

Priorização para garantir cuidado na pandemia COVID-19

Mirella Rebello Bezerra ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1130-1098>

Maria Júlia Gonçalves de Mello ²

 <https://orcid.org/0000-0003-4645-8343>

Jurema Telles de Oliveira Lima ³

 <https://orcid.org/0000-0003-2671-3570>

Zilda do Rêgo Cavalcanti ⁴

 <http://orcid.org/0000-0002-6106-7191>

Guacyra Magalhães Pires Bezerra ⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-1400-8666>

Laiane Moraes Dias ⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-6714-1970>

Priscilla Karen de Oliveira Sá ⁷

 <https://orcid.org/0000-0001-6066-9484>

Rui Nunes ⁸

 <https://orcid.org/0000-0002-1377-9899>

^{1,2,3,4} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: mirebello@outlook.com

⁵ Núcleo de Oncologia do Agreste. Caruaru, PE, Brasil.

⁶ Hospital Universitário João de Barros Barreto. Belém, PA, Brasil.

⁷ Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

⁸ Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Resumo

Objetivos: desenvolver um fluxo para garantir o atendimento a todas as pessoas com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda de forma equitativa e justa.

Métodos: a metodologia Delphi modificada foi utilizada para obter um consenso sobre um fluxo e um escore de priorização entre especialistas do Conselho Regional de Medicina, membros gestores do sistema de saúde e setor judiciário local.

Resultados: a priorização foi baseada na insuficiência aguda de órgãos, comorbidades, fragilidade e funcionalidade. O escore foi incorporado ao fluxo como fase final para construção da lista ordenada de pacientes que serão encaminhados para terapia intensiva, sempre que houver ventilador disponível. Pacientes com pontuações mais baixas devem ter prioridade de acesso à UTI. Pacientes com pontuações mais altas devem receber cuidados paliativos associados às medidas curativas disponíveis. No entanto, medidas curativas devem ser proporcionais à gravidade da situação clínica global e ao prognóstico.

Conclusão: esta ferramenta pôde e poderá evitar que pacientes sejam excluídos do acesso aos cuidados de saúde necessários para que suas demandas sejam avaliadas, seu sofrimento diminuído e suas doenças curadas, quando possível.

Palavras-chave SARS-CoV-2, COVID-19, Insuficiência respiratória, Ética baseada em princípios, Cuidados críticos, Cuidados paliativos



Introdução

O grande aumento do número de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) consequente a pandemia do SARS-CoV2 vinha criando um desequilíbrio entre necessidades clínicas da população e a disponibilidade de recursos avançados de suporte à vida em vários lugares do mundo.^{1,2} Isto nos obrigava a considerar quais deveriam ser os princípios clínicos e éticos para orientar as tomadas de decisão, sendo necessário integrar vários critérios em uma única ferramenta para priorizar quais pacientes deveriam acessar primeiro os cuidados intensivos e os ventiladores mecânicos, em particular.³⁻⁵ Havia também o imperativo ético de garantir atendimento digno a todos os doentes que não poderiam ser priorizados devido a escassez de recursos durante a pandemia, bem como àqueles não tinham indicação ou não desejavam suporte artificial de vida.⁶⁻⁸

A triagem deve ser evitada sempre que possível, mas, quando necessário, há uma obrigação de respeitar os direitos humanos e as leis humanitárias, especialmente com referência à Convenção de Genebra de 1864 e à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.⁵ Quando ocorrem escassez de recursos, os princípios da ética biomédica e do direito internacional determinam que os protocolos de triagem sejam usados para orientar a alocação de recursos.⁹ O direito internacional exige ainda um plano de triagem que ofereça equitativamente a todas as pessoas a "oportunidade" de sobreviver.⁸ No entanto, essa lei não garante sobrevivência ou tipo de tratamento.⁹

Apesar disto, estudos revelam que o processo de triagem geralmente não é oficial e seus aspectos práticos são implementados de diferentes maneiras, sem diretrizes claras, concisas e explícitas, sendo a triagem muitas vezes percebida como inadequada ou mal organizada pelos pacientes, levantando desafios éticos específicos para os prestadores de cuidados de saúde.¹⁰ O planejamento da triagem pode ser definido como o processo de estabelecer critérios para a priorização da atenção à saúde e deve permitir que a sociedade possa ver, de forma clara e transparente, os casos no contexto de diversas perspectivas, a realidade de recursos limitados e as altas demandas de assistência à saúde.^{8,11}

