III

- A aplicação do EUP-UTI poderá ser realizada pela equipe médica de regulação com intuito de auxiliar no processo de priorização de pacientes na alocação do recurso assistencial. No entanto, sua aplicação não é determinística, ou seja: independente do resultado obtido com sua aplicação, deverá prevalecer a decisão médica final do Regulador responsável, que poderá ser diferenciada do critério sugerido. Neste caso, eventual decisão discordante não se constitui em infração técnica, respeitando-se assim a decisão final do profissional, uma vez devidamente respaldada em seu julgamento cujo critério deve ser devidamente documentado.
- Pode haver prejuízo na avaliação de pacientes em função da indisponibilidade de exames laboratoriais, conforme estabelecido no cálculo do SOFA, ou inexistência de informação pregressa do paciente por parte do mesmo ou de familiares e acompanhantes. Neste caso, recomenda-se a eliminação dos critérios sem possibilidade de determinação, devendo a pontuação ser calculada apenas com os critérios objetivamente obtidos, como critério de equidade.
- O presente escore visa antecipar a chegada EFETIVA do paciente no serviço médico especializado no menor tempo possível, a fim de otimizar todo recurso disponível. Considerando este fator essencial, a equipe de regulação deverá, após o cálculo do escore para priorização, considerar adicionalmente os fatores logísticos envolvidos no transporte do paciente, na decisão final acerca da indicação de pacientes prioritários de escores similares ou muito próximos para acesso ao leito disponível.
- Poderá ser utilizada a ferramenta disponível no site <http://medicinapecovid19.com.br/calculadoraeup/> para conferir maior agilidade no processo de avaliação do escore.