

## **COVID-19 E O FIM DA VIDA: QUEM SERÁ ADMITIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA?**

(Siqueira-Batista, Gomes, Braga, Costa, Thomé, Schramm, Sales Júnior, Fortes, Rego, Sales Júnior, Santos, Marinho, 2020)

A COVID-19 – doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 – se tornou um grande desafio para as sociedades contemporâneas, em termos clínicos e de saúde pública, desde seu reconhecimento na China, em dezembro de 2019<sup>1</sup>. O fato de se tratar de (1) um vírus novo, para o qual os seres humanos não têm imunidade –, (2) altamente transmissível (cada infectado, mesmo assintomático, pode transmitir o patógeno, em média, para três pessoas) e (3) capaz de desencadear quadros graves – com necessidade de internação hospitalar e, por vezes, de ventilação mecânica – tem produzido uma significativa pressão, sem precedentes, nos sistemas de saúde de diferentes regiões do planeta, muitas vezes com consequências devastadoras para as populações atingidas.

Dado o exponencial crescimento do número de doentes por COVID-19, os já escassos recursos e infraestruturas destinados à atenção à saúde têm se tornado ainda mais insuficientes. De fato, estão contabilizados no Brasil, atualmente (24/05/2020), cerca de 352 mil casos com mais de 22.000 mortes.<sup>2</sup> De acordo com os dados dos 44.672 casos confirmados, estudados na China, a doença – de branda a moderada – responde por cerca de 81%, de modo que o número de pacientes com moléstia grave, necessitando de hospitalização, pode chegar a 19%; aproximadamente 5% do total de casos diz respeito a pacientes críticos, que necessitam de suporte de terapia intensiva.<sup>3</sup> No Brasil não há clareza sobre a distribuição dos casos, por gravidade. De um modo geral, trabalha-se com números subestimados e atrasados, em um contexto de inexistência ou lentidão dos exames confirmatórios, o que dificulta muito a realização dos cálculos efetivos sobre as necessidades reais de insumos, desde respiradores até equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde. A situação torna-se ainda mais complexa, ao se reconhecer as históricas deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS) – oriundas do subfinanciamento e manifestas em termos de recursos humanos, físicos e tecnológicos –, as quais têm contribuído para que o sistema, genuíno patrimônio da sociedade brasileira, trabalhe praticamente no limite, já em tempos *não-pandêmicos*.

Com efeito, os leitos existentes na rede pública não são suficientes para o quantitativo de pacientes que necessitam de atendimento. Além disso, os leitos da rede privada, até o momento não disponibilizados para todos, desenham uma significativa inequidade de acesso, o que permite que a injustiça já comece no início do percurso terapêutico dos pacientes com COVID-19: ou seja, aqueles que têm mais recursos e melhor nível socioeconômico acessam mais facilmente os bons cuidados de saúde.

O cenário se apresenta, então, do seguinte modo: o SUS – que, a despeito da extrema relevância para os cidadãos brasileiros, trabalha no limite para a oferta dos serviços de saúde adequados, nos diferentes níveis de atenção, mas, especialmente no âmbito terciário, por conta das restrições orçamentárias e das escolhas políticas que desvalorizam o acesso universal – receberá um aumento extraordinário do número de pacientes com necessidade de internação hospitalar, em unidade de terapia intensiva (UTI). Assim, o insuficiente número de leitos disponíveis tem levado a situações nas quais se torna necessário decidir quais enfermos terão acesso aos cuidados intensivos. Com base nessas

<sup>1</sup> WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

<sup>2</sup> WORLDOMETER: real time world statistics. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

<sup>3</sup> WU, Z.; MCGOOGAN, J. 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. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>.

considerações, o presente ensaio tem por objetivo discutir essa questão, de modo a fornecer subsídios para auxiliar o processo decisório das equipes responsáveis pela assistência.

A decisão acerca de qual paciente deverá ser admitido na UTI deverá se pautar em duas dimensões principais – técnica e ética – dado seu pertencimento ao âmbito do cuidado à saúde. De fato, todas as decisões tomadas por profissionais de saúde são matizadas por valores – ou seja, são *também* escolhas morais –, mesmo que isso não seja imediatamente perceptível. O trabalho em saúde pertence à esfera do cuidado ao outro, o que o coloca no âmbito da *práxis* – e da ética –, por mais que a biotecnociência interponha mediações técnicas ao saber-fazer do profissional, na expectativa de minimizar as incertezas e a impermanência das “verdades”, aspecto particularmente relevante no contexto da pandemia de COVID-19.