Um estudo de revisão agrupou os fatores identificados na priorização dos pacientes em duas categorias: médicas (necessidade clínica, probabilidade de benefício e capacidade de sobrevivência) e não médicas (salvar mais vidas, primeiro os mais jovens, preservar a função da sociedade, proteger grupos vulneráveis, recursos necessários e imparcialidade

da seleção).¹⁰ Alguns autores acreditam que a triagem sempre deve seguir critérios médicos já estabelecidos, não podendo se basear em nenhum outro princípio.⁵ Somado a isto, a triagem implica numa reavaliação constante dos pacientes, considerando que as condições clínicas deles e os recursos disponíveis mudam continuamente.^{5,8}

Assim o objetivo deste estudo foi desenvolver colaborativamente um fluxo para garantir o atendimento as pessoas com SRAG, de forma equitativa e justa, fazendo o melhor uso de todos os recursos disponíveis da rede de saúde local.

Métodos

Para a elaboração do Fluxograma Prático para Tomada de Decisão (FPTD), utilizou-se a metodologia Delphi modificada, que é uma estratégia para estabelecer a validade de conteúdo de instrumentos, permitindo ouvir e analisar, de forma sistemática, opiniões de especialistas com vistas à obtenção de um consenso sobre determinado instrumento ou critério.¹² São utilizados questionários aplicados por meio de um processo iterativo conhecido como rodadas.¹²

Inicialmente (1ª fase), um grupo de quatro médicos especialistas em terapia intensiva, geriatria, oncologia e medicina paliativa, estabeleceu o FPTD piloto a partir de uma revisão de escopo da literatura.

Na 2ª fase (1ª rodada Delphi), foram convidados a participar do consenso, por correio eletrônico (e-mail), 15 médicos membros das Câmaras Técnicas/Temáticas de Medicina Intensiva, de Geriatria, de Oncologia, de Nefrologia, de Cuidados Paliativos e de Bioética do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE). Foi considerado consenso quando as fases do fluxo tiveram nível de concordância maior que 50%. As áreas de não consenso foram analisadas pelas pesquisadoras e ajustes sugeridos nesta etapa foram implementadas.

Na 3ª fase (2ª rodada Delphi), foi reenviada o fluxo com as mudanças sugeridas na etapa anterior, sendo considerado consenso quando as fases do fluxo tiveram nível de concordância maior que 80%. Nesta etapa, os *experts* também foram questionados sob o formato que este material deveria chegar os médicos dos serviços de urgência.

Durante os ciclos de aplicação dos questionários, os *experts* não tiveram acesso à identificação de seus pares.

O FPTD aprovado pelos *experts* foi levado para análise pelos Conselheiros do CREMEPE (4ª fase), bem como pelos membros gestores do sistema de saúde (5ª fase) e do setor judiciário local (6ª fase).

Resultados

Primeira fase

Após revisão ampla da literatura, considerando artigos científicos, bem como guidelines de organizações, o FPTD piloto recomendava avaliar fragilidade em idosos, bem como buscar comorbidades graves que indicassem cuidados paliativos para doentes com doenças avançadas.¹³⁻²⁰

Segunda fase

Na 1ª rodada Delphi, o FPTD foi apresentado aos 15 *experts* no formato de cartaz digital, seguido de perguntas com campo para marcar “concorda” ou “discorda” em cada etapa da ferramenta construída, bem como para sugestões ou comentários. Esta etapa foi respondida por 12 médicos (80,00%). Apesar de comentários positivos sobre os aspectos analisados na tomada de decisão, não houve nível de concordância maior que 50% em aspectos cruciais. A principal delas foi a crítica da análise da idade como primeiro parâmetro, por configurar ageísmo, apesar da compreensão do objetivo ser guiar o médico a avaliar fragilidade em idosos.

Na sequência, era sugerido busca de comorbidades graves com sobrevida curta, com base no *Supportive and Palliative Care Indicators Tool* (SPICT), que é um instrumento baseado em indicadores clínicos de doença avançada para integração do Cuidado Paliativo na saúde.²¹ A presença de fragilidade ou comorbidade grave direcionava o doente para cuidados paliativos exclusivos, mesmo sem a discussão prévia com médico assistente do doente. A crítica neste ponto era que a decisão ficou dicotômica, sem considerar gravidade das comorbidades e da fragilidade, entendendo que há um espectro de gravidade do adoecimento que implica diretamente em diferentes prognósticos.

