



PROTOCOLO DE ACESSO EM ESCASSEZ DE RECURSOS

INTRODUÇÃO

Após a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarar emergência de saúde pública o surto de pneumonia por COVID-19 inicialmente identificado em Wuhan na China e que rapidamente alcançou outros países, logo foi reconhecido como uma pandemia e 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, sendo que até 5% vão necessitar de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com a maioria evoluindo para Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

Esse contexto 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. 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.

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.

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. 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 claros, transparentes, tecnicamente bem embasados, eticamente justificados 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 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. Além disso, a preocupação com potenciais questionamentos jurídicos a respeito dessas decisões também pode aumentar os riscos de danos à saúde mental dos profissionais.

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.

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. Dessa forma, mesmo quando não há escassez de leitos de UTI, a alocação desses recursos deve levar em consideração o benefício prognóstico das terapias.

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 de sintomas e acolhimento das necessidades emocionais, sociais e espirituais, tanto do paciente quanto de seus familiares.

Diante da 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, diante do esgotamento dos recursos, 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. Assim, diante da possibilidade concreta do surgimento de situações de esgotamento de recursos para a 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.

CONDIÇÕES ESSENCIAIS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO

1. Declaração do Estado de emergência em saúde pública;
2. Reconhecimento de esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento;
3. Criação de comissões de triagem pelos diretores técnicos.
4. Alinhamento da gestão do protocolo intra-unidade de saúde com o sistema de regulação de urgência e leitos, que facilite a disponibilidade de recursos;
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.

PRINCÍPIOS NORMATIVOS

1 – Preservação da Dignidade Humana

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). Esse protocolo de alocação de recursos leva 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. Dessa forma, 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. Portanto, como a assistência em saúde não deve discriminar pacientes, esse protocolo de alocação de recursos não impõe desvantagens discriminatórias a nenhum grupo social, o que violaria a dignidade dos pacientes, utilizando de

critérios embasados em origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de preconceito ou discriminação.

2 – 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, é 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 é justificativa ética ou legal para a sua prática.

3 – Ortotanásia e Cuidados Paliativos (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006)

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. É evidente, pois, que todos esses preceitos legais e éticos devem ser observados com os pacientes com COVID-19.

4 - 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. Ainda, 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. Dessa forma, o protocolo orienta o médico a não realizar quaisquer práticas distanásicas.

5 – Ortotanásia (Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010, da Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal)

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.

6 – Diretivas Antecipadas de Vontade (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995, de 9 de agosto de 2012)

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.

7 – Critérios para Admissão ou alta da UTI (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016)

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.

8 – Critérios Claros estendidos às autoridades sanitárias

Esse protocolo segue as orientações da AMIB, adotando critérios claros, com apoio das autoridades sanitárias, com uso de instrumentos objetivos e sugere, sempre que possível, a atuação de equipes de triagem formadas constituída por, ao menos, três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar).

Utiliza critérios de “gravidade” e “chance de sobrevivência”, de acordo com a Resolução nº. 2.156/2016 do CFM, assim como triagem reversa aos que já estão internados na UTI.

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

Aspectos bioéticos quanto aos **critérios de triagem**:

- Diretrizes internacionais sobre princípios éticos em situações de desastres em massa e pandemias reconhecem a inevitável necessidade de processos de **triagem**, quando a oferta de

serviços emergenciais é inferior à demanda de pacientes graves, devemos adotar as seguintes premissas:

- (a) que medidas de racionamento, nesses casos, são eticamente justificadas;**
- (b) que a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas.**

Ainda que as diferentes recomendações exibam diferenças significativas entre si, 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 sobrevida**. Equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida também é critério comumente recomendado por algumas diretrizes e recomendações. Em outras palavras, a ênfase na **maximização de benefícios** pode ser traduzida pelos objetivos:

- (a) salvar o maior número de vidas (sobrevida a curto prazo);**
- (b) salvar o maior número de anos de vida (sobrevida a longo prazo);**

(c) equalizar a oportunidade de indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida. Por ser controverso, esse último item não foi adotado nesse protocolo, uma vez que insinua utilizar o critério idade junto ao processo de triagem, o que foi excluído nesse documento, conforme orientação da AMIB.

