



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

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma emergência de saúde pública o surto de pneumonia inicialmente identificado em Wuhan na China e que rapidamente alcançava outros países. Em 11 de fevereiro de 2020 a OMS nomeou a doença viral provocada pelo recém identificado SARS-CoV-2 como COVID-19 e, em 11 de março, o surto foi reconhecido como uma pandemia.^{1,2} Em um curto período a comunidade internacional deparou-se com uma condição de poucos precedentes e que tem imposto grandes desafios à população, profissionais de saúde e autoridades. A COVID-19 é uma condição que se caracteriza por uma alta transmissibilidade e alta demanda de serviços de saúde. De acordo com a OMS, 14% dos casos identificados desenvolvem doença grave que exige internação hospitalar e oxigenoterapia e 5% vão necessitar de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Entre esses últimos, a maioria vai necessitar de suporte ventilatório.³

A exemplo do que ocorreu em outros países, a alta demanda por serviços especializados de saúde característica da COVID-19 pode levar a uma situação crítica em que a oferta de leitos de UTI e de ventiladores é insuficiente para atender a demanda de pacientes graves, a despeito dos melhores esforços de ampliação da rede de serviços emergenciais. Esse esgotamento de recursos, em especial de leitos de UTI, respiradores mecânicos e profissionais habilitados, poderá comprometer 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 escassos tornar-se-ão inevitáveis.

O desejo maior de todos é que isso jamais aconteça no Brasil e que os esforços individuais e coletivos por parte da população e autoridades responsáveis consigam prevenir que o escalonamento da pandemia provoque essa realidade tão consternadora. Nesse sentido o protocolo aqui apresentado também é um chamado à responsabilidade. Médicos têm a responsabilidade de contribuir com um processo de triagem oferecendo o conhecimento técnico e a garantia de que conduziremos a triagem da maneira mais ética e humana possível. Por outro lado, é de responsabilidade de gestores e autoridades competentes assumir o compromisso com a ampliação da oferta de recursos em esgotamento de maneira a tornar a necessidade da deflagração um protocolo de triagem uma possibilidade apenas remota. Entendemos que os médicos não devem arcar sozinhos com o peso de decisões emocionalmente tão difíceis e que a população deva ter que arcar com o trauma de testemunhar mortes que poderiam ser evitadas com a ampliação de serviços.

Não obstante, faz parte da responsabilidade de profissionais e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos.⁴ De acordo com recomendações e diretrizes de



sociedades médicas internacionais o estabelecimento de um protocolo de alocação de recursos em esgotamento é uma exigência que faz parte do preparo para uma situação de pandemia onde existe a possibilidade de que mesmo as medidas de contingenciamento não são suficientes para lidar com a demanda aumentada de pacientes graves.⁵⁻⁷ A *American College of Chest Physicians*, por exemplo, argumenta que a ausência de um sistema de triagem apropriado quando medidas de contingenciamento 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 defensíveis, 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 suas mãos a responsabilidade de tomar decisões emocionalmente exaustivas^{7,16} e que possam aumentar os já elevados riscos de problemas de saúde mental precipitados pela pandemia da COVID-19 e, conseqüentemente, comprometer a capacidade para o trabalho a curto e longo prazo.¹⁷ Profissionais da saúde desejam conduzir seus trabalhos moralmente.^{9,18} Tomar decisões de grande peso moral de maneira subjetiva e sem apoio institucional ou de recomendações formais pode ser emocionalmente debilitante. Além disso, a preocupação com potenciais questionamentos jurídicos⁹ a respeito dessas decisões também pode aumentar os riscos de danos à saúde mental dos profissionais. A responsabilidade quanto aos princípios que devem guiar decisões de alocação de recursos escassos, portanto, ao envolver questões de justiça distributiva deve ser idealmente compartilhada com as autoridades competentes.⁸ A utilização de um protocolo de maneira consistente pelas diversas instituições de saúde garante que um maior número de pacientes sejam igualmente sujeitos aos mesmos critérios chancelados pelas autoridades responsáveis tanto pelo zelo técnico-científico quanto o ético-legal do processo.

Em condições de normalidade de serviços em saúde, a oferta de leitos de UTI é baseada na necessidade de terapias de suporte orgânico e probabilidade de recuperação.¹⁹ Além disso, é reconhecido que medidas de suporte orgânico, tais como o suporte ventilatório, não mudam a evolução natural de um paciente cuja doença apresenta-se em estágio avançado e próxima, a morte.²⁰

Dessa forma, mesmo quando não há escassez de leitos de UTI, a alocação desses recursos deve levar em consideração o benefício prognóstico das terapias^{19,20} Aliás, não constitui



infração ética nem conduta ilegal o não fornecimento de suporte orgânico a pacientes nas situações de final de vida mencionadas na Resolução CFM nº 1.805/2006 e, também, no Código de Ética Médica.²¹⁻²³

À luz dessa avaliação de benefícios, as decisões relativas aos objetivos do plano de cuidados devem, sempre que possível, ser compartilhadas entre integrantes da equipe assistente, paciente e familiares, pois devem ser considerados, não apenas aspectos clínicos, mas, também, os valores e desejos dos envolvidos.^{20,22,23} Com efeito, o respeito à dignidade intrínseca de cada pessoa exige que pacientes que se aproximam do final da vida recebam cuidados, que tenham como objetivo oferecer a melhor qualidade de sobrevivência, incluindo controle impecável de sintomas e acolhimento das necessidades emocionais, sociais e espirituais, tanto do paciente quanto de seus familiares.^{20,24} E esse mesmo raciocínio deve ser aplicado aos casos de alocação de vagas de UTI em condições de pandemia pelo COVID-19.