Somado a isto, foi questionado por que não havia um escore para priorização dos doentes para assistência ventilatória artificial que pudesse ordenar o acesso de forma justa. No formato que estava, o primeiro chegar ao serviço de saúde, seria o primeiro a entrar na lista, e conseqüentemente o primeiro a acessar um leito de UTI. Uma nova revisão da literatura, evidenciou que de acordo com os princípios bioéticos de atendimento em catástrofes, como uma pandemia, deve-se evitar critérios como o “primeiro a chegar, primeiro a ser servido” e “mais doente primeiro”, visto que recursos da sociedade como um todo podem ser desperdiçados, não sendo justo proceder de tal forma. Assim, alguns autores sugerem valorizar o princípio inquestionável de maximizar o “número de vidas salvas” associando

ao de “anos de vida ganhos”, além de o “cumprimento do ciclo de vida”.^{1,2,5}

Para fundir esses três princípios em uma estratégia de ação, a *Sociedad Española De Anestesiología, Reanimación Y Terapéutica Del Dolor* recomendou a escala adaptada da de White *et al.*⁴ Tomando esta orientação como base, um Escore Unificado de Priorização para UTI (EUP-UTI) foi desenvolvido, pelo pesquisador principal, para graduar os doentes sobre vários aspectos, com o objetivo de oferecer os cuidados de forma mais adequada possível do ponto de vista técnico, bioético e legal.

Com o objetivo de prever sobrevivência a curto prazo para maximizar o “número de vidas salvas”, o item 01 do EUP-UTI deve determinar o *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA).^{9,22} No escore de priorização recomendado pelo CREMEPE para uso no Estado de Pernambuco, o SOFA foi simplificado com base na literatura e na experiência clínica dos *experts* da terapia intensiva do CREMEPE para possibilitar a sua aplicação em ambiente de emergência, onde muitas vezes não temos todos os exames laboratoriais disponíveis, como gasometria e bilirrubinas.

Para avaliar as chances de sobrevivência a longo prazo para maximizar os “anos de vida ganhos”, White *et al.*⁴ sugeria avaliar comorbidades, entretanto não oferecia critérios objetivos. Um outro estudo recente sugeria avaliar sobrevida em 5 anos e 1 ano, dependendo das comorbidades. (1) Por outro lado, o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) havia sido usado pelos pesquisadores deste estudo numa coorte de oncogeriatria local, sendo de fácil aplicação e tendo demonstrado ser fator prognóstico para infecção, internação e óbito entre idosos com câncer.²³⁻²⁵

Entretanto, o ICC carece da avaliação da presença de fragilidade. Sabe-se que ela representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, frequente entre os idosos, causada pela diminuição da reserva homeostática que leva o organismo a incapacidade de enfrentar eventos adverso, aumento da probabilidade de morte, mesmo na ausência de qualquer outra doença.²⁶ E que dentre as ferramentas diagnósticas existentes, a *Clinical Frailty Scale* (CFS),²⁷ esta validada para uso em idosos no Brasil e tem rápida aplicação, podendo ser utilizada no contexto da urgência.

Desta forma, o item 02 do EUP-UTI deve determinar o ICC e o CFS, considerando o que obter a pontuação de maior gravidade, para avaliar as chances de sobrevivência a longo prazo objetivando maximizar os “anos de vida ganhos”. Para permitir o

“cumprimento do ciclo de vida”, White *et al.*⁴ pontuou de forma diferente faixas etárias. Assim, o item 03 do EUP-UTI manteve esta recomendação. O EUP-UTI ficou com 3 itens (1: SOFA; 2: Comorbidades pelo ICC e CFS; 3: Faixas etárias). Cada item do EUP-UTI tem 4 categorias que pontuam de 1 a 4. O escore final é dado pela soma que se obtém dos itens 1, 2 e 3. Desta forma os doentes vão ter escores que vão variar de 3 a 12.

Sugeriu-se que este sistema de pontuação fosse aplicado a todos os pacientes, com COVID-19 ou não, com indicações clínicas para admissão em uma unidade de terapia intensiva. Doentes com as pontuações mais baixas deve receber maior prioridade para acessar suporte avançado de vida e/ou admissão em cuidados intensivos. Doentes com pontuações mais elevadas devem receber cuidados paliativos associados as medidas curativas disponíveis possíveis, visto que a COVID-19 é uma doença aguda e potencialmente reversível, mas os cuidados devem ser proporcionais porque doentes com um escore muito elevado equivale a uma pessoa gravemente doente aguda e cronicamente.

