

ASPECTOS BIOÉTICOS DA SUPERLOTAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19¹

Autores: Alciene Pereira da Silva², Nastassja S. Mendes de Souza², Letícia Westphalen Bento³

RESUMO

O quadro clínico que a infecção por coronavírus desenvolve tem gerado uma excessiva procura por cuidados hospitalares intensivos, suscitando desdobramentos nas condutas da equipe de saúde. Este estudo teve como objetivo discutir a relação da superlotação das Unidades de Terapias Intensivas e a bioética nas ações de saúde frente ao grande número de doentes que necessitam de uma vaga para tratamento. Utilizou-se o método descritivo com coleta de dados secundários em órgãos públicos e do Conselho Federal de Medicina e da FIOCRUZ. Nos resultados observou-se a superlotação nas Unidades de todos os Estados brasileiros, iniciativa de treinamento de profissionais intensivistas e a construção de protocolos para melhor gestão das vagas de leitos. Conclui-se que apesar da situação caótica gerada pela pandemia a gestão hospitalar tem buscado desenvolver protocolos pautados nos preceitos da bioética sobre as ações referentes a vida e a morte no ambiente de cuidados intensivos nos tempos de pandemia por Covid-19.

Palavras-chave: Centro de Tratamento Intensivo; decisões médicas; bioética.

Eixo Temático: Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS).

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus é um desafio sem prévias para todo o sistema de saúde – em especial para Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Isto porque, nesta doença, seu desdobramento em casos mais graves pode resultar no desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório (SDRA), sepse /

¹ Projeto de Extensão

² Acadêmicas do Mestrado de Ciências da Saúde e da Vida – UFN.
nastassjamendes@hotmail.com; alcieneps@gmail.com

³Orientadora. Professora do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde e da Vida – UFN.

choque séptico e falência de múltiplos órgãos, incluindo lesão renal aguda e danos cardíacos que tem como desfecho o infarto agudo do miocárdio (YANG et al, 2020).

Apesar da maioria das pessoas com Covid-19 desenvolver doença com quadro clínico leve (sem necessitar de hospitalização e/ou cuidados intensivos), já é observado um grande número de casos crônicos com acometimento neurológico pós-covid que, em casos de agudização, pode resultar em internação em leito de terapia intensiva (CANABAL *et al.*, 2020). Pesquisas sobre o desenvolvimento das formas graves do Covid-19 mostram que 14% das pessoas nos casos graves da doença requerem hospitalização e destas, 5% precisam ser hospitalizados em UTI (WU *et al.*, 2020).

Em Porto Alegre, por exemplo, as taxas de ocupação das UTIs/Covid tiveram um aumento de 17%, já as taxas de internação apresentaram um salto de 40 para 332 pessoas. Desde o início da pandemia as taxas de ocupação oscilaram entre 88% e 92%, com o aumento dos leitos operacionais crescendo na mesma proporção das internações (WU *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021). A experiência adquirida nas dificuldades da pandemia e a realidade vivida diariamente nos hospitais brasileiros, mostra o enorme desequilíbrio entre o número de pacientes que requerem ventilação mecânica invasiva e os recursos reais disponíveis, gerando inúmeros problemas e conflitos, em especial o bioético. Em meio ao caos sem precedentes nos setores da saúde, tem-se na UTI a vivência da peculiaridade extrema de dependência das decisões de uma equipe de saúde e em particular da autoridade médica. A partir deste contexto objetiva-se debater a relação da bioética na superlotação das UTIs no período de pandemia por Covid-19.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória em que se utilizou dados secundários mensuráveis (número de leitos hospitalares nas UTIs), levantamento de protocolos desenvolvidos pelo Conselho Federal de Medicina (2016), Associação Brasileira de Medicina de Emergência, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos com

o objetivo de instigar o debate sobre a relação da bioética e a lotação das Unidades intensivas hospitalares.