- Inferências ou medidas de qualidade de vida (como a Quality Adjusted Life Years por exemplo) não foram utilizadas já que são avaliações de caráter subjetivo e que podem inserir vieses contra pessoas portadoras de deficiências e com doenças psiquiátricas. Entende-se que a chance de benefício deve ser o critério aplicado igualmente a todos os pacientes independente de considerações subjetivas quanto a qualidade de vida.

- A identificação de maior chance de benefício deve utilizar medidas objetivas, com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente. Para isso, foi adotado o Escores de gravidade tais como o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA). No entanto, como o SOFA também apresenta limitações, ele foi combinado com outras medidas que serão apresentadas a seguir.

Aspectos bioéticos quanto aos **processos de triagem**:

- **Transparência e clareza.**
- Aplicação da **triagem a todos os pacientes**, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica), evitando discriminação quanto a condição clínica, ou seja, pacientes portadores de COVID-19 não devem ser priorizados sobre pacientes portadores das demais condições e vice-versa.

- 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.
- **Comunicação** a pacientes e familiares da existência do protocolo e da prioridade alocada e, sempre que possível, incluir seus valores e desejos.
- **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.
- Formar, sempre que possível, uma **equipe de triagem** em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento.
- 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. Orientamos 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.

TRIAGEM

Este modelo deve ser conduzida dentro das unidades de Pronto Atendimento (PA) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitalares, Central de Regulação de Leitos e Centra de Regulação das Urgências (SAMU), visto que a análise para indicação de disponibilização de recurso envolve todos esses agentes de saúde.

O protocolo é composto por um sistema de pontuação baseada em múltiplos critérios, que representam diferentes objetivos éticos:

- salvar o maior número de vidas; e
- salvar o maior número de anos/vida;

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, estão incluímos critérios de desempate.