Do ponto de vista técnico, deve-se considerar que a história do SARS-CoV-2, apesar de curta, é extremamente complexa. Muitas análises de casos têm sido publicadas, em diversos lugares do mundo, mas inúmeras dúvidas ainda persistem. Sabe-se da maior letalidade e do pior prognóstico da doença em pessoas idosas, sobretudo naquelas maiores de 80 anos. Tem sido descrito, igualmente, que indivíduos com comorbidades – como hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca isquêmica, diabetes mellitus, imunodepressão e câncer – têm piores prognósticos, com letalidades mais altas, como visto por Wu e Mcgoogan (2020)<sup>4</sup>, na China, e também na Itália<sup>5</sup> e nos Estados Unidos.<sup>6</sup>

Do ponto de vista ético, há pressupostos acerca dos quais não se pode abrir mão. Propõe-se, com efeito, que não sejam utilizados como critérios, em nenhuma hipótese, sob pena de se incorrer em flagrante discriminação, os seguintes elementos: etnia; cor; raça; religião; gênero; orientação sexual; condição/status social; origem geográfica/naturalidade; nacionalidade; nível de instrução/escolaridade; concepções políticas; antecedentes criminais; existência de desordens psíquicas; existência de deficiências; profissão; e idade. O fundamento que sustenta a NÃO estratificação dos pacientes a partir dos quesitos mencionados se refere ao reconhecimento da dignidade da pessoa humana e da intangibilidade de cada vida – inquestionavelmente, *cada um vale um*<sup>7</sup> – em face da qual é inadmissível qualquer posicionamento preconceituoso que contenha, mesmo que remotamente, a possibilidade de consideração de que há vidas com menor valor do que outras.

Antes de abordar o processo de escolha *per se*, cabem algumas relevantes considerações para minimizar o impacto do desequilíbrio entre o número de pessoas necessitando de UTI e as vagas disponíveis e para reduzir a desigualdade do acesso aos serviços de saúde:

(1) Ampliação no número de leitos de UTI, com a contratação de profissionais habilitados para a oferta de cuidados intensivos e disponibilização dos insumos necessários às ações de cuidado, incluindo o suporte vital e a oferta adequada – quantitativa e qualitativamente – de EPI;

(2) Criação de uma *fila única* para a disponibilização das vagas, em leitos públicos e privados, dirigidas ao atendimento de doentes com COVID-19, em estado grave; neste âmbito, o acesso às UTI

<sup>4</sup> WU, Z.; MCGOOGAN, J. *op. cit.*

<sup>5</sup> ONDER, G.; REZZA, G.; BRUSAFERRO, S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. JAMA. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763667>

CECCONI, M. et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764365>

<sup>6</sup> RICHARDSON, S. et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>.

<sup>7</sup> O reconhecimento da dignidade da pessoa humana envolve um tipo de paradoxo bastante peculiar, já que, ao se reconhecer que cada indivíduo é único (um “fim em si mesmo”, na linguagem de Immanuel Kant), deve-se assumir – igualmente – que, no limite, não pode haver medida de equiparação entre as vidas das pessoas. A igualdade, neste caso, só pode ser “afirmada” na hipótese de acolher-se, justamente, a incomensurabilidade de cada vida humana, ou seja, cujo valor não coincide com mais nada além de si mesma, em sua irredutível singularidade. É nisso que consiste, em última instância, o verdadeiro nó problemático da articulação entre igualdade e dignidade. Tal é o paradoxo, enfim! Há algo de conceitualmente perturbador na tentativa de conciliação dessas ideias – igualdade e dignidade – que parece relevante ser apontado, pois disso depende também o reconhecimento de que os próprios critérios que devem ser produzidos para orientar as decisões são, de princípio, também o resultado das escolhas adotadas, de “pressupostos” e “premissas” que são assumidas em relação também ao que se julga ser o melhor para a sociedade.

levará em consideração a gravidade do caso e a ordem de inclusão na fila de internação, independente do enfermo possuir plano privado de assistência médica e hospitalar. Projeto de Lei com tal proposta já está em tramitação na Câmara dos Deputados.<sup>8</sup>

(3) Implantação de uma Comissão de Triagem Hospitalar, envolvendo profissionais da saúde com experiência em terapia intensiva, urgência/emergência e bioética, os quais poderão avaliar os critérios de indicação de UTI para o enfermo em tratamento para a COVID-19.