Este trabalho descreve dados temporais e espaciais de vagas em leitos de UTI no período de julho/2020 a março/2021, durante a pandemia nos Estados do Brasil e de protocolos clínicos de acesso público. Para esta finalidade coletou-se uma série de dados históricos anuais de lotação de vagas no Sistema de Informação no portal da FIOCRUZ (2021).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Pandemia de Covid-19 produziu diversas repercussões entre os vários países e, também, entre regiões e estados brasileiros. Pode-se afirmar que se constitui em um fenômeno complexo, como múltiplas epidemias, dadas as suas manifestações em diferentes contextos socio sanitários e geopolíticos. (BRASIL, 2021). Na maior série de casos descrita até o momento de pacientes hospitalizados com doença SARS-CoV-2 (2019-nCoVid), 26% necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) recomenda que em situação de escassez de recursos em medicina intensiva, a decisão de alocar recursos e vagas limitadas de UTI devem ser discutidos em conjunto autoridades de saúde da região e direção técnica do hospital (NETO *et al.*, 2020). A resolução CFM 2156/2016, estabelece meritoriamente cinco prioridades no acesso as vagas de UTI quais são:

Figura 1. Prioridades no acesso as vagas em leito de Unidade de Terapia Intensiva

Ordem	Prioridades
1º	paciente que necessita de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem limitações de suporte terapêutico
2º	paciente que necessitam de monitorização intensiva pelo risco de necessitar de intervenção imediata e sem limitações para receber suporte terapêutico

3º	pacientes que necessitam de intervenção de suporte a vida com baixa probabilidade de recuperação e limitação de intervenção terapêutica
4º	pacientes de alto risco e com limitação terapêutica
5º	pacientes com doença em fase terminal ou classificados como moribundos, sem perspectiva de recuperação

Fonte: Conselho Federal De Medicina (2016).

Nesse caso, pacientes denominados moribundos e que estejam recebendo cuidados paliativos, preferencialmente, não devem ser admitidos em UTIs, exceto em caso de doação de órgãos. Em situações em que o paciente se encontra em tratamento de doença em fase terminal o médico deverá evitar realizar procedimentos invasivos e desnecessários, previsto pelo código de ética médico, de acordo com a resolução do CFM nº 1.805/ 2006. A AMIB ressalta ainda, que pacientes que não receberem cuidados intensivos devem ter suas demandas atendidas em outra unidade com finalidade de controle dos sintomas, e de forma que os pacientes não se sintam abandonados. Desse modo, a escassez de recursos e vagas em UTI não deve ser vista como descontinuidade da assistência em saúde (NETO *et al.*, 2020).

Diante do cenário de pandemia de Covid-19 com escassez de respiradores, leitos de UTI, EPIs e falta de insumos básicos, a equipe médica tem o dever ético de proporcionar benefícios ao maior número de pacientes. Na tomada de decisão, o uso isolado do critério de idade cronológica deve ser desencorajado. Critérios como grau de fragilidade, idade biológica, os valores e preferência do paciente e seus familiares devem ser levados em consideração. Sempre que possível os familiares e paciente devem estabelecer uma comunicação clara com a equipe de saúde para que decisões sejam tomadas em conjunto (KRETZER, 2020).

A Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) tem o propósito de fortalecer tomadas de decisão para casos graves de doenças respiratória. Dentre os seus objetivos está a identificação oportuna de novos vírus ou subtipos com potencial epidêmico, identificação dos principais vírus

respiratórios circulantes e suas sazonalidades, e identificação oportuna do início do período epidêmico a cada ano (BRASIL, 2021).