No entanto, na indesejável situação de esgotamento dos recursos de leitos de UTI e ventiladores mecânicos, provocada pela pandemia, um maior escrutínio quanto ao potencial benefício de medidas de suporte orgânico precisa ser adotado. Nessa situação específica, de modo distinto do que ocorre nos casos de escolhas individualizadas em situações de não esgotamento de recursos, é necessário considerar, também, que, há outros pacientes com a mesma necessidade e expectativa de receber os mesmos recursos.⁶

Assim, diante da possibilidade concreta do surgimento de situações de esgotamento de recursos para assistir os pacientes, que, neste momento pandêmico, necessitem de cuidados de UTI, estamos propondo um protocolo de procedimentos claros, transparentes, éticos, racionais, legais e técnicos, inclusive para a adequada triagem, com 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 de leitos e ventiladores.

Esta é a segunda versão desta sugestão de protocolo. Com a publicação da primeira versão a AMIB e ABRAMEDE convidaram profissionais da saúde e do direito a fazerem parte de um debate de ideias que pudesse contribuir para que o modelo fosse melhorado e mais representativo dos valores e leis brasileiros. Inúmeras contribuições valiosas foram recebidas. Entre elas o ponto mais controverso foi a incorporação da faixa etária como um dos três critérios principais de triagem. Compreendeu-se que este critério poderia ser discriminatório (e, portanto, inconstitucional) e que sua presença poderia comprometer a base de solidariedade que é característica da atenção em saúde. A retirada deste critério e a inclusão de uma medida de funcionalidade em seu lugar é a principal diferença entre as duas versões, além, claro, do maior refinamento quanto a descrição das bases legais que amparam o protocolo. Com essas mudanças, o protocolo também passou a ser assinado por outras duas importantes sociedades



científicas nacionais: A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Apesar das mudanças nos critérios utilizados para a triagem, manteve-se nesta versão o objetivo de buscar um equilíbrio entre elementos técnicos e normativos. A viabilidade do modelo também foi foco de atenção: o modelo deve buscar o equilíbrio entre ser suficientemente complexo de maneira a permitir um grau aceitável de acurácia, mas suficientemente simples para que haja viabilidade de sua aplicação em uma situação de sobrecarga de trabalho e de limitação de recursos incluindo os laboratoriais.

1. Princípios ético-legais que amparam esta sugestão de protocolo de alocação de recursos em esgotamento

O desenvolvimento de um protocolo de triagem, que identifique quais pacientes teriam prioridade na alocação de recursos em esgotamento devido a pandemia de COVID-19, não é um projeto meramente técnico. Ao contrário, elementos técnicos devem ser utilizados, apenas, quando traduzem, a beiro-leito, princípios éticos e legais que guiam a relação entre indivíduos e, ainda, entre o Estado e os cidadãos. Princípios éticos e legais devem, fundamentalmente, guiar esse processo. A presente sugestão de protocolo deve, portanto, antes de descrever os procedimentos e critérios propostos, indicar, claramente, quais são os princípios éticos e legais adotados para o seu embasamento.

Assim, apresentaremos, a seguir, as condições necessárias para o início do uso do protocolo, os princípios normativos brasileiros que embasam a proposta e, finalmente, os princípios bioéticos comumente utilizados pela comunidade internacional para amparar o desenvolvimento de protocolos de triagem em situações de desastre em massa e pandemias.

1.1 Condições absolutamente essenciais para o início da adoção de protocolos de triagem

Para que a adoção deste protocolo seja eticamente justificada, são condições absolutamente essenciais para o início de sua aplicação:

1.1.1 - Reconhecimento da compatibilidade do protocolo ao arcabouço bioético e legal brasileiro;

1.1.2 - Declaração de estado de emergência em saúde pública; ^{6,8}

1.1.3 - Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento; ^{6-8,13}

1.1.4 - Envolvimento da direção técnica de cada hospital, com o objetivo de nomear os membros da comissão de triagem e garantir que o protocolo esteja alinhado com o sistema de regulação de leitos local/regional que permita encaminhamento de pacientes para outras



unidades hospitalares com disponibilidade de leitos, incluindo a possibilidade de intercâmbio entre leitos públicos e privados; e

1.1.5 – Realização, pela direção técnica e gestores públicos de saúde, locais e regionais, (a) da contínua monitoração das condições de esgotamento de recursos e (b) de esforços apropriados de ampliação de serviços que permitam a identificação da necessidade de início da vigência da triagem assim como a possibilidade de seu fim (tanto o início quanto o fim da vigência da triagem devem ser publicamente anunciados).

