









DESAFIOS DO *FRONT*: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS NA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19

Joelmara Furtado dos Santos Pereira¹ 
Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho¹ 
Judith Rafaelle Oliveira Pinho¹ 
Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz¹ 
Zeni Carvalho Lamy¹ 
Rafaela Duailibe Soares¹ 
Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos¹ 
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹ 

¹Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: conhecer perspectivas, práticas e desafios na tomada de decisão para admissão de pacientes em leitos de Unidades de Terapia Intensiva na pandemia da Covid-19.

Métodos: estudo qualitativo, desenvolvido em dois hospitais públicos do Maranhão, Brasil, de novembro/2020 a janeiro/2021. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais guiadas por roteiro. Participaram do estudo 22 profissionais: enfermeiros e médicos que atuaram em Unidade de Terapia Intensiva e Regulação de Leitos na primeira onda da pandemia. Empregou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática, com apoio do *Qualitative Data Analysis Software* para categorização dos dados. A teoria da Responsabilidade pela Razoabilidade norteou o estudo.

Resultados: emergiram duas categorias principais: “Contexto do processo decisório - o paradoxo das altas celestiais” e “Tomada de decisão para admissão”. No cenário de alta demanda, insuficiência de leitos e de incertezas da “nova doença”, decidir quem ocuparia o leito era árduo e conflitante. Critérios clínicos e não clínicos, como gravidade, chance de sobrevivência, distância a ser percorrida e condições do transporte foram considerados. Constatou-se que a ambivalência de sentimentos atribuídos à morte e ao cuidado, naquele momento da pandemia, marcaram o ambiente social e técnico da terapia intensiva.

Conclusões: evidenciou-se a complexidade do processo decisório para admissão em unidade de terapia intensiva, demonstrando a importância de analisar a alocação de recursos críticos em cenários pandêmicos. Conhecer as perspectivas dos profissionais e as reflexões deles sobre as experiências naquele período podem auxiliar no planejamento de alocação de recursos de saúde em cenários emergenciais futuros.

DESCRITORES: Covid-19. Unidades de Terapia Intensiva. Tomada de decisão. Leitos. Admissão do paciente.

COMO CITAR: Pereira JFS, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, et al. Desafios do front: experiências de profissionais na admissão de pacientes em unidade de terapia intensiva na pandemia da COVID-19. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20220196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0196pt>

CHALLENGES AT THE FRONT: EXPERIENCES OF PROFESSIONALS IN ADMITTING PATIENTS TO THE INTENSIVE CARE UNIT DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: to know the perspectives, practices and challenges in decision-making for admitting patients into the Intensive Care Unit during the Covid-19 pandemic.

Methods: a qualitative study developed in two public hospitals in Maranhão, Brazil, from November/2020 to January/2021. Data collection took place through individual interviews guided by a script. A total of 22 professionals participated in the study: nurses and doctors who worked in the Intensive Care Unit and Bed Regulation in the first wave of the pandemic. Content Analysis was used in the thematic mode, with support from the Qualitative Data Analysis software program for data categorization. The theory of Responsibility for Reasonableness guided the study.

Results: two main categories emerged: “The context of the decision-making process - the paradox of celestial discharges” and “Decision-making for admission”. In the scenario of high demand, a lack of beds, and the uncertainties of the “new disease”, deciding who would occupy the bed was arduous and conflicting. Clinical and non-clinical criteria such as severity, chance of survival, distance to be covered and transport conditions were considered. It was found that the ambivalence of feelings attributed to death and care at that moment of the pandemic marked the social and technical environment of intensive care.

Conclusions: the complexity of the decision-making process for admission to an intensive care unit was evidenced, demonstrating the importance of analyzing the allocation of critical resources in pandemic scenarios. Knowing the perspectives of professionals and their reflections on the experiences in that period can help in planning the allocation of health resources in future emergency scenarios.