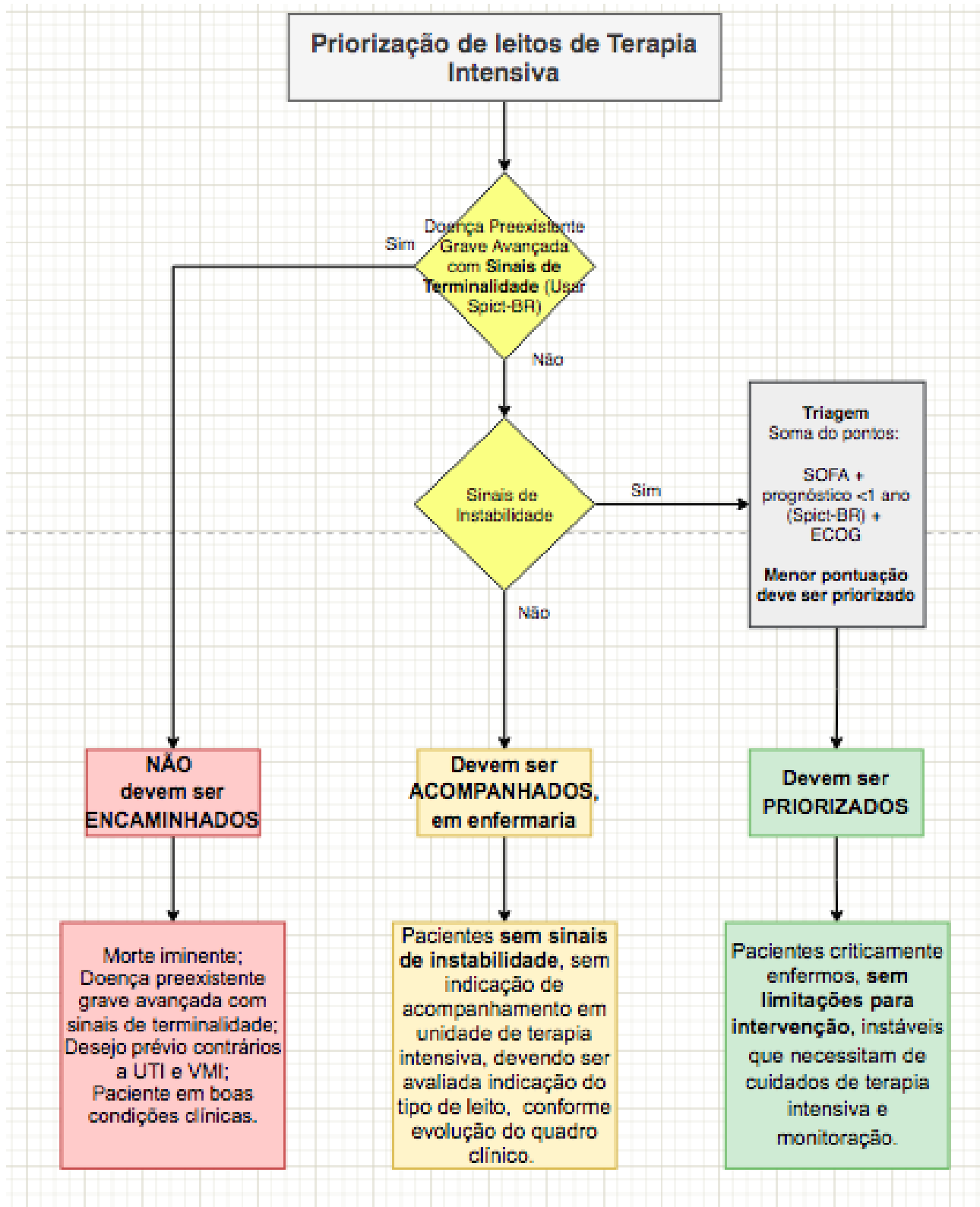
GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



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 pelo menos uma vez ao dia. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento, não sendo mais priorizados para leitos de UTI ou ventilação mecânica;

9. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados leitos de UTI ou ventiladores mecânicos; evitar a distanásia.

Fluxograma de Priorização de Leitos de UTI



Passo a passo da Triagem – Serviços de Regulação de Recursos (SAMU e Central de Regulação de Leitos)

1. Durante avaliação do caso, identificar:

1.1. Existência de **doença preexistente grave avançada** com sinais de **terminalidade**: se presente, os cuidados devem ser em unidade de **enfermaria**, acompanhada por equipe de cuidados paliativos, quando possível. Utilizar do Spict-Br para essa análise (Anexo 3);

1.2. Na ausência de doença preexistente, identificar se há **sinais de instabilidade**:

- Se **não**, cuidados assistências direcionados em **enfermaria**.
- Se **sim**, questionar se existe alguma diretiva antecipada de não uso de UTI ou Ventilação Mecânica Invasiva:
- Se **sim**, paciente deve ser direcionado para cuidados proporcionais em **unidade de enfermaria**;
- Se **não**, deve ser triado para **UTI**, calculando a pontuação do paciente conforme o SOFA (Anexo 1), presença de co-morbidades que sugiram uma probabilidade de sobrevida inferior a um ano (preferencialmente via SPICT – Anexo 3) e ECOG (Anexo 2);

2. Destinar os leitos de UTI e/ou ventiladores mecânicos aos pacientes com menores pontuações, conforme o preenchimento **tabela de priorização de recursos**, assim que forem sendo disponibilizados;

3. 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;

4. Comunicar ao serviço solicitante sobre o processo de triagem, informá-los da pontuação atual do paciente e acolher as necessidades de informação pela unidade de saúde, sempre que possível;