O EUP-UTI foi incorporado ao FPTD como a etapa final para construção de uma lista de pacientes que serão considerados para cuidados intensivos, com intubação orotraqueal e ventilação mecânica, sempre que a disponibilidade da rede de saúde permitir. A ferramenta também orientava que não se deveria aplicar o EUP-UTI a todos os doentes portadores de doenças crônicas avançadas que já tinham conversado e concordavam com a indicação de seus médicos assistentes de assistência paliativa.²⁰ Também deveria ser respeitada a vontade dos doentes, que exercendo sua autonomia, não desajassem receber suporte artificial de vida.²⁸

Terceira fase

Na 2ª. rodada Delphi, o FPTD reestruturado considerando o EUP-UTI foi reencaminhada aos 12 experts que responderam na fase anterior. Onze participantes (92%) responderam nesta etapa. O nível de concordância foi maior que 80% em todo o instrumento. Além disto, mais de 80% dos participantes responderam que desejavam que este trabalho fosse apresentado aos profissionais da rede local de saúde tanto pelo CREMEPE como pela SES/PE, além de ser disponibilizado através de aplicativos em *smartphones*. Mais da metade indicou a necessidade cartazes nos serviços de urgência e pouco mais de 30% sugeriu aulas *on line*.

Quarta fase

O instrumento, validado pelos experts, foi apre-

sentado a diretoria do CREMEPE bem como a maioria dos seus conselheiros. Houve a consideração de que a adoção do princípio do “cumprimento do ciclo de vida” não é consenso entre todas as correntes bioéticas, sendo sugerido tentar substituí-lo. Além disto, foi solicitado que em caso de empate, as grávidas, tivessem prioridade e, dentre estas, as com maior idade gestacional. Ressaltou-se a necessidade de explicitar que o FPTD e o EUP-UTI não deveriam ser aplicados a crianças. Por fim, houve a decisão de apresentá-lo à Secretaria Estadual de Saúde, ao Conselho Federal de Medicina e ao Ministério da Saúde do Brasil.

Como o uso da idade no item 3 do EUP-UTI não foi consensual entre os conselheiros, uma nova análise da literatura, evidenciou que pessoas da mesma idade acometidas por uma mesma doença podem apresentar funcionalidades completamente distintas e que determinar funcionalidade é fator prognóstico decisivo para tomada de decisão clínica e ajuste da proporcionalidade terapêutica. Assim, no item 3 do EUP-UTI, foi excluída a idade e introduzida a avaliação da funcionalidade do paciente que, independentemente de sua faixa etária, deve ser verificada, sendo o Karnofsky performance *status* (KPS),²⁹ uma das ferramentas mais difundidos e pode ser adaptado a questões simples que facilitam a sua utilização no contexto proposto. Diante disto, a idade deveria ser usada apenas como critério de desempate.

Quinta fase

Neste ponto, foi buscado uma validação externa da aplicabilidade por membros gestores do sistema de saúde, sendo o trabalho apresentado ao Secretário Estadual de Saúde e seus assessores. Nesta reunião, foi definido uma nova reunião com outros gestores já em conjunto com membros do judiciário.

Sexta fase

Nesta última etapa, estavam presentes 4 membros do CREMEPE, 3 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE (sendo 1 deles da Central de Regulação de Leitos – CRL), 2 da Secretaria Municipal de Saúde do Recife – SMS/Recife (sendo 1 do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU), bem como representantes do judiciário estadual com 3 membros do Ministério Público de Pernambuco- MPPE, 1 do Tribunal de Justiça de Pernambuco – TJPE e 1 da Procuradoria Geral do Estado – PGE.

Após a apresentação do FPTD com o EUP-UTI, foram feitas considerações praticamente por todos os presentes. Houve consenso de que o instrumento

estava adequado para utilização no estado de Pernambuco durante a pandemia do COVID-19, pois garantiriam que todos os pacientes com SRAG recebessem cuidados de forma transparente. Neste momento, não foram feitas críticas e nem sugestão de ajustes.

Por fim, discutiu-se como este material deveria seguir para uso, ficando acordo que o CREMEPE faria uma Recomendação Ética e que na sequência a SES/PE implementaria em seus Protocolos Clínicos. Os membros do judiciário se comprometeram de promover espaços de discussão, onde todo este racional fosse apresentado com o objetivo de minimizar judicialização desnecessárias.