1.2 - Princípios normativos brasileiros

Mais especificamente em relação ao arcabouço ético e legal brasileiro, guiam o desenvolvimento do protocolo os seguintes documentos:

1.2.1 - Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a dignidade humana.²⁵

Entre seus princípios fundamentais a Constituição Federal reconhece a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado de Direito Democrático (art. 1º, inciso III). Além disso, está entre objetivos fundamentais da República "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (art. 3º, inciso IV). Dessa forma, qualquer protocolo de alocação de recursos deve levar em conta que cada ser humano é provido de uma dignidade intrínseca e que os cuidados de saúde que recebe devem refletir o reconhecimento de sua dignidade, ou seja, de seu valor único, ainda que não seja possível garantir-lhe a prioridade de alocação de recursos. Assim, a não alocação de recursos escassos não pressupõe a cessação de continuidade ou início da assistência em saúde nas suas outras dimensões, incluindo os cuidados de final de vida, se a morte for inevitável. Assim, como a assistência em saúde não deve discriminar pacientes, protocolos de alocação de recursos não devem e não podem impor desvantagens discriminatórias a nenhum grupo social, violando a dignidade dos pacientes, com base em critérios embasados em origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de preconceito ou discriminação.

1.2.2 - Código de Ética Médica e a vedação à eutanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²

O Código de Ética Médica dispõe, em seu artigo 41, que é vedado ao médico "abreviar a vida do paciente", ainda que a seu pedido ou de seu representante legal. Assim, a eutanásia, tanto ativa como passiva, nas situações de reversibilidade e transitoriedade, continua sendo vedada ao médico. Aliás, a eutanásia, seja praticada por ação, seja por omissão, é considerada crime de homicídio de acordo com o artigo 121 do Código Penal. Portanto, a condição de escassez imposta pela pandemia de COVID-19 não oferece justificativa ética ou legal para a sua prática.

1.2.3 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, a autorização da ortotanásia e a obrigatoriedade dos cuidados paliativos.²¹



De acordo com a Res/CFM nº 1.805/2006, “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (artigo 1º). Assim, a prática da ortotanásia, além de lícita e ética, é um direito dos pacientes que estiverem na situação mencionada nesse dispositivo normativo. Portanto, nos casos de irreversibilidade e não transitoriedade, se estiver o doente “em fase terminal”, é lícito e ético, e não tipifica o crime de homicídio, por exemplo, não iniciar procedimentos e tratamentos de suporte artificial de vida que apenas prolongam o momento da morte, e que podem ser realizados através de protocolos estabelecidos em critérios éticos e técnicos. Mas, também está disposto nessa resolução, em seu artigo 2º, que “o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual”. Assim, mesmo o paciente que não responde aos cuidados curativos tem direitos ao cuidado ativo de assistência nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com garantia de controle da dor e de outros sintomas. Portanto, os pacientes, mesmo em fase terminal, além do direito à ortotanásia, têm, também, direito aos cuidados paliativos. E o sistema de saúde tem o dever de garantir esses direitos. É evidente, pois, que todos esses preceitos legais e éticos devem ser observados com os pacientes com COVID-19.

1.2.4. Código de Ética Médica e a vedação à distanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²

O Código de Ética Médica, que proíbe a eutanásia, veda, também, a prática da distanásia. No parágrafo único de seu artigo 41, está disposto, expressamente, que, nos casos de “doença incurável e terminal”, os médicos devem garantir aos pacientes os disponíveis cuidados paliativos, “sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas”. Assim, ao médico não é permitido, sem o consentimento do paciente, adotar medidas terapêuticas que venham a contribuir com o prolongamento do morrer, agindo de forma obstinada e desnecessária. Ademais, a prática da distanásia pode configurar o crime de constrangimento ilegal, tipificado no artigo 146 do CP. Portanto, além de violar os direitos do paciente, a distanásia constitui conduta ilegal, ilícita e não ética. Mas não é só. A prática da distanásia durante a pandemia de COVID-19 acarreta o agravamento da situação de esgotamento de recursos e causa seríssimos prejuízos para os demais doentes, que necessitam dos cuidados de emergência e UTI. É por isso que do protocolo deve constar que não deve o médico realizar quaisquer práticas distanásicas.

1.2.5 - Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010, da Justiça Federal (Seção Judiciária do Distrito Federal).²³

Nessa ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Medicina, o Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo julgou improcedente a ação e decidiu que “a Resolução CFM n. 1.805/2006, que regulamenta a possibilidade de o médico limitar



ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, realmente não ofende o ordenamento jurídico posto”. A importância dessa jurisprudência é inestimável, especialmente para o enfrentamento da pandemia do COVID-19 e da escassez de recursos, pois, por pronunciamento jurisdicional transitado em julgado, assegura aos médicos e pacientes a prática da ortotanásia, proclamando a sua constitucionalidade.

1.2.6 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995, de 9 de agosto de 2012.²⁶

Essa resolução garante ao paciente o direito de elaborar, com a ajuda de seu médico, as suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), definindo “os procedimentos considerados pertinentes e aqueles aos quais não quer ser submetido em caso de terminalidade da vida”. Durante a pandemia de COVID-19, essa resolução contribui para o desenvolvimento do presente protocolo ao assegurar ao paciente portador de uma doença limitadora da expectativa de vida, o direito de se recusar a receber tratamentos com os quais não concorde e que sejam contra os seus valores, sendo assegurada a continuidade dos demais tratamentos com os quais ele venha a concordar, respeitando-se, não obstante, os critérios de prioridade na alocação de recursos.

1.2.7 - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016.¹⁹

Essa resolução 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. A resolução recomenda que as admissões em UTI devem ser baseadas, entre outros critérios, na necessidade do paciente, prognóstico e potencial benefício para o paciente. Os critérios de priorização são: i) Prioridade 1: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; ii) Prioridade 2: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; iii) Prioridade 3: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; iv) Prioridade 4: pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; e v) Prioridade 5: pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. É recomendado, ainda, que pacientes com prioridade 2 ou 4 devem ser preferencialmente alocados em unidades semi-intensivas e pacientes com prioridade 5 admitidos preferencialmente em unidades de cuidados paliativos. O presente protocolo busca alinhamento com os critérios da resolução, que prioriza a 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, pois, oferece critérios mais objetivos de avaliação de benefícios,



aliviando o profissional do peso dessa tarefa em tempos de pandemia, garantindo maior consistência à assistência.

