



PRINCÍPIOS DE TRIAGEM EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFES E AS PARTICULARIDADES DA PANDEMIA COVID-19

Introdução

A pandemia da COVID-19 apresenta um desafio a todos os sistemas de saúde do mundo e em especial às Unidades de Tratamento Intensivo, em função do número de pessoas que necessitam de atendimento. O número de doentes graves esperados pode superar a capacidade de resposta e de atendimento no sistema de saúde, apesar de estarmos antecipando e nos preparando para essa demanda. A pandemia da COVID-19 mescla características de eventos de evolução aguda e crônica. Os eventos agudos demandam uma resposta maciça e imediata, enquanto os eventos crônicos trazem consigo o desgaste da exigência de esforços continuados ao longo do tempo.

Um dos grandes desafios da atual situação é estabelecer critérios justos para a alocação de recursos escassos. A realização de triagem é intrinsecamente vinculada às atividades desempenhadas pela Medicina Intensiva. O esgotamento da oferta de recursos para o atendimento de todas as pessoas que necessitem atendimento pode gerar situações de grande desconforto para os profissionais e para a própria sociedade.

Alguns referenciais éticos devem ser sempre mantidos, independentemente da situação, para que a adequação das ações possa ser justificada. São eles a dignidade humana, a autodeterminação, a integridade e a vulnerabilidade.

Independentemente da situação, todas as pessoas são dignas. A dignidade é inerente ao ser humano. Não é possível tolerar qualquer forma de discriminação. A discriminação ocorre quando uma diferença entre pessoas se torna uma desigualdade. A dignidade não se desenvolve, nem se perde, ela é uma característica humana.

A autodeterminação da pessoa é fundamental. Ela deve ser preservada, mesmo em situações críticas, como de esgotamento de recursos. A vontade do paciente deve ser levada em consideração. Esta vontade não obrigatoriamente poderá ser acatada, mas sempre deve ser considerada. Os pacientes que decidam que não querem internar em um UTI ou que tenham deixado registrada suas Diretivas Antecipadas de Vontade, de acordo com os critérios estabelecidos na Resolução CFM 1995/2012, devem ter a suas decisões acatadas pelas equipes assistenciais e encaminhados para atendimento em outras unidades de internação com cuidados necessários para garantir o conforto e a dignidade. A situação ideal é a que busca uma adequação entre o tratamento oferecido e a necessidade do paciente. Os cuidados são oferecidos de acordo com um consenso estabelecido entre equipe e paciente/família. Contudo, podem ocorrer situações em que a alocação de recursos se torna tão escassa ou inexistente e que isto não é mais possível. Nestas situações é fundamental ter critérios claros que justifiquem o não atendimento de uma necessidade constatada e demandada pelo paciente.

A garantia da manutenção da integridade física e mental, incluindo os aspectos espirituais, do paciente, são importantes fatores a serem considerados. Em situações de catástrofes, a gravidade do quadro clínico atual do paciente e a possibilidade de sobrevivência podem ser consideradas como critérios de alocação de recursos. A integridade dos pacientes inclui a sua privacidade. Em situações de catástrofe existe o risco de exposição de dados pessoais e de imagens de pacientes a meios de comunicação social e às redes sociais. As equipes de saúde devem reforçar o dever de confidencialidade associado ao ato de cuidar.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB
Rua Arminda, 93 7º andar Vila Olímpia, São Paulo-SP 04545-100
Tel. (11) 5089-2642 www.amib.org.br associados@amib.org.br





A vulnerabilidade é outro fator inerente ao atendimento de catástrofes. Nestas situações todos estão vulneráveis, sejam pacientes, profissionais ou outras pessoas da população em geral. A vulnerabilidade gera um dever de proteção adicional, que neste caso não obrigatoriamente implica em atender o paciente em todas as suas necessidades, mas em nunca o abandonar sem algum cuidado, pelo menos sintomático e de que ele possa estar acompanhado. De acordo com as possibilidades, a presença de acompanhantes em unidades de internação de pacientes em cuidados paliativos deve ser preservada, desde que haja segurança para a presença deste. Todos estes quatro princípios também podem ser utilizados para os profissionais de saúde. A dignidade, a autodeterminação, a integridade e a vulnerabilidade dos profissionais devem ser igualmente levadas em consideração.

Considerações para Alocação de Recursos em Medicina Intensiva

- A decisão de limitar o acesso a recursos escassos, como leitos de UTI, deve ser compartilhada e coordenada em conjunto com diretor técnico do hospital e as autoridades de saúde em nível local, regional ou nacional. Esta decisão somente poderá ser tomada após o esgotamento de recursos de cuidados críticos em nível de sistema de saúde e com declaração de situação de catástrofe. O esgotamento destes recursos deve incluir abertura de leitos críticos em novas áreas, priorizando disponibilidade de ventilação mecânica e de monitores multiparamétricos. Também deve estar previsto o recrutamento de profissionais de saúde em outras atividades, desde que trabalhando dentro dos limites de sua formação e sob a supervisão dos profissionais que já atuam nas UTIs.

- A autoridade de saúde deve ser a responsável pela articulação necessária entre todas as instituições envolvidas para que o processo e os critérios de decisão de triagem sejam uniformes, pelo menos em uma mesma região.

- A avaliação terá por base os níveis de prioridade, estabelecidos na Resolução CFM 2156/2016. Estas prioridades são as seguintes: Prioridade 1 é aquela que se refere a pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; Prioridade 2 é aquela que caracteriza os pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; Prioridade 3 caracteriza os pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; Prioridade 4 é relacionada aos pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; finalmente, a Prioridade 5 tem como referência os pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação.