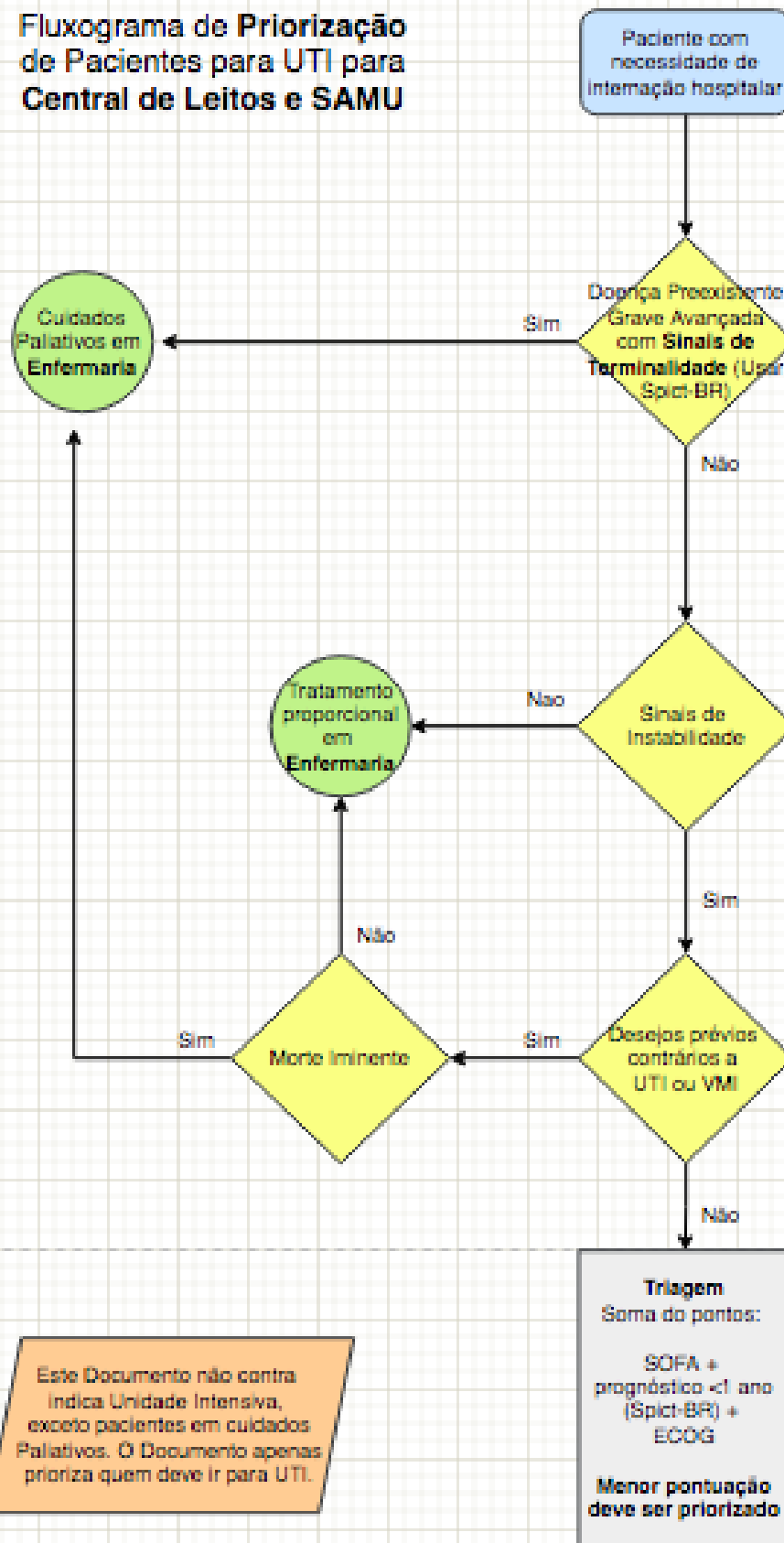
5. Fazer registro apropriado da pontuação do paciente no sistema de regulação;

6. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento, não sendo mais priorizados para leitos de UTI ou ventilação mecânica;

7. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados leitos de UTI ou ventiladores mecânicos, ao menos toda vez que houver mudança registrada do quadro clínico.