1.2.8 - Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.⁸

Diante da pandemia de COVID-19, a AMIB oferece recomendações quanto aos princípios que devem nortear protocolos de triagem. Destacam-se os princípios de dignidade humana e vulnerabilidade que preconizam que pacientes não sejam abandonados ou não tenham acesso a cuidados terapêuticos adequados, ainda que não sejam priorizados para receber recursos escassos. Mas, para que não haja discriminação ou preconceito nos procedimentos de priorização, a AMIB também enfatiza importância de critérios claros, do envolvimento de autoridades sanitárias, do uso de instrumentos objetivos, de sua aplicação com respeito ao princípio da igualdade e demais princípios constitucionais, da manutenção, sempre que possível, de equipes de triagem formadas por, pelo menos, três profissionais experientes (recomendação: dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar). O uso de critérios de “gravidade” e “chance de sobrevivência”, de acordo com a Resolução nº. 2.156/2016 do CFM, assim como a possibilidade de extensão da triagem aos que já estão internados na UTI, também é recomendado pela AMIB.

1.3 Princípios bioéticos que guiam o desenvolvimento de protocolos de triagem em condições de desastres em massa e pandemias

Também guiam o desenvolvimento do protocolo, princípios bioéticos utilizados no estabelecimento de critérios de triagem em situações de desastres em massa e pandemias. Nesse sentido, entendemos que o embasamento bioético é fundamental, tanto em relação aos critérios que serão utilizados para a triagem, quanto em relação aos processos de triagem.

1.3.1 - Aspectos bioéticos quanto aos critérios de triagem:

1.3.1.1 - Diretrizes internacionais sobre princípios éticos em situações de desastres em massa e pandemias reconhecem (a) a inevitável necessidade de processos de triagem, quando a oferta de serviços emergenciais é inferior à demanda de pacientes graves, (b) que medidas de racionamento, nesses casos, são eticamente justificadas e (c) que a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas.^{6,7,27} Ainda que as diferentes recomendações exibam diferenças significativas entre si,¹⁰ predomina o consenso de que o princípio mais sólido é o de priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevivência.^{5-7,11,15} Igualizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida também é critério comumente recomendado por algumas diretrizes e recomendações.^{10,11,27} Em outras palavras, a ênfase na maximização de benefícios pode ser traduzida pelos objetivos: (i) salvar o maior número de



vidas (sobrevida a curto prazo); (ii) salvar o maior número de anos de vida (sobrevida a longo prazo); e mais controversamente (iii) equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida.^{10,11,15} A atual versão desse protocolo não adota esse terceiro objetivo.

1.3.1.2 - Inferências ou medidas de qualidade de vida (como a *Quality Adjusted Life Years* por exemplo) não devem ser utilizadas já que são avaliações de caráter subjetivo e que podem inserir vieses contra pessoas portadoras de deficiências.^{15,28} Considerações sobre a presença de doenças psiquiátricas também não devem ser utilizadas. A chance de benefício deve ser o critério aplicado igualmente a todos os pacientes independente de considerações subjetivas quanto a qualidade de vida.

1.3.1.3 - A identificação de maior chance de benefício deve utilizar medidas objetivas,^{7,8,10,11,15} com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente.^{6,7,10,15} Escores de gravidade tais como o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) e *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE) são exemplos dessas medidas objetivas, sendo o SOFA a mais utilizada. No entanto, porque o SOFA também apresenta limitações, deve ser combinado com outras medidas.^{7,10,15} O uso de um único critério também não é recomendado sob risco 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}

1.3.2 - Aspectos bioéticos quanto aos processos de triagem:

1.3.2.1 - Transparência e clareza. É fundamental a compreensão, por parte de todos, de que o processo de triagem é conduzido de maneira justa. A legitimidade de decisões complexas acerca da alocação de recursos entre indivíduos que gozam do mesmo direito de acesso à saúde depende, portanto, de que essas decisões sejam claras, transparentes e expostas ao escrutínio e a revisões sempre que apropriado.^{6,7,9-12,15,16,31}

1.3.2.2 - 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 não devem ser discriminados quanto a condição clínica, ou seja, pacientes portadores de COVID-19 não devem ser priorizados sobre pacientes portadores das demais condições e vice-versa. A chance de benefício é o critério aplicado igualmente a todos os pacientes independente das condições clínicas que apresentam.

1.3.2.3 - Pacientes que não foram priorizados na alocação de recursos escassos devem continuar a receber os demais tratamentos não racionados, quando clinicamente apropriado e,



também, desejado e consentido pelo paciente, incluindo a imperativa oferta de cuidados de conforto caso a morte seja inevitável.^{7,8,10,11,15,28,32}

1.3.2.4 - 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}

1.3.2.5 - 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} Será provavelmente a minoria os casos em que pacientes serão admitidos no hospital já com alguma forma de registro de diretivas antecipadas de vontade. A discussão oportuna ao longo da internação com os pacientes e familiares sobre 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, é recomendada.³³ O prontuário deve conter registros claros de todas as decisões tomadas entre equipe e o paciente.