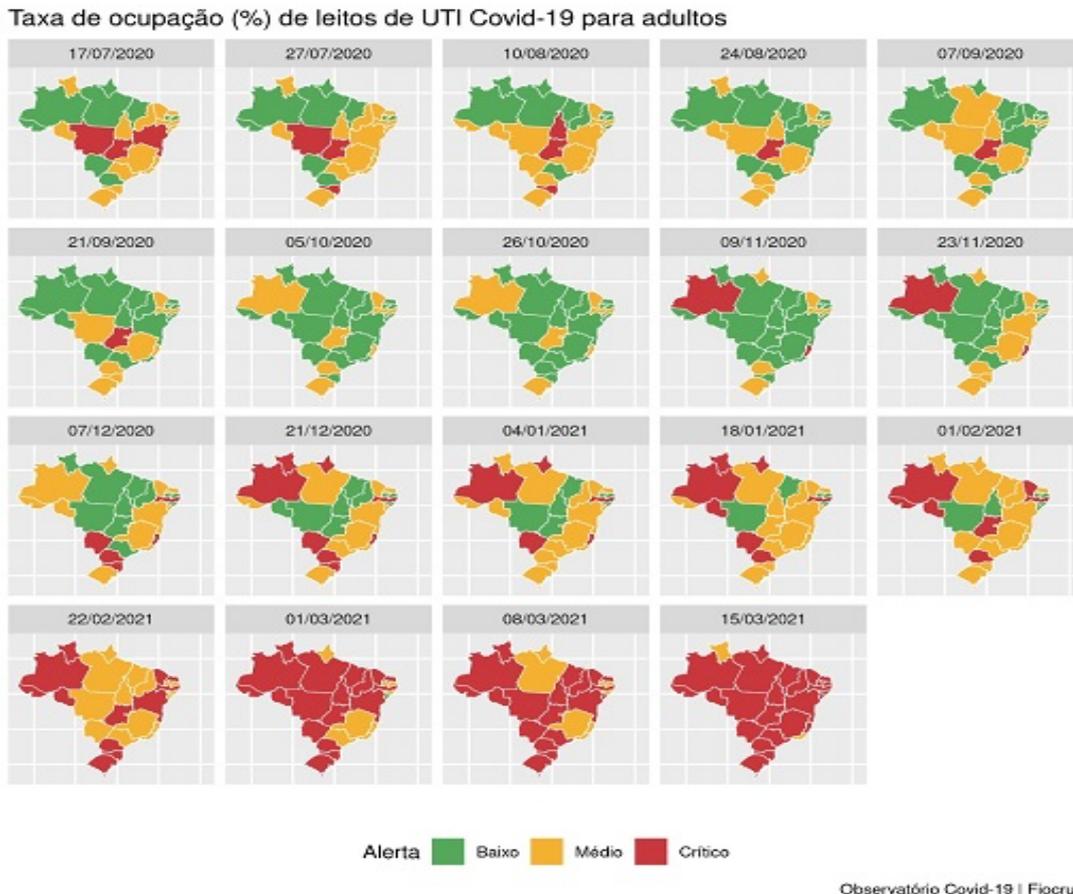
No que se refere a hospitalizações, estes indicadores são importantes para entender as pressões que o sistema de saúde pode sofrer em determinados períodos, sazonais ou não, ou mesmo em caso epidêmico ou pandêmico como atualmente. Os dados históricos do sistema de notificação nacional permitiram a rápida identificação do impacto da Covid-19 na rede hospitalar, manifesta como casos de SRAG inespecífica no início do processo de estabelecimento da transmissão comunitária no país, que ocorreu ainda em março de 2020, se antecipando à posterior confirmação laboratorial desses casos (BRASIL, 2021).

Estados brasileiros na região Norte (Amazonas, Pará), na região Nordeste (Ceará) e Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo), por meio de avaliações semanais, tiveram incidências muito altas de casos de Covid-19 desde as primeiras semanas de pandemia. Em contrapartida, na região Sul e Centro-Oeste, o aumento do número de casos de Covid-19 foi mais tardio.

Comparado com os casos de SRAG inespecífica de 2019, valores de incidência superiores a 0,9 casos por 100 mil habitantes já seriam muito altos no período em que foram avaliados. Foi observado que todos os Estados passaram desta marca em algum período de 2020 e o patamar atual em 2021 ainda permanece muito alto. Os estados do Amazonas, Rondônia, Roraima, Amapá, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Rio de Janeiro e o Distrito Federal chegaram a ter semana epidemiológica com valores superiores a 5 registros de óbito por 100 mil habitantes. Este é um importante indicativo da letalidade, que evidencia a importância da gestão adequada dos leitos nas UTIs destinadas para os pacientes com Covid-19 (BRASIL, 2021).

Na figura abaixo pode-se acompanhar a ocupação dos leitos de UTI destinados aos pacientes com Covid-19 nas capitais brasileiras entre os meses de junho a setembro de 2020.

Figura 2. Taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos nas unidades federativas. Brasil, julho/2020 a março/2021.



Fonte: BRASIL, 2021.

A capacidade hospitalar de surto abrange um *continuum* de cuidados convencionais (espaços usuais, equipe e recursos), contingência (atendimento funcionalmente equivalente usando espaço de atendimento não tradicional ao paciente, equipe e recursos) e crise (suficiência de atendimento em um ambiente de recursos escassos) (SPRUNG *et al*, 2010). O plano institucional que estrutura a rede hospitalar deve levar em conta a prestação de cuidados em todo esse espectro de capacidade de surto, de modo que o número máximo de pacientes possa ser tratado durante cada resposta em fases apropriada às demandas. (RASCADO *et al*, 2020; YANG *et al*, 2020).

