



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 29/05/2020 | Edição: 102 | Seção: 1 | Página: 262

Órgão: Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

RESOLUÇÃO Nº 12, DE 27 MAIO DE 2020

Aprova o Protocolo de Regulação para casos de COVID-19 para Unidades de Terapia Intensiva de Alta Complexidade

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - CREMERS, no uso de suas atribuições legais e regulamentares conferidas pela Lei nº 3.268/1957 e pelo Decreto nº 44045/1958;

CONSIDERANDO a declaração de pandemia de COVID-19 realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 e a necessidade de realizar esforços no sentido de conter a disseminação da doença no Estado do Rio Grande do Sul;

CONSIDERANDO a Portaria nº 454 do Ministério da Saúde publicada no DOU em 20 de março de 2020, que declara o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional;

CONSIDERANDO A Lei 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19 responsável pelo surto de 2019;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer um protocolo de regulação para os casos de COVID-19 para Unidades de Terapia Intensiva de Alta Complexidade, resolve:

Art. 1º Aprovar o PROTOCOLO DE REGULAÇÃO PARA CASOS DE COVID-19 PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ALTA COMPLEXIDADE anexo.

Art. 2º- Esta Resolução entra em vigor da presente data, vigorando enquanto durar o estado de calamidade pública em razão da pandemia de corona vírus (COVID-19) no país.

EDUARDO NEUBARTH TRINDADE

Presidente do Conselho

ANEXO

Considerando a atual pandemia de COVID-19 e a iminente ameaça à saúde da população e o potencial crescimento do número de casos de infectados, o fato de os recursos em saúde (e, de maneira especial, em terapia intensiva) serem finitos, faz-se necessária a otimização dos recursos disponíveis e a importância da organização de fluxos, é de alta relevância estabelecer critérios para a transferência de pacientes com suspeita de COVID-19 para unidades de terapia intensiva, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretaria Estadual de Saúde. Os critérios estabelecidos servirão de base aos médicos reguladores, mas não deverão substituir a avaliação médica das particularidades de cada caso.

Em virtude da rapidez com que novas evidências a respeito da pandemia de COVID-19 têm tornado-se disponíveis, poderão ocorrer mudanças nestas orientações a qualquer momento. Estas modificações serão comunicadas apropriadamente.

Introdução

A pandemia por COVID-19 está causando uma sobrecarga sem precedentes no sistema de saúde em diversos países afetados. As previsões para o nosso estado, projetadas pelo Departamento de Economia e Estatística do estado do Rio Grande do Sul^{1,2}, sugerem que podemos sofrer o mesmo padrão de progressão da doença.

Como os recursos em saúde são finitos no que se refere à capacidade de atendimento de pacientes criticamente doentes, torna-se necessário organizar critérios que permitam selecionar casos para internação em unidades de terapia intensiva. Essa necessidade é imposta:

- Pela limitação de leitos disponíveis
- Pela provável alta demanda por tais leitos
- Pela necessidade de priorizar o atendimento para pacientes com probabilidade diagnóstica de infecção por COVID-19, de acordo com as orientações dos órgãos governamentais
- Pela existência de outros pacientes com necessidade de cuidados intensivos, não portadores de COVID-19, que continuarão existindo e demandando a atenção das equipes multidisciplinares de UTI
- Pela necessidade de destinar os recursos disponíveis para pacientes com uma probabilidade razoável de sobrevivência com qualidade de vida aceitável

O boletim de Informe Epidemiológico - Boletim diário de casos em países selecionados, Brasil e RS/Departamento de Economia e Estatística DEE/SEPLAG, atualização: 22/04/2020 às 19h - evidencia que o estado já ultrapassou 970 casos confirmados, com Porto Alegre concentrando 41% destes casos.