1.3.2.6 - Formar sempre que possível uma equipe de triagem em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento. Essa equipe deve idealmente ser treinada para o desempenho do seu papel que inclui a gestão da aplicação do protocolo, ser acionada em caso de dúvidas, responder a questionamentos quanto a boa condução do processo e resolver conflitos.^{6-8,10,15,16} A equipe de triagem também tem o importante papel de permitir a separação entre as funções de triagem e de cuidado clínico a beira-leito, o que facilita o uso consistente do protocolo e reduz o peso de decisões complexas da equipe assistente.^{7,15} A AMIB recomenda que seja constituída 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.⁸ A comunicação com pacientes e familiares também pode fazer parte das funções da equipe de triagem.¹⁵

1.3.2.7 - Diretrizes e associações recomendam que os protocolos de triagem incluam a reavaliação da evolução clínica dos pacientes internados em UTI, de maneira a evitar o prolongamento do morrer (distanásia) naqueles pacientes que não conseguiram obter a recuperação, dessa forma, manter a consistência com o princípio de maximização de benefícios.^{7,10,15,16,27,34,35} Uma das maneiras de incorporar a evolução na UTI dentro dos processos de triagem seria considerar que internações em UTI sejam sempre vistas como um “trial terapêutico”.^{10,11,27,34,35} O tempo do “trial terapêutico” deve ser proporcional ao tempo que normalmente leva para a recuperação de cada condição clínica específica.¹⁰ Não incorporamos processos de “trial terapêutico” na UTI no presente protocolo, mas recomendamos que profissionais evitem o uso de medidas diagnósticas e terapêuticas obstinadas diante de pacientes com evidências de que a probabilidade de recuperação é muito



baixa. Da mesma forma recomendamos que as instituições adotem processos de triagem reversa como parte integral do protocolo de alocação de recursos em esgotamento, de maneira que a facilitação das altas da UTI possa contribuir para a uma disponibilização mais rápida de leitos.⁶

2. Detalhamento do modelo de triagem sugerido

O modelo de triagem que propomos (ver tabela 1 e fluxograma) 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, seguida por grupos de trabalho que identificaram os temas e as perspectivas obtidas nesse processo de consulta. Finalmente, esses princípios foram incorporados em recomendações redigidas por um grupo de profissionais da saúde, bioeticistas e profissionais do direito. O protocolo final foi composto por um sistema de pontuação baseada em múltiplos critérios, que representam diferentes objetivos éticos: salvar o maior número de vidas; salvar o maior número de anos/vida; e equalizar as oportunidades de passagem pelos diferentes ciclos da vida. O modelo que aqui propomos adota critérios (à exceção do último) e sistema de pontuação semelhantes: no nosso modelo, quanto menor é a pontuação de um paciente, maior será a sua prioridade de alocação de recursos escassos. Além disso, quanto maior o número de pacientes a serem triados, maior será a expectativa de empates nas pontuações e, por essa razão, assim como Biddinson et al, incluímos sugestões de critérios de desempate.

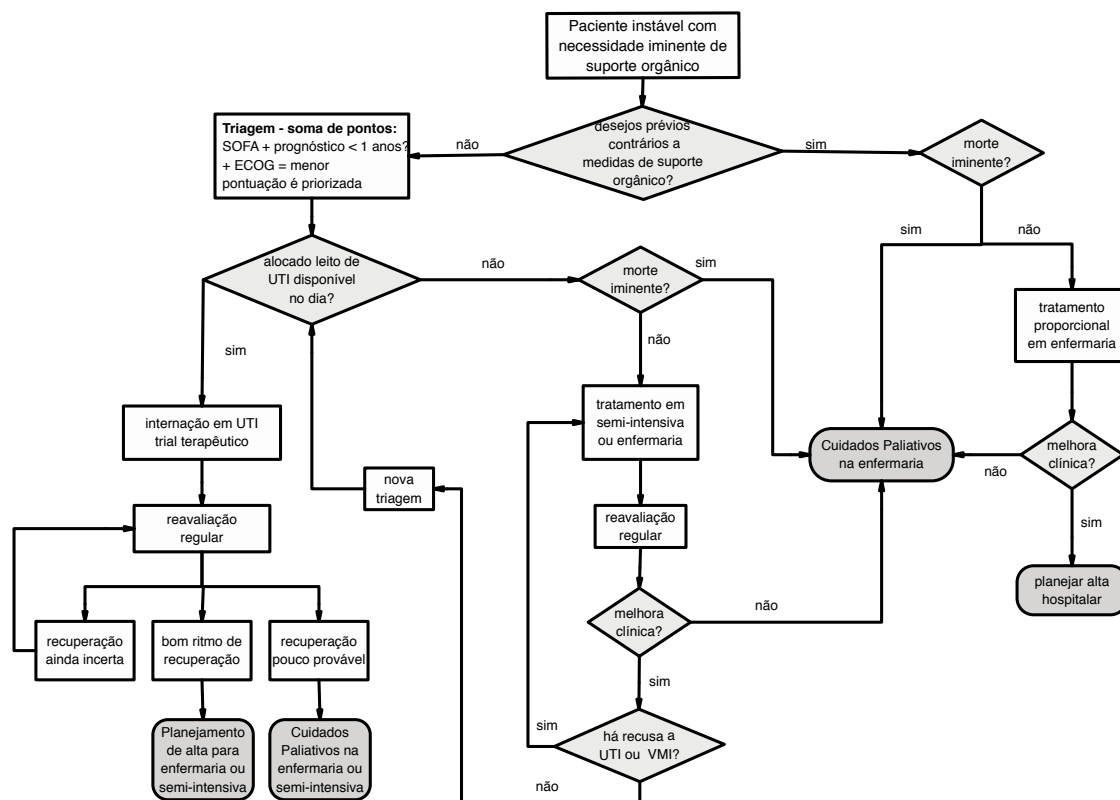
Tabela 1 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAEME/SBGG/ANCP