O FPTD com EUP-UTI é apresentado em português na Figura 1 e em inglês na Figura 2. Esta imagem com melhor qualidade gráfica ficará disponível no endereço eletrônico (www.cremepe.org.br) em português e em inglês, podendo ser traduzido para outras línguas com a anuência dos pesquisadores.

Discussão

Através de um trabalho colaborativo foi possível construir um Fluxograma Prático para Tomada de Decisão (FPTD), apoiada em um Escore Unificado de Priorização para UTI (EUP-UTI), para o atendimento dos doentes com SRAG durante a pandemia da COVID-19. É possível que os encaminhamentos que foram dados pelo CREMEPE, SES/PE e órgãos da justiça estadual garantiram o atendimento de todas as pessoas, ofertando todos os tipos de cuidados possíveis, de forma equânime e justa, fazendo o melhor uso de todos os recursos disponíveis da rede de saúde local.

Todas as internações em terapia intensiva devem ser reconsideradas e estar sujeitas a uma reavaliação diária da adequação, objetivos e proporcionalidade dos tratamentos, através da aplicação diária do SOFA que é um escore amplamente utilizado na terapia intensa para avaliar prognóstico.²² Se um paciente admitido na unidade de terapia intensiva com critérios limitados não responder ao tratamento prolongado e apresentar piora clínica, a adequação do esforço terapêutico e o encaminhamento da terapia intensiva para os cuidados paliativos podem ser reavaliados. A decisão de limitar os cuidados intensivos deve ser discutida e compartilhada pela equipe que trata o paciente e, na medida do possível, com o paciente e/ou familiares.

Para pacientes para os quais o acesso a uma unidade de terapia intensiva é considerado sem benefício ou mesmo fútil, a decisão de adaptar a conduta

terapêutica deve ser acordada, comunicada ao paciente e / ou família e registrada na história clínica.⁶ Isso não é um obstáculo para oferecer outros tipos de terapias, como cuidados paliativos com controle rigoroso dos sintomas.^{17,19} Qualquer instrução "não intubar" ou "não ressuscitar" deve ser adequadamente registrada no prontuário médico, para ser usada como guia se a deterioração clínica ocorrer precipitadamente e na presença de cuidadores que não conhecem o paciente.⁶ A sedação paliativa em pacientes hipóxicos com progressão da doença não subsidiária ao tratamento deve ser considerada uma expressão de boas práticas clínicas e deve seguir as recomendações existentes. Se for previsto um curto período de morte, uma transferência para um ambiente não intensivo deve ser fornecida.^{6,15,19}

Este planejamento estava de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que indica que governos e sistemas de saúde têm a obrigação de garantir, da melhor maneira possível, a provisão adequada de cuidados de saúde para todos.³⁰ Contudo, isso pode não ser possível durante uma pandemia, levando a necessidade de definir prioridades e racionalizar recursos.³⁰ É essencial que políticas e práticas sejam eticamente justificadas em tais contextos.³⁰

Alguns estudos vêm recomendando que, para se estabelecer planos de priorização estaduais e locais para a alocação de recursos durante esta pandemia, deve-se considerar princípios éticos como: justiça distributiva, dever de planejar, dever de administrar recursos, maximizar os benefícios produzidos por recursos escassos, transparência, tratar as pessoas igualmente, manter a equidade e dever de cuidar.^{3,5,8} Outros afirmam que a obrigação ética dos médicos de priorizar o bem-estar de pacientes individualmente pode ser anulada pelas políticas de saúde pública que objetivam o bem maior para o maior número de pacientes, maior número de vidas salvos, com mais anos e qualidade de vida.¹

Diante deste dilema, este trabalho propôs uma estrutura de avaliação das pessoas doentes, sem excluí-las das oportunidades de receberem assistência digna e de qualidades pautada tanto em princípios éticos para decisão em situações de crise, como preservando o bem estar de cada pessoa. Desta forma, recomendou-se, no Estado de Pernambuco/Brasil durante a pandemia da COVID-19 a utilização do FPT apoiado no EUP-UTI, como meio de organização do acesso aos leitos de UTI e a ventilador mecânico, em situação de escassez para atender a demanda existente da forma mais justa possível. Bem como se orientou a oferta de cuidados

Figura 1

Fluxograma Prático para Tomada de Decisão (FPTD), apoiada em um Escore Unificado de Priorização para UTI (EUP-UTI), em português.