A despeito da adoção dessas condutas, haverá – ainda assim – situações limítrofes nas quais a escolha entre pacientes, com *inequívoca indicação de UTI*, deverá ser conduzida pela equipe de saúde responsável pelo cuidado aos pacientes. Nesses casos, na dependência dos quesitos anteriormente arrolados, recomenda-se que:

(I) O diálogo, essencial ao processo decisório, seja conduzido com a participação da equipe multiprofissional do serviço de urgência e/ou de UTI, com a consideração dos aspectos éticos e técnicos implicados na questão, buscando a decisão mais racional e/ou razoável dentro das possibilidades impostas pela situação.

(II) Sejam compostas, em cada hospital, comissões consultivas formadas por dois ou mais profissionais externos à equipe para, diante do caso, emitirem seu parecer, a fim de diminuir a existência de vieses de escolha, configurados no cuidado daqueles pacientes pela equipe condutora do caso.

(III) A consulta ao paciente – caso seja possível – ou à família é essencial nesse processo, para que se tenha clareza dos eventuais desejos do enfermo, no que concerne ao fim de vida e à sua qualidade, com destaque especial às Diretivas Antecipadas da Vontade.<sup>9</sup> Nesse sentido, conhecer o ponto de vista do paciente, ou de seu representante legal, é aspecto considerado fundamental para a análise da situação.

(IV) A escolha deverá priorizar o enfermo com maior potencial de recuperação, utilizando-se para isso critérios objetivos e transparentes, baseados nos escores de gravidade internacionalmente aceitos, com destaque para o SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) e o APACHE (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*);<sup>10</sup> propõe-se que tais escores sejam utilizados combinadamente, se possível; devem ser proscritas as avaliações baseadas no julgamento clínico individual,<sup>11</sup> dada a possibilidade de viés e de inconsistência dos quesitos utilizados.

(V) Ao se considerar a avaliação estabelecida no item IV, uma estimativa sobre os níveis de prioridade deverá ser considerada para subsidiar a decisão acerca do enfermo que terá acesso à UTI. Nesse sentido, a categorização proposta na Resolução CFM Nº 2.156/2016<sup>12</sup> poderá ser utilizada para tal finalidade, nos seguintes termos: “*Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. [...] Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. [...] Prioridade*

<sup>8</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/658677-projetos-criam-fila-unica-para-atender-pacientes-com-covid-19-em-utis-publicas-e-privadas/>

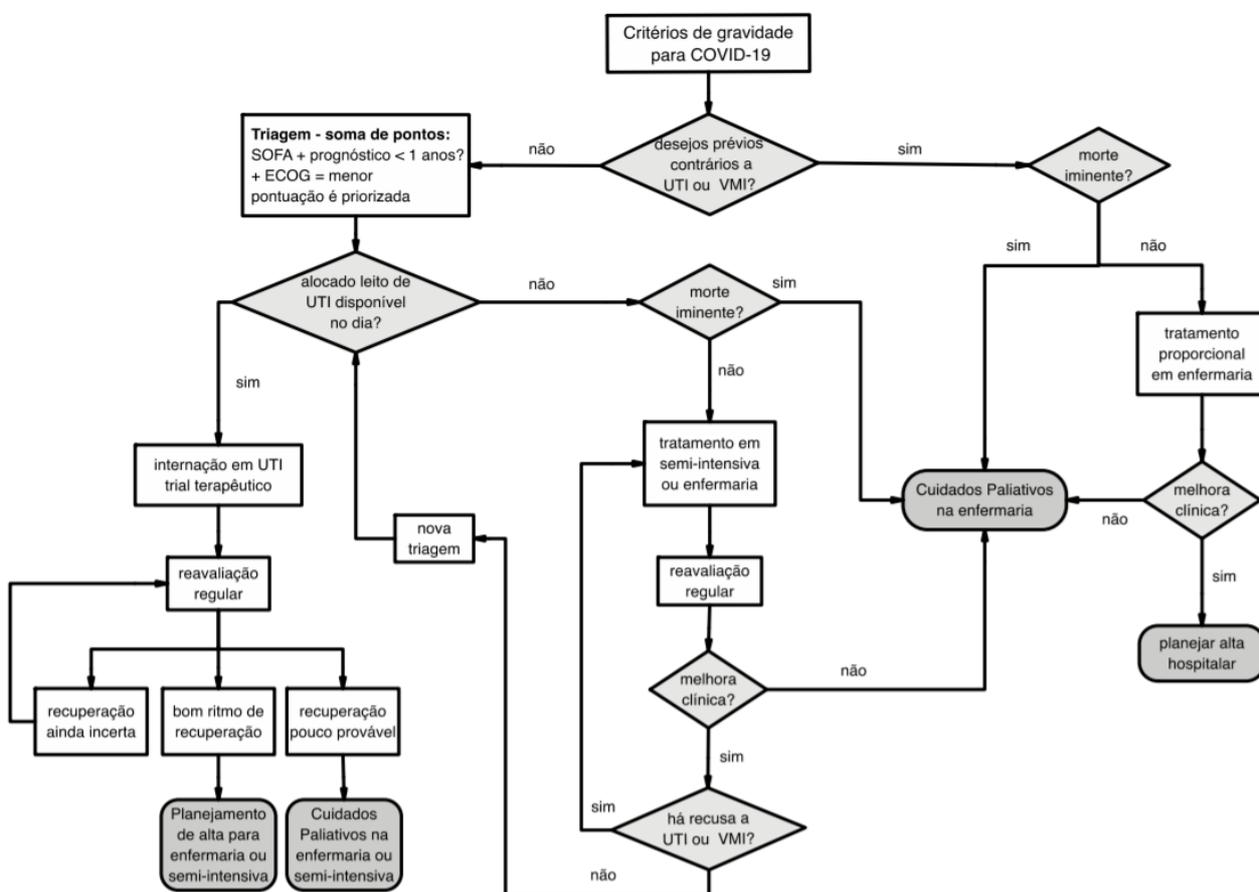
<sup>9</sup> CFM. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.