Frente a decisões complexas ao alocar recursos escassos no contexto atual de pandemia, a AMIB, Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMED), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Federal de fisioterapia colocaram a disposição protocolos que incluem modelos de triagem como ferramenta para auxiliar as equipes de saúde na tomada de decisões na alocação de leitos de UTI e ventiladores. Um dos instrumentos utilizados são os escores Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) e o Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE), que são amplamente utilizados pelas equipes médicas, e também o escore criado pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que em situação de empate pode ser utilizado o escore de fragilidade clínica (KRETZER, 2020; MORENO, 2017; FREITAS *et al*, 2014; PRADO *et al.*, 2015).

O Conselho de enfermagem também desenvolveu no início da pandemia diretrizes específicas que guiam em formato de protocolos medidas para treinamento intensivo, a formação para equipe de escalas rápidas, bem como esclarecimentos sobre medidas educativas e farmacológicas no âmbito da UTI e também escalonamento de equipamentos de segurança. Também, com o proposito segurança e imperativo bioético, o conselho de fisioterapia publicou no início da pandemia um protocolo de manejo do paciente crônico grave por Covid-19, chamando atenção para procedimentos de segurança do profissional, do paciente e da equipe da Unidade. Os instrumentos permitem a estratificação da gravidade e disfunção orgânica do paciente. Na figura 3 é especificado o conceito e suas diretrizes sumariamente (KRETZER, 2020).

Figura 3. Protocolos desenvolvidos pelos principais conselhos profissionais da equipe de UTI

Protocolos/Diretrizes	Ações
Sequential Organ Failure Assesment (SOFA)	Avalia as funções respiratória, hematológica, hepática, cardiovascular e neurológica. Importante diferencial nesse escore é o seguimento diário de cada função desses órgãos, que é a característica mais determinante para o

	diagnóstico, tratamento e custo hospitalar.
Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE)	Índice prognóstico que descreve a gravidade de populações de pacientes críticos e indica ou contraindica o uso de determinada terapêutica
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Escore de fragilidade clínica para análise dos custos e benefícios com vistas a orçamentos ótimos em saúde.
Diretrizes para equipe de enfermagem com adequações organizativas de UTI - Covid-19	Protocolo de medidas treinamento intensivo; formação para equipe de escalas rápidas; medidas educativas e farmacológicas; escalonamento de equipamentos de segurança;
Protocolo Manejo Fisioterapêutico Covid-19	Procedimentos específicos para manejos que geram aerossóis e medidas de controle de segurança

Fonte: organização própria

Os protocolos para alocação de recursos permitem uma distribuição mais justa de recursos e diminuem decisões baseadas em critérios frágeis e deixam pacientes e familiares mais seguros sobre as condutas tomadas pela equipe de saúde (KRETZER, 2020). Torres-González *et al*, (2020) apontam que surtos e pandemias podem exigir expansão máxima viável de capacidade tanto tecnológica quanto de capacitação de profissionais para atuarem nas UTIs. O número máximo de UTIs viável é variável entre instituições e países e será determinado pelo número de pacientes em excesso na UTI, a proporção usual de leitos na UTI da população total e a expansão máxima viável. Recomenda-se uma meta de expansão de 300%, mas muitas instalações podem não ser capazes de atingir essa meta e devem considerar a expansão em fases para dobrar a capacidade (OPAS, 2021).

Ao relacionar dados de leitos de UTI, ventiladores e respiradores com dados de internações em UTI em 2019 verificou-se a correlação entre o nível de prontidão de regiões de saúde e a taxa de mortalidade por doenças semelhantes em 2018, como medida de vulnerabilidade ao Covid-19. E conclui que, como verificado em outros países, é provável que os efeitos da pandemia sejam diferenciados entre as regiões do país, e que nos locais mais afetados espere-se um rápido aumento na demanda por serviços de saúde, principalmente por leitos hospitalares em UTI (ROCHE *et al*, 2020).

Percebeu-se uma lacuna de artigos específicos publicados na literatura médica sobre ética e situações morais das crises epidemiológicas. Contudo, a maioria dos estudos encontrados enfatiza a necessidade de adotar o processo de alocação de recursos com premissas éticas. Também ressaltam a urgência de oferecer alternativas de qualidade para aliviar os sintomas em casos com baixa progressão da doença (RUBIO,2020).