Fluxograma de Priorização de pacientes – Central de Leitos e SAMU.

Fluxograma de Priorização de Pacientes para UTI para Central de Leitos e SAMU



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. O uso do **protocolo estadual de controle de sintomas** que incluam medidas de boa prática no controle da dispneia e sedação paliativa quando esta for necessária deve realizada;
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 às comissões de Triage

1. Devem ser constituídas por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar);
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 deve garantir acesso a revisão externa e independente do processo de triagem;
2. Manter um bom registro dos dados clínicos, pontuações e desfechos de maneira a permitir a auditoria independente do modelo e da aplicação do protocolo.



CONCLUSÃO

Esse documento vem auxiliar aos profissionais de saúde, diante de decisões complexas, associadas a alocação de leitos de UTI e ventiladores durante a pandemia do COVID-19, porém deve ser aplicado a todo paciente com indicação de internação hospitalar, independente da causa. 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 essa proposta que busca um bom embasamento ético e técnico e que esteja aberta ao escrutínio público e à revisão independente.

Enquanto não superamos essa crise infelizmente a adoção desse protocolo de alocação de recursos esgotados pode ser necessária, sendo efetivado o início de sua aplicação por autoridade pública competente. O planejamento e preparo para esse momento é fundamental para respaldo das condutas médicas em momento de crise e guia para preservação do maior número e ano de vidas.

É nossa responsabilidade estarmos devidamente preparados.

Anexo 1 – SOFA

SOFA Escore ⁵					
SOFA Escore	0	1	2	3	4
Respiração					
PaO ₂ / FiO ₂ (a)	>400	<400	<300	<200 (a)	<100
Coagulação					
Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hipotensão Cardiovascular (b)					
	PAM > 70	PAM < 70	Dopamina ≤5 ou Dobutamina, qualquer dose	Dopamina >5 ou Epinefrina ≤0.1 ou Norepinefrina ≤0.1	Dopamina >15 ou Epinefrina >0.1 ou Norepinefrina >0.1
Fígado					
bilirrubina mg/dl	<1.2	1.2 – 1.9	2.0 – 5.9	6.0 – 11.9	>12.0
SNC escala de coma de Glasgow					
	>14	13 - 14	10 - 12	6- 9	<6
Renal creatinina ou débito urinário					
	<1.2	1.2 – 1.9	2.0 – 3.4	3.5 – 4.9<500	>5 ou <200

(a) Com suporte ventilatório (b) Agentes adrenérgicos administrados por pelo menos 1 hora (doses em g/kg/min)

Anexo 2 – ECOG

Escala de Performance: ECOG

- | | |
|---|--|
| 0 | Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100 %) |
| 1 | Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%) |
| 2 | Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado. (Karnofsky 50-60%). |
| 3 | Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 30-40%) |
| 4 | Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira (Karnofsky < 30%). |

Anexo 3 – Spict-BR

O documento está subdividido em três partes, sendo que nesse caso devem ser avaliados os indicadores clínicos de uma ou mais condições avançadas, contido na segunda subdivisão.



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



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.

<p>Câncer</p> <p>Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.</p> <p>Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.</p>	<p>Doença cardiovascular</p> <p>Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. <p>Doença vascular periférica grave e inoperável.</p>	<p>Doença renal</p> <p>Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/min) com piora clínica.</p> <p>Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.</p> <p>Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.</p>
<p>Demência/ fragilidade</p> <p>Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.</p> <p>Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.</p> <p>Incontinência urinária e fecal.</p> <p>Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.</p> <p>Fratura de fêmur, múltiplas quedas.</p> <p>Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.</p>	<p>Doença respiratória</p> <p>Doença respiratória crônica grave com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. <p>Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.</p> <p>Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.</p>	<p>Doença hepática</p> <p>Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas <p>Transplante hepático é contraindicado.</p>

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

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.