Passos	Critérios	Pontuação				Total
		1	2	3	4	
1	Calcular SOFA (total: _____) e pontuar conforme estratificação ao lado	SOFA \leq 8	SOFA 9 - 11	SOFA 12 - 14	SOFA > 14	
2	Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida < que um ano?*	---	---	Sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado	0 - 1	2	3	4	
4	Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3					<input type="text"/>
5	Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate					
6	Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente:					
6a	Menor escore SOFA total					
6b	Julgamento clínico da equipe de triagem					

*Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICT-BR

Fluxograma do protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19



O critério adotado por Biddinson et al., que traduz o princípio de salvar o maior número de vidas a curto prazo, é o SOFA, que estratifica o grau de gravidade das disfunções orgânicas apresentadas por um paciente.³⁶ Os valores absolutos do SOFA são divididos em quartis baseados na mortalidade hospitalar identificada pela literatura.³⁶ Cada quartil recebe uma pontuação crescente, de um a quatro pontos, no sentido da menor para a maior pontuação total, ou seja, maiores pontuações representam menores probabilidades de sobrevida a curto prazo. O SOFA como critério também é utilizado no modelo proposto por White et al nas versões de 2009 e 2020.

O segundo critério adotado por Biddinson et al traduz o princípio de salvar o maior número de anos/vida, ou seja, salvar o maior número de vidas que sejam também mais longas. Isto é feito através da identificação de maior probabilidade de sobrevida inferior a um ano em decorrência da presença de comorbidades. Dessa forma, Biddinson et al alocam três pontos a pacientes cuja expectativa de vida a longo prazo seja inferior a um ano e zero a todos os demais pacientes. A identificação da probabilidade de sobrevida inferior a um ano pode ser feita a partir da identificação de critérios clínico-laboratoriais associados a presença de doenças em estágio avançado. Isto pode ser feito através do uso de instrumentos como o Gold Standards



Framework Prognostic Indicator Guide (GSF- PIG)³⁷ e o Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT).³⁸ O nosso modelo sugere o uso do SPICT, como ponto de referência, por haver disponibilidade de uma versão com tradução para o português do Brasil. Sugerimos que a identificação da presença de pelo menos um indicador de piora geral da saúde associada com um indicador de condição de saúde avançada no instrumento escolhido 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 em Cuidados Paliativos, preferencialmente membro médico da equipe de triagem ou mesmo consultor remoto externo.

A inferência de que a presença e grau de gravidade das comorbidades tem impacto na expectativa de sobrevida a longo prazo, também é utilizado como critério no modelo de White et al de 2009, porém com uma maior diferenciação entre as categorias de pontuação crescente: ausência de comorbidades que limitam a sobrevida, presença de comorbidades de baixo impacto na sobrevida, presença de comorbidades com impacto substancial na sobrevida e presença de comorbidades graves com expectativa de sobrevida inferior a um ano. Na revisão de 2020, apenas duas categorias são mantidas: dois pontos são alocados a pacientes com expectativa de sobrevida inferior a cinco anos e quatro pontos alocados a pacientes com expectativa de sobrevida inferior a um ano. Desta forma, em comparação com o protocolo de Biddinson et al, os protocolos de White et al propõem um maior discernimento entre categorias quanto ao impacto da presença de comorbidades, o que traria o benefício de uma estratificação de riscos mais detalhada. Por outro lado, essa maior estratificação acrescentaria um elemento potencialmente mais subjetivo à triagem, o que poderia dificultar a sua aplicação consistente e, em especial, em contextos nos quais uma equipe de triagem ou de experts não está disponível. Optamos por manter em nosso modelo o critério utilizado por Biddinson et al, por duas razões: porque um ponto de corte único relativo à expectativa de sobrevida inferior a um ano facilita a uniformidade e aplicabilidade da avaliação, especialmente quando utilizada com o auxílio de ferramentas como o SPICT; e, também, porque não penaliza a presença de comorbidades menos avançadas. Entendemos que critérios de triagem devem buscar a maximização de benefícios, mas, sem que haja uma diferenciação excessiva das chances entre indivíduos com expectativa de sobrevida superiores a um ano. Essa é uma forma de reduzir a inserção de viés negativo imposto a subgrupos sociais mais afetados pela presença de doenças crônicas não degenerativas não associadas a condições de saúde avançadas, tais como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, que são, por exemplo, mais prevalentes na população negra. A redução de potenciais elementos discriminatórios, ainda que indiretos e não intencionais, faz parte da justificativa ética de protocolos de alocação de recursos, nos quais nenhum grupo social deve ser desproporcionalmente afetado.^{10,11,15,16,18,25,28,39}

Nos modelos de Biddinson et al e White et al de 2009 e 2020 o princípio ético de equalização das oportunidades de passagem pelos diferentes ciclos da vida é utilizado e traduzido através



da alocação de pontos crescentes com o aumento da faixa etária do paciente. Este critério é utilizado como parte do modelo principal em White et al na versão de 2009 e como critério de desempate no modelo de Biddinson et al. e White et al em 2020. Embora estivesse presente em nosso modelo inicial, após o processo de consulta que deflagramos e às ponderações recebidas de que este critério poderia violar o ordenamento jurídico brasileiro optamos por retirá-lo de nosso modelo.