DESCRIPTORS: Covid-19. Intensive Care Units. Decision making. Beds. Patient admission.

DESAFIOS DELANTEROS: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES EN EL INGRESO DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA DEL COVID-19

RESUMEN

Objetivo: conocer perspectivas, prácticas y desafíos en la toma de decisiones para el ingreso de pacientes a camas en Unidades de Cuidados Intensivos en la pandemia de COVID-19.

Métodos: un estudio cualitativo, desarrollado en dos hospitales públicos de Maranhão, Brasil, de noviembre/2020 a enero/2021. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales guiadas por un guión. Un total de 22 profesionales participaron en el estudio: enfermeros y médicos que actuaban en la Unidad de Cuidados Intensivos y Regulación de Camas en la primera ola de la pandemia. Se utilizó el Análisis de Contenido en la modalidad temática, con apoyo del Software de Análisis Cualitativo de Datos para la categorización de los datos. La teoría de la Responsabilidad por la Razonabilidad guió el estudio.

Resultados: surgieron dos categorías principales: “El contexto del proceso de toma de decisiones - la paradoja de los altos celestes” y “Toma de decisiones para la admisión”. En el escenario de alta demanda, escasez de camas e incertidumbres de la “nueva enfermedad”, decidir quién ocuparía la cama fue arduo y conflictivo. Se consideraron criterios clínicos y no clínicos, como gravedad, probabilidad de supervivencia, distancia a recorrer y condiciones de transporte. Se constató que la ambivalencia de los sentimientos atribuidos a la muerte y al cuidado, en ese momento de la pandemia, marcaron el ambiente social y técnico de la terapia intensiva.

Conclusiones: se evidenció la complejidad del proceso de toma de decisiones para el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, demostrando la importancia de analizar la asignación de recursos críticos en escenarios de pandemia. Conocer las perspectivas de los profesionales y sus reflexiones sobre las experiencias en ese período puede ayudar en la planificación de la asignación de recursos de salud en futuros escenarios de emergencia.

DESCRIPTORES: COVID-19. Unidades de cuidados intensivos. Toma de decisiones. Camas. Admisión de pacientes.

INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19, iniciada em 2020, deflagrou um dilema dramático, vivido por profissionais, nos sistemas de saúde do mundo: a decisão sobre quem ocuparia um leito de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em contexto de emergência sanitária¹⁻².

As epidemias virais anteriores, a exemplo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), suscitaram essa preocupação³, no entanto, na pandemia em curso^{2,4}, a decisão da admissão na UTI reemergiu com magnitude sem precedentes. Evidenciou-se que 5% a 15 % dos pacientes com Covid-19 evoluíram para o quadro grave da doença, gerando fluxo extraordinário de demanda para cuidados intensivos⁵.

Apesar dos esforços globais para conter o avanço da pandemia, o que se previa ocorreu: a crescente demanda para internação e o esgotamento de leitos de UTI e ventiladores mecânicos em diversos países⁶⁻⁷. Diante do cenário de crise sanitária que se instalava, a necessidade de racionamento de equipamentos e intervenções tornou-se imperativa, acarretando disponibilidade de leitos de UTI a configurar-se como recurso escasso nessa nova conjuntura².

A tomada de decisão para admissão em leitos de UTI é uma prática desafiadora⁸. Trata-se de decisões que podem salvar vidas⁹. Diretrizes foram desenvolvidas para auxiliar nesse processo, elaboradas antes da pandemia¹⁰ e repensadas com o surgimento dela⁴. Todavia, mundialmente, não há consenso sobre qual melhor alternativa para enfrentar situações de pedido de admissão em casos de aumento extraordinário da demanda para internação em UTI, como ocorrido durante a Covid-19^{2,10-11}.

Nesse cenário, os desafios acerca do processo de estabelecimento de prioridades para admissão em tempos de escassez de recursos foram potencializados e as repercussões recaíram sobre os profissionais envolvidos nessa dinâmica de decisão de admitir ou recusar solicitações de acesso ao leito^{6,12}, somando-se à sobrecarga de trabalho, ao adoecimento físico e emocional frente à demanda imposta².