Os critérios sugeridos para a seleção de pacientes para admissão em leitos de UTI (nível III) para pacientes suspeitos e confirmados COVID-19 são os seguintes:

Critérios para solicitação de internação em Unidade de Terapia Intensiva por COVID19:

1. Definir se o paciente preenche critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19:

- a) Teste positivo para coronavírus SARS-CoV-2. OU
- b) Histórico de: febre e/ou sintomas respiratórios (tosse seca ou produtiva, dispneia ou dor de garganta). E
- c) Imagem de tórax com³¹ das seguintes alterações: opacidades em vidro despolido, infiltrados localizados, infiltrados difusos bilaterais, envolvimento intersticial.

2. Definir se o paciente preenche critérios de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI):

- a) Hipoxemia em adultos:
 - Relação $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg OU
 - $SpO_2 \leq 90\%$ com O₂ nasal a 5L/minuto + frequência respiratória³² ≥ 22 respirações/minuto.
- b) Hipoxemia em crianças:
 - Relação $PaO_2/FiO_2 < 250$ mmHg OU
 - Taquipneia conforme a faixa etária (³⁶⁰ respirações/minutos se < 2 meses,³⁵⁰ respirações/minutos se 2-11 meses,³⁴⁰ respirações/minutos se 1-5 anos, > 30 respirações/minutos se 6-14 anos).
- c) Choque circulatório.
- d) Rebaixamento agudo de sensório.
- e) Disfunção de múltiplos órgãos.

* Obs.: assume-se que pacientes já submetidos à intubação traqueal apresentassem critérios de hipoxemia com indicação de admissão em UTI.

Critérios para solicitação de transferência entre Unidades de Terapia Intensiva (transferência para Unidade de Terapia Intensiva de maior complexidade):

1. Definir qual o recurso indisponível na UTI de origem e disponível na UTI pretendida:

- a) Equipamento adequado para ventilação mecânica invasiva.
- b) Hemodiálise contínua (para pacientes com indicação de terapia renal substitutiva, que estejam em choque circulatório e que não tolerem hemodiálise intermitente).

c) Oxigenação por membrana extracorpórea - ECMO (para pacientes com síndrome da distrição respiratória aguda que apresentem hipoxemia e/ou hipercapnia refratárias a outras medidas de ventilação mecânica, incluindo ventilação em posição prona quando não houver contraindicação).

d) Outro:

· Indicar qual e justificar.

2. Em caso de dúvidas quanto às indicações técnicas de transferência, os médicos reguladores (município e estado) poderão solicitar o parecer técnico de grupo de médicos intensivistas (consultores) dos hospitais de referência para COVID-19.

Fluxo de regulação do acesso para Unidades de Terapia Intensiva por COVID19:

3. Regular o paciente para leito de UTI na referência original do paciente:

a) Se a referência original para UTI é Porto Alegre e o paciente está em serviço sem UTI (UPA ou HPP):

· Regular preferentemente (não exclusivamente) para HNSC ou HCPA.

b) A referência é Porto Alegre e paciente está em serviço com UTI:

· Internar na UTI do próprio serviço. Em caso de ausência de leito de UTI disponível no próprio serviço (comprovada por GERINT ou declaração oficial da instituição), regular preferentemente (não exclusivamente) para HNSC ou HCPA.

c) A referência não é Porto Alegre:

· Regular para UTI de sua referência através da Central Estadual de Regulação (ou da Central de Regulação local). Em caso de ausência de leito de UTI disponível na referência do paciente (comprovada por declaração oficial da respectiva Central de Regulação) e havendo disponibilidade de leito de UTI em Porto Alegre, regular preferentemente (não exclusivamente) para HNSC ou HCPA.

Alocação de leitos de unidade de terapia intensiva em caso de extrema desproporção entre oferta e demanda:

Todas as alternativas para atender completamente a demanda por recursos de saúde (e particularmente por leitos de UTI) devem ser esgotadas, incluindo a criação de novos leitos e as transferências entre instituições de saúde. No contexto de uma pandemia como a atual, entretanto, existe a possibilidade de extrema desproporção entre a oferta de recursos e a demanda por eles. Apenas nesta situação de esgotamento dos recursos para o atendimento de todas as pessoas que deles necessitem, poderá ser necessário utilizar critérios de alocação dos recursos, com priorização de casos.