No modelo de triagem em sua versão atual buscamos um critério alternativo à idade e que pudesse, sem impor viés discriminatório direto a nenhum subgrupo social, representar melhor o reconhecimento de que além da gravidade das disfunções orgânicas e da presença de comorbidades a reserva fisiológica de um paciente também está associada a piores desfechos como mortalidade hospitalar e mortalidade a longo prazo. Duas medidas candidatas e que estão associadas ao conceito de reserva fisiológica e que podem ser facilmente utilizadas como estratificação de risco seriam a fragilidade e a funcionalidade.

Optamos por incluir no modelo de triagem uma medida de funcionalidade, ou *Performance Status* (PS), do paciente através da escala desenvolvida pelo *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).⁴⁰ Esse é um instrumento validado e amplamente utilizado em oncologia e que busca quantificar a capacidade funcional física e capacidade de independência e autocuidado do paciente. A inferência é que quanto pior o PS do paciente menor sua reserva fisiológica e piores os desfechos clínicos. Embora seja uma escala validada para o uso em pacientes oncológicos, alguns estudos têm utilizado a escala para avaliação de desfechos de pacientes críticos idosos, pós-transplante hepático e portadores de sepsis.⁴¹ Em uma análise secundária post hoc de um estudo multicêntrico retrospectivo brasileiro que incluiu uma população mista de pacientes críticos Zampieri et al observaram que quanto pior a PS dos pacientes maiores foram as taxas de mortalidade hospitalar e de tempo de internação independente de outros marcadores clínicos como idade, comorbidades, gravidade da doença aguda ou tipo de internação (clínica ou cirúrgica).⁴¹ Nossa proposta é que a coleta desta medida seja referente ao PS que o paciente exibiu nas duas a quatro semanas que antecederam a internação de maneira a excluir o fator confundidor da presença de doença aguda que possa ter se iniciado nas duas semanas imediatamente anteriores a internação hospitalar. Não recomendamos o uso deste critério, sem uma avaliação clínica individualizada, a pacientes portadores de deficiências físicas de longa data e que apresentem uma boa condição de adaptação.

Uma possível alternativa ao ECOG seria a Escala de Fragilidade Clínica (EFC), recentemente validada para uso no Brasil.⁴² Esse é um instrumento desenvolvido e validado para uso na população geriátrica e que gradua a intensidade da fragilidade de um paciente. A evidência de que a fragilidade é um importante marcador de piores desfechos em UTI é um racional que ampara o critério.⁴³ Além disso, o uso desse critério tem as vantagens de ser objetivo, de fácil



aplicação e de não depender de exames laboratoriais. Este instrumento foi proposto como um critério de triagem pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) no Reino Unido.⁴⁴ No entanto, sofreu fortes críticas por não se aplicar bem a pacientes mais jovens e portadores de deficiências de longa data quando comparado ao uso do critério em pacientes idosos e portadores de doenças com perfil de piora progressiva da condição de fragilidade.⁴⁴ Diante da consideração que possa ser discriminatório a pacientes portadores de deficiências o NICE atualmente recomenda que seja aplicado apenas a pacientes acima de 65 anos e portadores de doenças caracterizadas por aumento progressivo da fragilidade. Pelas mesmas razões, e com o objetivo de evitar a menção ao contexto geriátrico optamos por não utilizar o instrumento na versão atual de nosso modelo.

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

Em caso de empate na soma dos pontos alocado a cada paciente nos três critérios, o modelo proposto sugere os seguintes critérios de desempate sequenciais: 1º) Pontuação total do SOFA (e não a pontuação associada ao quartil utilizada na pontuação geral);⁴⁵ e 2º) Julgamento clínico por parte da equipe de triagem.

Sugerimos ainda como condutas de boa prática que devem ser incluídas no protocolo de triagem:

- Manter medidas de estabilização clínica enquanto os dados necessários para a triagem são colhidos, idealmente dentro de um período de 90 minutos^{10,45}
- A revisão regular dos 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}
- Registro das pontuações de cada paciente triado em prontuário^{8,11,15}



- Revisão dos casos triados e não triados por uma equipe independente.
- Revisão da performance do modelo e ajustes diante de evidências de distorções ou de possibilidade de aprimoramento do modelo.⁶

Um sumário de recomendações para protocolo de alocação de recursos em esgotamento encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 - 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. 2. Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento. 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. Monitoração regular da condição de esgotamento de recursos de forma a identificar a necessidade do início da aplicação do protocolo bem como as condições para seu encerramento. 6. Anúncio público do início e encerramento da aplicação do protocolo.
Quanto à aplicação do modelo de triagem de pacientes que necessitem de medidas de suporte orgânico em UTI (em particular suporte ventilatório invasivo)



1. Identificar a presença por parte do paciente de Diretivas Antecipadas de Vontade ou expressões de desejos prévios de não receber tratamento em UTI ou de ser submetido à 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.
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 SPIC: presença de pelo menos dois critérios) e ECOG (ver passo a passo na tabela 1).
4. Alocar os leitos de UTI e/ou ventiladores mecânicos 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. Manter pacientes que não foram priorizados na lista de triagem e no aguardo da disponibilidade de leitos de UTI ou ventiladores mecânicos. Reavaliar esses pacientes regularmente, mantendo cálculos atualizados. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento.
9. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados leitos de UTI ou ventiladores mecânicos; evitar a distanásia.