- O plano de triagem para as UTIs deve basear-se nas prioridades estabelecidas pela Resolução CFM 2156/2016. Caberá as autoridades de saúde, em conjunto com os profissionais que atendem estas demandas, estabelecer quais os níveis de prioridade que não mais poderão ser atendidos, em função das circunstâncias excepcionais da situação de catástrofe. A observância de todos os profissionais e instituições a um mesmo plano de triagem é fundamental, evitando-se as decisões individuais baseadas apenas no julgamento clínico. Este plano de triagem deve ser utilizado a todos os pacientes do sistema de saúde que demandam recursos de Medicina Intensiva. As decisões deverão ser avaliadas periodicamente, na medida em que o quadro de demanda e oferta de leitos de UTI se altere.

- A autoridade sanitária em conjunto com os profissionais que estão atendendo diretamente os pacientes estabelecerão quais os critérios de prioridade que ainda podem ser utilizados. Os demais

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB
Rua Arminda, 93 7º andar Vila Olímpia, São Paulo-SP 04545-100
Tel. (11) 5089-2642 www.amib.org.br associados@amib.org.br





pacientes que não serão atendidos por cuidados de Medicina Intensiva deverão ser atendidos em outras unidades, com ênfase em controle de sintomas. Os cuidados, ainda que limitados, devem ser prestados de forma compassiva, de forma que os pacientes não se sintam abandonados.

- As equipes de triagem para cuidados intensivos devem ser compostas, no mínimo, por três pessoas, dois médicos e por um outro profissional de saúde experientes. Essa equipe deve ter conhecimento e prática no cuidado de pacientes graves, especialmente com disfunção respiratória. Caso não haja disponibilidade local de profissionais qualificados, poderão ser utilizadas consultorias, que participem de forma remota, mas em tempo real, do processo de triagem. As decisões da equipe de triagem deverão estar documentadas no prontuário de cada paciente.

- No processo de triagem, de acordo com a Declaração de Ética Médica em Eventos de Desastres da Associação Mundial de Medicina, revisada em 2017, somente devem ser utilizados critérios médicos e assistenciais. O quadro clínico atual, a presença de comorbidades, o comprometimento irreversível de funções cognitivas e escores de fragilidade poderão ser considerados. Os escores objetivos como disfunção orgânica (SOFA), escore de fragilidade ou outro que se apliquem a todos doentes críticos são preferíveis ao julgamento clínico beira-leito e aos escores específicos de doenças (Relação p/f, score de Trauma...). A Resolução CFM 2156/2016, em seu artigo 9, estabelece que as decisões não devem discriminar pacientes em função de questões de idade, religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor da pele, orientação sexual, condição social, opinião política ou deficiência.

- Os profissionais que realizam atividades de triagem devem ter suporte, na medida do possível, de equipes de saúde mental, no exercício de suas atividades.

- De acordo com o grau de prioridade estabelecido, a triagem também poderá ser estendida aos pacientes que já estão em cuidados intensivos, após algum período de tratamento.

- As altas de UTIs também deverão respeitar os mesmos critérios estabelecidos pela Resolução CFM 2156/2016, que são a estabilização e o controle do quadro clínico do paciente, ou o reconhecimento de que o paciente não mais se beneficia das medidas intensivas que vem recebendo, sendo transferido para outra unidade de internação, mantidos os cuidados adequados ao seu quadro e com atendimento prestado de forma compassiva. Mesmo em situação de catástrofe ficam mantidas todas as restrições éticas e legais para a prática da eutanásia e do suicídio assistido.

Diretoria Executiva AMIB 2020-2021

Diretora Presidente: Suzana Margareth Ajeje Lobo (SP)

Diretor Vice-Presidente: Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Diretor Secretário Geral: Antonio Luís Eiras Falcão (SP)

Diretor Científico: Hugo Urbano (MG)

Diretor Tesoureiro: Wilson de Oliveira Filho (AM)

Diretor Presidente Passado: Ciro Leite Mendes (PB)

Diretor Presidente Futuro: Marcelo Maia (DF)

Autores do documento:

Dr. Claudio Piras, Dr. Cristiano Augusto Franke, Dr. Edino Parolo, Dr. Edison Moraes Rodrigues, Dr. Jose Mario Meira Telles, Dr. José Roberto Goldim, Dr. Marcos Galindo, Enf. Nara Azeredo, Dr. Paulo Ricardo Cerveira Cardoso, Dra. Raquel Moritz. Dr. Thiago Costa Lisboa.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB

Rua Arminda, 93 7º andar Vila Olímpia, São Paulo-SP 04545-100
Tel. (11) 5089-2642 www.amib.org.br associados@amib.org.br





Referências Bibliográficas:

- 1) Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.995/2012: Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM; 2012.
- 2) Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 2.156/2016 - Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília: CFM; 2016.
- 3) Kemp P. Final Report to the European Commission on the project Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998 - Part B. Copenhagen; 1998.
- 4) World Medical Association (WMA). WMA - Policy: Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. Chicago: WMA; 2017.
- 5) Christian MD, Sprung CL et al. Triage - Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement, CHEST 2014
- 6) Biddison LD, Berkowitz KA, et al. Ethical Considerations - Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement, CHEST 2014
- 7) Batista A, Antunes B, et cols. Projeção de casos de infecção por COVID-19 no Brasil até 30 de março de 2020. Nota Técnica 4 - 21/03/2020. <https://sites.google.com/prod/view/nois-pucrio>
- 8) Rosenbaun L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. NEJM.2020. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2005492?articleTools=true>