Outrossim, vê-se a necessidade de aplicar o princípio da justiça a todos os pacientes de maneira uniforme, e não apenas seletivamente com base em seu perfil clínico ou problemas crônicos de saúde (RASCADO, 2020). Neste sentido, embora haja consenso de que devesse tentar maximizar o número de pessoas que serão beneficiadas com sobrevida livre de invalidez pós alta hospitalar e número de anos de vida salvos, os estudos separam a decisão de alocação de recursos da idade cronológica do paciente como a única estratégia válida, sendo que também existe a possibilidade de avaliações variáveis como o grau de fragilidade decorrente da vulnerabilidade biológica dos pacientes (VERGANO *et al.*, 2020; PEMBERTON *et al.*, 2020). Aquém do desenvolvimento de estratégias proativas de forma gradual baseadas em avaliações epidemiológicas e conhecimento clínico, o processo de transitar com uma crise de saúde pública requer reflexão sobre valores de responsabilidade sensibilidade e racionalidade das ações coletivas e individuais das equipes que trabalham na UTI.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Edição Especial do Boletim Observatório Covid-19 FIOCRUZ**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021.

Available

at:https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso: 12.09.2021.

CANABAL B A. Prognostic factors of neurological outcome after cardiac arrest. **Medicina intensiva**, v. 44, n. 8, p. 461-462, 2020. DOI: 10.1016/j.medine.2020.03.004. Acesso: 12.09.2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União 2016; 1:138-9.

FREITAS, G R C de *et al.* Relationship between Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) and intra-abdominal pressure in intensive care unit. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo) [online]. 2014, v. 27, n. 04, pp. 256-260. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400007>>. ISSN 0102-6720. <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400007>. Acesso: 12.09.2021.

KRETZER, L. (org). *Recomendações da Amib (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), Abramede (Associação Brasileira de Medicina de Emergência), SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por covid-19* [Internet]. São Paulo: **Amib**, 2020. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio. acesso: 12.09.2021.

MORENO, R P.; NASSAR, AP. O APACHE II é uma ferramenta útil para pesquisa clínica?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [online]. 2017, v. 29, n. 3 [Acessado 12 Setembro 2021] , pp. 264-267. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170046>>. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170046>.

NETO, PKS; PESSALACIA, JDR; COSTA, BE *et al.* *Bioética e a alocação de recursos nos cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19: percepção de profissionais de saúde*. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.4167> . Acesso: 12.09.2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); **Evidence and Intelligence for Action in Health (EIH)** (Washington, D.C., OPAS, 2021-06-24). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52737>. Acesso: 10.09.2021.

PEREIRA, E.F. A pandemia de Covid-19 na UTI. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, p. 49-70, 2021. <https://www.scielo.br/j/ha/a/BWvrvNGRfNjhnPXSvTpphr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 12.09.2021.

PRADO, CCL. A adoção do limite custo-efetividade na incorporação de tecnologias no SUS—o que se pode esperar. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 4, p. 3127-3149, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3317>. Acesso: 10.09.2021.

RASCADO Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, et al. Contingency plan for the intensive care services for the COVID-19 pandemic. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. **Med Intensiva** (Engl Ed). 2020;44(6):363-370. doi:10.1016/j.medin.2020.03.006.

RUBIO O, ESTELLA A, CABRE L, *et al.* Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. **Med Intensiva** (Engl Ed). 2020 Oct;44(7):439-445. Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2020.04.006. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32402532; PMCID: PMC7158790.

SPRUNG CL, ZIMMERMAN JL, CHRISTIAN MD, et al; European Society of Intensive Care Medicine Task Force for Intensive Care Unit Triage during an Influenza Epidemic or Mass Disaster. **Intensive Care Med**. 2010 Mar;36(3):428-43. doi: 10.1007/s00134-010-1759-y. Epub 2010 Feb 5. PMID: 20135090; PMCID: PMC7079971. Acesso: 10.09.2021.

TORRES-GONZÁLEZ JI, ARIAS-RIVERA S, VELASCO-SANZ T, *et al.* O que aconteceu com os cuidados durante a pandemia COVID-19? O que aconteceu com os cuidados durante a pandemia COVID-19? **Enferm Intensiva (Inglês Ed)**. 2020; 31 (3): 101-104. doi: 10.1016 / j.enfi.2020.07.001.

WU Z, MCGOOGAN JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**. 2020 Apr 7;323(13):1239-1242. doi: 10.1001/jama.2020.2648. PMID: 32091533.

YANG, X; YU, Y; XU, Jiqian, *et al.* Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 8, n. 5, p. 475-481, 2020. Disponível em: DOI:[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5). Acesso: 12.09.2021.