Quanto aos cuidados aos pacientes que não desejaram ou a quem não foram alocados leitos de UTI ou ventiladores



1. Pacientes que não serão internados em UTI ou que não receberão suporte ventilatório devem ser internados em enfermaria e receber todos os demais cuidados e medidas de estabilização clínica com o 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.



3. Vantagens e limitações do protocolo proposto

Além de ser embasado em critérios éticos e técnicos, o modelo de triagem proposto tem as vantagens de ser objetivo, não excluir nenhum paciente *a priori* e ser ajustável a diferentes fases de escassez.¹⁵ Ao oferecer critérios objetivos de avaliação, o protocolo retira da equipe assistente a tarefa emocionalmente dura de fazer escolhas individuais, a beira-leito, e de maneira inconsistente, em um mesmo contexto de atendimento, como mesmo plantão, mesmo hospital, mesma cidade e mesmo grau de escassez de recursos. Critérios objetivos e que apresentam uma base razoável de evidência retiram a subjetividade das escolhas e expõem todos os pacientes a um mesmo sistema de alocação. Além disso, o uso de múltiplos critérios, representando diferentes princípios normativos, evita distorções geradas por um critério único, como, por exemplo, pontos de corte por idade.

O modelo que sugerimos para triagem também permite que nenhum paciente seja excluído *a priori*, a exceção de pacientes que tenham manifestado o desejo de não serem internados em UTI ou de não usar suporte ventilatório invasivo. Todos os pacientes, portanto, poderão ser incluídos na triagem, sendo as diferentes prioridades estabelecidas a partir dos diferentes graus de expectativa de benefício. O grau de escassez de recursos guiará a alocação. Reconhecida a característica de “ondas” de aumento de demanda associada a pandemia de COVID-19 essa flexibilidade é desejável. Assim, durante períodos de menor escassez, mesmo indivíduos com baixo grau de prioridade poderão ter a chance de acesso aos recursos.⁴⁶

Reconhecemos que o protocolo proposto tem limitações quanto aos seus aspectos éticos e técnicos. Não existe protocolo eticamente perfeito e que alcance a ambição de captar uma universalidade moral, em especial no contexto de sociedades pautadas pelo pluralismo de valores. Da mesma forma não é possível que um protocolo consiga respeitar em igual medida princípios de maximização de benefícios e o da equidade de tratamento e acesso a serviços. A busca do melhor equilíbrio entre esses dois princípios é um exercício cauteloso de trocas e de acomodações de visões divergentes. A exposição do protocolo ao debate público e a revisões pode contribuir com a busca de uma maior legitimidade ética do processo.

Outra limitação é a ausência de validações de acurácia e psicometria dos instrumentos utilizados para fins de triagens. Porém, uma vez que o esgotamento de recursos imposto pela pandemia de COVID-19 possa estar iminente, a natureza complexa de processo de validações impede que sejam realisticamente obtidas dentro de curto espaço de tempo. Isso evidentemente não nos isenta da necessária monitoração da performance do modelo e de oferecer ajustes sempre que necessário e sempre que distorções sejam identificadas.



Além disso, todo protocolo baseado na maximização de benefícios enfrenta inevitavelmente o desafio de oferecer critérios confiáveis de identificação de benefícios, como chance de sobrevivência a curto e longo prazo.^{11,39} Embora escores de gravidade como SOFA e APACHE ofereçam a vantagem da objetividade e validade quanto ao valor preditivo de desfechos, esse valor é relativo a grupos de pacientes e não a desfechos individuais.^{7,11} A extrapolação de modelos preditivos, além dos contextos em que foram desenvolvidos, pode ser problemática: por exemplo, o fato de que a validade preditiva do SOFA na COVID-19 ainda não é estabelecida, mesmo quando aplicada a grupos de pacientes.^{7,11,39}

A despeito das limitações, argumentamos que, ao ser informado por princípios éticos já utilizados em condições não pandêmicas⁴² e ao se amparar em instrumentos reconhecidos ainda que não desenvolvidos para este fim específico, o protocolo de triagem proposto é superior a um processo de triagem subjetivo, não planejado e não uniforme, cujo embasamento técnico e ético ficaria ainda mais aberto a questionamentos e que contribuiria para um maior sentimento de insegurança por parte da população e dos profissionais de saúde. Por outro lado, um protocolo transparente, eticamente bem amparado e que seja aplicado igualmente a todos os pacientes pode facilitar a obtenção do sentimento de confiança da população nos cuidados prestados durante a pandemia e a redução da sobrecarga emocional dos profissionais diretamente envolvidos nesses cuidados e nos processos de tomada de decisões.

4. 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 seja necessária, mas, caso o indesejável venha a acontecer, a despeito dos nossos melhores esforços de ampliação da oferta de recursos em esgotamento, é nossa responsabilidade estarmos devidamente preparados. O protocolo que apresentamos busca contribuir com essa árdua tarefa.



5. 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/NEJMsb2005114
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 Wwww.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:10.1097/00000421-198212000-00014
41. Zampieri FG, Bozza FA, Moralez 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