<sup>10</sup> Há diversidade quanto à opinião do uso de scores de gravidade para prever a morte de pacientes em UTI. Contudo, a utilização destes é prática frequente e abordada pela literatura científica da área, com razoáveis resultados na predição da letalidade e do prognóstico. Para aprofundamento, pode-se consultar: FERREIRA, F. L. et al. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*, v. 286, n. 14, p. 1754-8, 2001.; e KEEGAN, M.T.; SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 264-9, 2016.

<sup>11</sup> 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. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/VJS01\\_maio\\_-\\_Versa\\_o\\_2\\_-\\_Protocolo\\_AMIB\\_de\\_alocac\\_a\\_o\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-_Versa_o_2_-_Protocolo_AMIB_de_alocac_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf).

<sup>12</sup> CFM. Resolução CFM Nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. [...] Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. [...] Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”.<sup>13</sup> Cabe destacar recente documento – publicado pela AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), pela ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e pela ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) – que propõe um protocolo de alocação de recursos, em situação de seu esgotamento no âmbito da pandemia de COVID-19, levando em consideração aspectos técnicos e éticos, conforme sumarização apresentada no fluxograma a seguir.<sup>14</sup>



**Fonte:** Reproduzido de *Recomendações da AMIB, ABRAMEDE e ANCP de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19* (2020, p. 10).

(VI) O processo de seleção, ora em discussão, deverá abranger *todos os enfermos que necessitam de terapia intensiva* e não apenas aqueles infectados por SARS-CoV-2, ou seja, não deverá haver priorização, de nenhuma ordem, em relação ao tipo de enfermidade apresentada pelo paciente.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> CFM. Resolução CFM Nº 2.156/2016. *op. cit.*

<sup>14</sup> Recomendações da AMIB, ABRAMEDE e ANCP. *op. cit.*

<sup>15</sup> Aqui deverá ser considerado, também, o paciente com doença de base incurável, a depender do seu estado geral e das possibilidades de sobrevida com qualidade.

(VII) O sistema decisório proposto deverá ser objeto de constante processo de avaliação, para que os ajustes necessários – à luz dos avanços do conhecimento ético e científico – possam ser incorporados, com vistas ao aprimoramento da tomada de decisão, em benefício das pessoas que necessitam de cuidados intensivos.