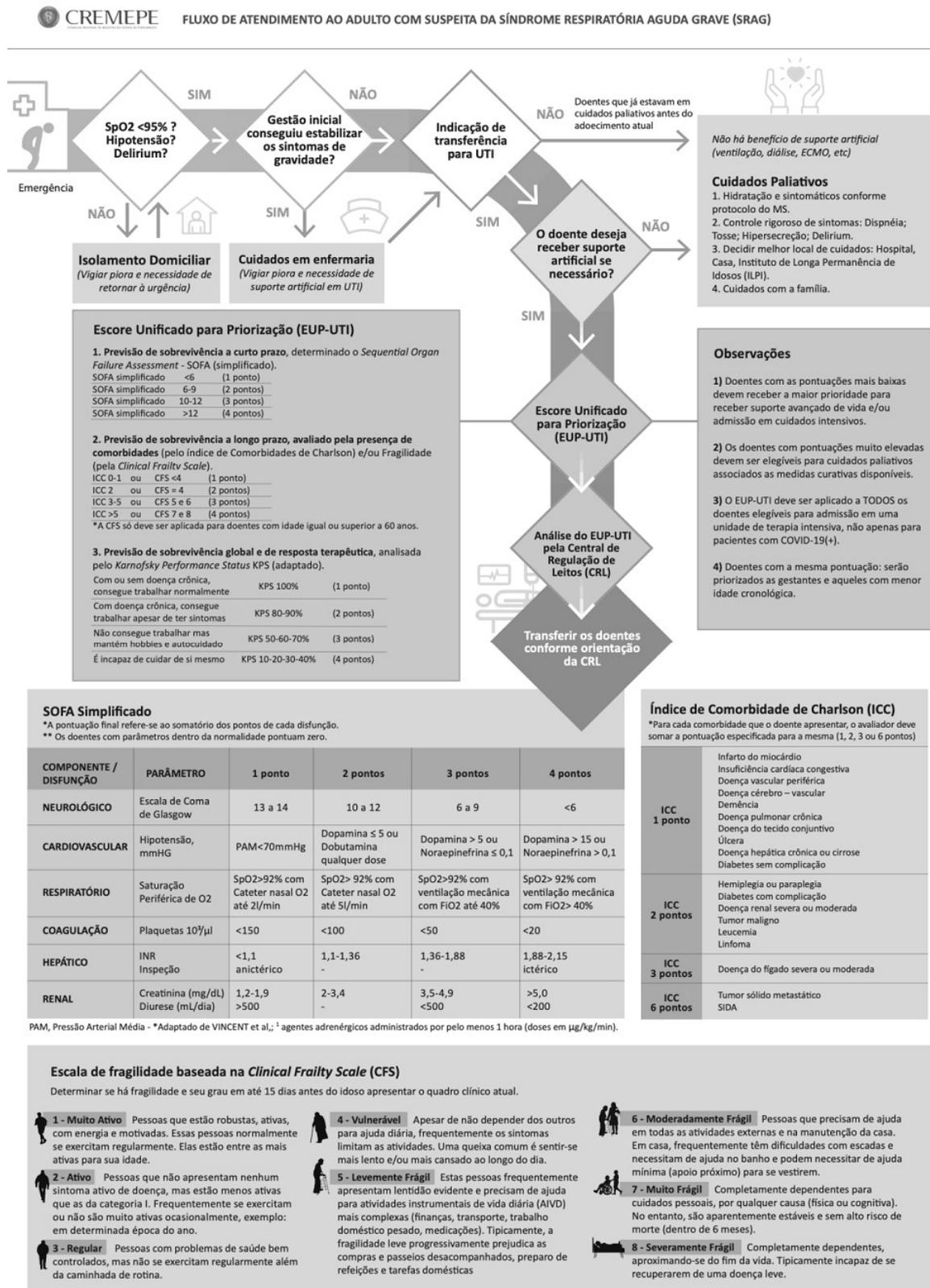