Os critérios a serem utilizados incluem:

a) urgência médica: segundo este racional, o recurso é alocado ao caso mais grave, independentemente de sua chance estimada de recuperação;

b) utilidade: de acordo com este racional, o recurso é alocado ao caso com maior sobrevida estimada, independentemente de sua gravidade e de seu risco de óbito caso não recebesse aquele recurso;

c) benefício: conforme este racional, sopesam-se urgência e utilidade, considerando-se a sobrevida da população de pessoas com indicação de receber o recurso (incluindo os casos que o receberão e aqueles que não o receberão), com o objetivo de produzir o maior impacto na sobrevida daquela população como um todo e não na dos indivíduos isoladamente. Assim, de acordo com esta lógica, priorizam-se os casos com a maior diferença entre as expectativas de vida caso recebam ou caso não recebam o recurso.

Compreende-se que, no contexto considerado nesta sessão, critérios de alocação de recursos que levem em conta o princípio do benefício talvez sejam os mais adequados. Na ausência atual de escores que auxiliem esta avaliação na pandemia de COVID-19, entende-se que a análise deva ser feita levando em consideração as particularidades de cada caso listado para transferência em um dado momento. Esta análise poderá considerar, entre outros, os seguintes parâmetros:

d) gravidade dos casos e risco de óbito sem a transferência;

e) complexidade de estrutura de saúde disponível no local em que os casos estão naquele momento;

f) características biológicas e clínicas dos casos que possam influenciar na probabilidade estimada de reversão do quadro agudo (como comorbidades pré-existentes, entre outras).

Esta análise deverá ser feita pelos médicos reguladores, que têm conhecimento de todos os casos listados para transferência. Ainda que a análise dependa das características particulares dos candidatos à transferência a cada momento, segue guia para auxiliar na regulação dos pacientes, sem, no entanto, substituir o julgamento clínico dos médicos reguladores e dos médicos intensivistas consultores:

PRIORIDADE	CRITÉRIOS
VERMELHO	1 Paciente com critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19, com indicação de admissão em UTI (vide item 1, acima), atendido em serviço <u>sem</u> UTI e que NÃO possua doença com prognóstico reservado (antes da COVID-19).
LARANJA	2 Paciente com critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19, com indicação de admissão em UTI (vide item 1, acima), atendido em serviço <u>com</u> UTI, mas cuja UTI esteja lotada (<u>lotação esgotada e sem possibilidade de leito extra comprovada pelo GERINT/ MAPA DE LEITOS ou declaração oficial da instituição</u>), e que NÃO possua doença com prognóstico reservado (antes da COVID-19).
AMARELO	3 Paciente com critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19, internado em UTI (vide item 1, acima), com indicação de transferência para UTI de maior complexidade (vide item 2, acima), e que NÃO possua doença com prognóstico reservado (antes da COVID-19).
VERDE	4 Paciente com critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19, com indicação de admissão em UTI (vide item 1, acima), atendido em serviço <u>sem</u> UTI e que possua doença com prognóstico reservado (antes da COVID-19). Neste caso, proceder a regulação para serviço de emergência, com suporte adequado, conforme referência de porta de urgência do serviço solicitante.
AZUL	5 Paciente com critérios de diagnóstico ou alta suspeita de COVID-19 (vide item 1, acima), internado em UTI, e que possua doença com prognóstico reservado (antes da COVID-19).

Existem outros critérios que podem auxiliar a classificação da prioridade de cada paciente. Alguns exemplos são:

- Proteína C reativa maior que 100 mg/l
- Linfopenia menor que 1500/ μ l
- Aumento dos níveis séricos de LDH
- Aumento dos níveis séricos de D-dímeros
- Doenças crônicas como fatores de má evolução: doença cardíaca prévia, doenças pulmonares crônicas, diabetes melito, hipertensão arterial, câncer sólido ou hematológico
- Idade do paciente (menor ou igual a 75 anos)

Estes critérios estarão disponíveis em um número pequeno dos casos. São de natureza técnica, e do ponto de vista pragmático tornam o processo de avaliação do paciente mais objetivo.