Pode-se sumarizar os quesitos sugeridos para subsidiar o processo decisório nos seguintes termos: *a avaliação sobre qual enfermo deverá ser admitido na UTI, em um contexto de emergência sanitária por COVID-19 e de insuficiência do número de leitos de terapia intensiva, deverá considerar o respeito à autonomia do paciente – consubstanciada em seus desejos acerca do fim de vida (sua manifestação explícita sobre sua condição ou suas diretivas antecipadas ou a posição de seu representante legal) – e uma estimativa cientificamente válida do potencial de recuperação do enfermo e das perspectivas de qualidade de vida após a alta hospitalar; em nenhuma hipótese poderão ser utilizados critérios que possam configurar discriminação de qualquer natureza.*

Uma vez tomada a decisão, recomenda-se a adoção das seguintes condutas adicionais – atinentes (i) à transparência do processo decisório, (ii) à perspectiva de manutenção do cuidado em qualquer circunstância e (iii) à condução do fim de vida nos termos da bioética da proteção e da compaixão laica<sup>16</sup> – as quais devem ser consideradas imprescindíveis de um ponto de vista técnico e ético:

(1) A decisão adotada deverá ser descrita no prontuário do enfermo que não for encaminhado para a UTI, de forma clara e distinta, de modo que não reste dúvida sobre os critérios adotados para a não internação.

(2) A família do enfermo não admitido na unidade de cuidados intensivos deverá ser devidamente comunicada da decisão, de forma clara e respeitosa, explicitando-se ao máximo o passo a passo do processo decisório.

(3) O paciente que não for atendido no processo de escolha deverá ser mantido em acompanhamento pela equipe de saúde, até o desfecho da situação – alta hospitalar ou óbito –, reconhecendo-se a importância da adoção dos cuidados paliativos para a oferta das melhores condições para uma *morte digna* – ou seja, sem sofrimento –, caso o desenlace fatal se estabeleça. Nesse sentido, em nenhuma hipótese será aceitável – e justificável – o abandono do paciente.

A discussão construída no presente manuscrito diz respeito a questões particularmente difíceis na esfera do cuidado à saúde. De um modo geral, profissionais de saúde não são treinados – na graduação e na pós-graduação – para decidir *quem irá para a UTI* em uma esfera de escassez de recursos, ainda que esta seja ocorrência relativamente frequente no cotidiano. A situação torna-se ainda mais grave em um contexto de pandemia, no qual o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de cuidados intensivos se agudiza de modo particularmente dramático. Cabe, aos profissionais envolvidos, a tentativa de manutenção da serenidade, passo fundamental para que uma análise racional e/ou razoável – baseada em critérios técnicos e éticos – possa subsidiar as melhores decisões em um cenário que, muitas vezes, se configura como genuína escolha se Sofia.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4 [citado 2020-05-13], pp.1241-1250. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400030&lng=pt&nrm=iso)

<sup>17</sup> PAKULA, A. J. A escolha de Sofia [filme]. Distribuição: Universal Pictures, 1982.

# OBSERVATÓRIO COVID-19

## INFORMAÇÃO PARA AÇÃO

### **Autores:**

Rodrigo Siqueira-Batista – UFV, FADIP, PPGBIOS, PQ CNPq, Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa. Contato: [rsbatista@ufv.br](mailto:rsbatista@ufv.br)

Andréia Patrícia Gomes – UFV, PPGBIOS

Luciene Muniz Braga – UFV

Alexandre da Silva Costa – Nubea/UFRJ, PPGBIOS, Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa

Beatriz Thomé – UNIFESP

Fermin Roland Schramm – ENSP/Fiocruz, PPGBIOS

João Andrade Leal Sales Júnior – INTO, Nubea/UFRJ, Sociedade de Bioética do Rio de Janeiro - regional da SBB, Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa

Pablo Fortes – ENSP/Fiocruz, PPGBIOS, GT Bioética Abrasco

Sergio Rego – ENSP/Fiocruz, PPGBIOS, PQ CNPq, GT Bioética Abrasco, Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa

Sônia Santos – UERJ, PPGBIOS, PPGECC/FEBF-UERJ

Suely Marinho – HUCFF/UFRJ, Nubea/UFRJ

**Contribuições:** Rodrigo Siqueira-Batista, Andréia Patrícia Gomes e Luciene Muniz Braga escreveram a primeira versão do texto, o qual foi debatido com os demais autores. Elaboraram-se, então, sucessivas versões, até a presente, considerada final, do manuscrito.

- Todos os autores participam do Observatório Covid-19, GT de Bioética, organizado na Fundação Oswaldo Cruz.
- Participam do GT de Bioética do Observatório Covid-19 docentes da: ENSP/Fiocruz, NUBEA/Ufrj, UERJ, UFF, UFV, UNIFESP; também, docentes do Programa de Pós-graduação em Bioética e Ética Aplicada (PPGBIOS), do GT Bioética da Abrasco, da Sociedade Brasileira de Bioética e de sua regional do Rio de Janeiro e da Rio de Janeiro Unit of the International Network of the Unesco Chair in Bioethics at Haifa.