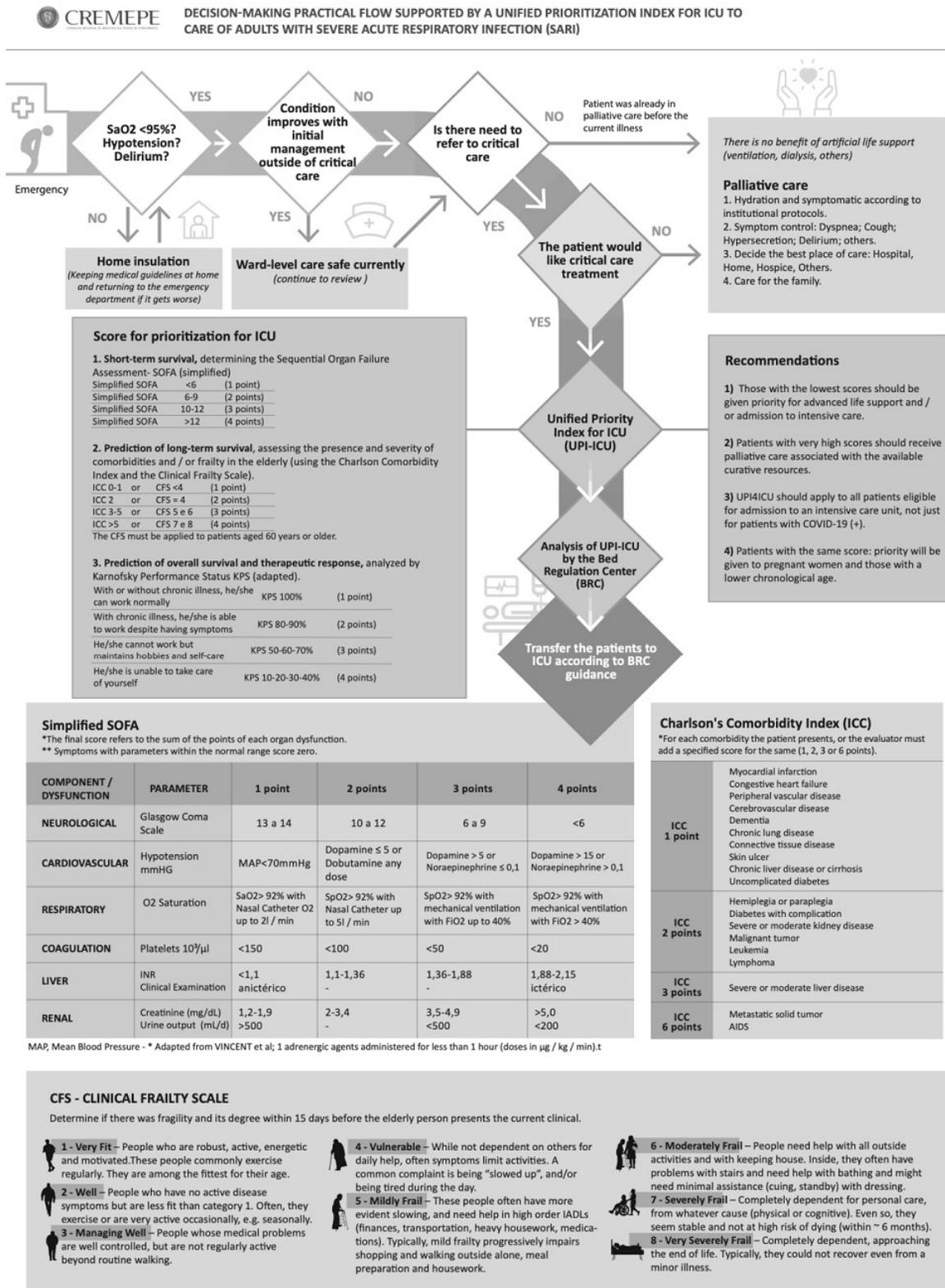