O critério idade gera uma discussão ética importante. A Resolução CFM 2156/2016 deixa explícito que não deve haver nenhum tipo de discriminação na seleção de pacientes que necessitem cuidados intensivos. Mas seu texto também contempla a necessidade de alocação dos recursos naqueles casos com maior chance de recuperação. A tomada decisória em circunstâncias de escassez de recursos - no exemplo de leitos de UTI, ou de ventiladores invasivos - apresenta um desafio ético e técnico ímpar. Todas as séries de pacientes publicadas até o momento identificam a faixa etária como um preditor fidedigno de maior mortalidade. Na verdade, 3/4 das mortes ocorrerão em paciente acima de 70-75 anos. Considerada a probabilidade de sobrevivência em uma situação de escassez de recursos, que já se apresentou como realidade em países europeus, discutir a questão da idade como critério de indicação para a admissão em leito de UTI parece relevante.

A alocação de recursos em situações de crise ou catástrofe não é algo novo na Medicina. Desde a grande epidemia de poliomielite que assolou diversos países na década de 1930, a alocação dos chamados "pulmões de aço" já era objeto de discussão, pois não havia disponibilidade suficiente dos equipamentos aos muitos pacientes sofrendo de paralisia respiratória bulbar.

A pandemia de H1N1 aguçou essa discussão sobre a alocação de recursos como ventiladores invasivos, e o estado de Nova York (EUA) publicou em 2015 o "Ventilator Allocation Guidelines - New York State Task Force on Life and the Law / New York State Department of Health". Este documento aborda de forma ampla as questões envolvendo a tomada decisória sobre a alocação de recursos - especificamente ventiladores invasivos - usando critérios objetivos e escalonares, dentro de uma perspectiva de melhor alocação possível de tais recursos. A tomada de decisão sobre a alocação do recurso é retirada do médico envolvido diretamente na assistência ao paciente, de forma que o mesmo possa continuar os cuidados, sem desviar sua capacidade para as múltiplas questões envolvidas neste processo de alocação.

Na Itália os profissionais da saúde, particularmente médicos, já enfrentaram o drama de não haver como oferecer suporte ventilatório a todos os pacientes necessitados. Essa situação levou a "Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva", entidade que reúne anesthesiologistas e intensivistas no país, a publicar documento em março de 2020 intitulado "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili". A diretriz aborda questões éticas e práticas das tomadas decisórias, suas consequências e como o profissional deve agir perante situações que demandem a alocação prioritizada de recursos e assistência em paciente com infecção pelo COVID-19.

A Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) publicou recomendações de "Princípios de triagem em situações de catástrofes e as particularidades da pandemia COVID-19". O documento oferece destaque a questões éticas, como os princípios da dignidade humana, a autodeterminação, a integridade e a vulnerabilidade. Também aborda a maneira pela qual o processo de tomada de decisões deve ser organizado, e as peculiaridades de uma função de alto desgaste emocional e conflito moral intrínseco.

Por fim, consideramos fundamental a discussão franca e transparente, junto de representantes do poder público, de decisões de alocação de recursos em UTI, também contemplando o cenário de situações de escassez. Essa discussão não pode ser postergada e realizada somente no caso de enfrentarmos um quadro catastrófico, pois neste momento não haverá tempo para a discussão, e os profissionais de saúde, particularmente os médicos, terão que carregar sozinhos o ônus de uma situação extraordinária com repercussões ainda não vislumbradas em toda a sua extensão.

FABIANO MÁRCIO NAGEL

Coordenador Grupo de Trabalho COVID-19

EDUARDO NEUBARTH TRINDADE

Presidente do Conselho

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.