Figura 2

Fluxograma Prático para Tomada de Decisão (FPTD), apoiada em um Escore Unificado de Priorização para UTI (EUP-UTI), em inglês.



paliativos a todos os doentes graves e potencialmente fatais o mais precocemente possível.

Contribuição dos autores

Bezerra MR: Ideia, revisão de literatura, construção do projeto, etapas do delphi, construção do artigo. Mello MJG e Lima JTO: Co-orientação do projeto e revisora do artigo. Cavalcanti ZR e Bezerra GMP:

Etapas do delphi, construção do artigo. Dias LM e Oliveira Sá PK: Discussão da idéia, revisão de literatura, discussão do artigo. Nunes R: Orientação do projeto e revisor do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

- White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds during the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020; 323 (18): 1773-4.
- Espinosa E, Galan J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E. Marco Ético Pandemia Covid 19. *Soc Española Anestesiol Reanim y Ter del dolor*. 2020; 10.
- Gostin LO, Friedman EA, Wetter SA. Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2020 [citado 2 de abril de 2020];n/a(n/a). Available at: <https://doi.org/10.1002/hast.1090>
- White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009; 150 (2): 13-8.
- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382 (21): 2049-55.
- Hendin A, Rivière CG La, Willisroft DM, Connor EO, Hughes J, Fisher LM. End-of-life care in the emergency department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *CJEM*. 2020; 22 (4): 414-7.
- CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional [Internet]. [acesso 23 abr 2020]. Available at: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042
- Koonin LM, Pillai S, Kahn EB, Moulia D, Patel A. Strategies to Inform Allocation of Stockpiled Ventilators to Healthcare Facilities During a Pandemic. *Heal Secur*. 2020; 18 (2): 69-74.
- Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006; 175 (11): 1377-81.
- Ghanbari V, Ardalan A, Zareiyani A, Nejati A, Hanfling D, Bagheri A. Ethical prioritization of patients during disaster triage: a systematic review of current evidence. *Int Emerg Nurs*. 2019; 43: 126-32.
- Burkle FM. Mass casualty management of a large-scale bioterrorist event: An epidemiological approach that shapes triage decisions. *Emerg Med Clin North Am*. 2002; 20 (2): 409-36.
- McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38 (3): 655-62.
- AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Princípios de triagem em situações de catástrofes e as particularidades da pandemia COVID-19. 2020; Available at: [2603-PRINCIPIOS-DE-TRIAGEM-EM-SITUACOES-DE-CATASTROFES-E-AS-PARTICULARIDADES-DA-PANDEMIA-COVID-19-10-1.pdf](https://www.amib.org.br/2603-PRINCIPIOS-DE-TRIAGEM-EM-SITUACOES-DE-CATASTROFES-E-AS-PARTICULARIDADES-DA-PANDEMIA-COVID-19-10-1.pdf)
- CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução CFM no 2.156/2016. Cons Fed Med [Internet]. 2016 [citado 10 de abril de 2020]; seção I(D):138-9. Available at: https://www.editoraronorcarati.com.br/v2/phocadownload/CFM_resolucao_2156_2016.pdf
- COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline [NG159] [Internet]. 2020 [acesso 10 abr 2020]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/critical-care-admission-algorithm-pdf-8708948893>
- Com I, Grippa S. Manejo do idoso com infecção grave pelo COVID-19 em ambiente hospitalar: IVCF-20 on-line. 2020; (Ms): 2020.
- Guidance PI, Clinical S. The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG); 2016;
- OPAS (Organização Pan Americana de Saúde). Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na Atenção Especializada [Internet]. 2020. Available at: <https://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Fluxo-de-Manejo-cl--nico-do-adulto-e-idoso.pdf>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19 - Academia Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2020 [acesso 23 abr 2020]. p. 12. Available at: https://www.dropbox.com/s/g77qi6xk2jc8rky/FINAL_05_ANCP_Ebook_cuidados_COVID-19.pdf?dl=0
- CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução CFM no 1.805 [Internet]. Diário Oficial da União. 2006 Nov 28: Seção I, p. 169. 2006 nov [citado 24 de abril de 2020]. Available at: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm

21. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): A mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014; 4 (3): 285-90.
22. Minne L, Abu-Hanna A, de Jonge E. Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. *Crit Care*. 2008; 12 (6): R161.
23. Martins M, Blais R, De Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (3): 643-52.
24. Bannay A, Chaignot C, Blotiere PO, Basson M, Weill A, Ricordeau P, et al. The best use of the charlson comorbidity index with electronic health care database to predict mortality. *Med Care*. 2016; 54 (2): 188-94.
25. Lima J, Viana R, Rebello M, Mello MJ, Sales L, Bergmann A, et al. The comprehensive geriatric assessment in malignancies and prognostic factors: Description of a prospective cohort of 889 Brazilian elderly cancer patients. *J Clin Oncol*. 2019; 37: e23035.
26. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB de, Santos I de S, Lin SM, Pinto ALF, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018; 12 (2): 121-35.
27. Rodrigues MK, Rodrigues IN, Silva DJVG da, Pinto JM de S, Oliveira MF. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation Into the Brazilian Portuguese Language. *J Frailty Aging*. 2021; 10 (1): 38-43.
28. CFM (Conselho Federal de Medicina). Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União* de 31 de agosto de 2012; Seção I (170): 269-70. Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.
29. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013; 13: 72.
30. WHO (World Health Organization). Ethics and COVID-19 : resource allocation and priority-setting. *World Health Organ* [Internet]. 2020; 1–5. Available at: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>

Recebido em 30 de Setembro de 2020

Aprovado em 30 de Março de 2021