Apesar da literatura apontar a necessidade de melhor compreender o processo de tomada de decisão para admissão em UTI, observou-se que os estudos realizados, em maioria, buscaram apresentar os critérios mais frequentemente considerados³⁻⁴. Notou-se que a pandemia da Covid-19 suscitou a necessidade de ampliar as investigações que explorem as experiências, os significados, os sentimentos e as percepções de profissionais atuantes nesse processo e que abordem mais profundamente os diferentes aspectos intersubjetivos envolvidos e as repercussões das interações para admissão em UTI, demonstrando a necessidade de pesquisas voltadas para compreensão desse fenômeno¹³.

Refletir sobre os efeitos da Covid-19 é, indubitavelmente, relevante e necessário para lançar luz às questões vividas por profissionais intensivistas e reguladores de leitos no momento mais crítico da pandemia no Maranhão, Brasil. O estado, similar ao cenário mundial de emergência em saúde, deparou-se com o aumento escalonado no número de casos da doença que demandaram por cuidados críticos, o que resultou na necessidade premente de ampliação da oferta de leitos intensivos nas diferentes regiões de saúde¹⁴. Porém, ampliar o acesso aos serviços de alta complexidade consiste em desafio econômico e geográfico para o estado, uma vez que apresenta importante aglomerado de áreas rurais de baixa densidade demográfica, resultando em concentração da oferta de recursos nos grandes centros e nas sedes regionais¹⁵.

Dessa forma, conhecer as perspectivas dos profissionais e as reflexões deles sobre as experiências com a tomada de decisão para admissão em UTI naquele período, podem contribuir para o planejamento de medidas que redirecionem e redefinam fluxos e recomendações para melhores desfechos na alta complexidade, em cenários pandêmicos futuros, assim como em contextos sanitários que ameacem a capacidade de resposta².

Nessa vertente, este estudo buscou contribuir com a lacuna do conhecimento no campo de estudos de abordagem qualitativa que busquem compreender as experiências relacionadas ao processo decisório para alocação de usuários em UTI em cenário de crise sanitária e responder à questão de pesquisa: quais as perspectivas, as práticas e os desafios relacionados à tomada de decisão para admissão em leitos de UTI frente às mudanças ocorridas na pandemia da Covid-19? Assim, esta investigação objetivou conhecer as perspectivas, as práticas e os desafios relacionados à tomada de decisão para admissão em leitos de UTI na pandemia da Covid-19, no Maranhão, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, de natureza descritivo-exploratório. Em razão da complexidade do objeto de estudo, esse delineamento foi escolhido por investigar profundamente as relações, os processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, buscando-se reflexão minuciosa das ações e dos sentidos vividos e reconstruídos no contexto pandêmico, no ambiente técnico e social da UTI¹⁶. Como forma de assegurar o rigor e a transparência no relato deste estudo, adotaram-se os critérios indicados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O estudo apoiou-se no referencial teórico da responsabilidade pela razoabilidade¹⁷. Essa base conceitual permite a compreensão do processo de tomada de decisão e estabelecimento de prioridade na área da saúde, a partir de quatro dimensões éticas do processo decisório: publicidade - as decisões e razões devem ser acessíveis publicamente; relevância - as razões para as decisões são razoáveis e recorrem a princípios aceitos como relevantes; revisão - há mecanismo para contestação e resolução das decisões conflitantes; e regulação - há regulamentação voluntária ou pública do processo para garantir que as condições sejam atendidas. Trata-se de proposta fundamentada em processo justo que estabelece legitimidade às tomadas de decisões críticas.

O estudo foi realizado nas UTI e no Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR) de dois hospitais públicos do Maranhão, Brasil, que ofertaram leitos de UTI Covid-19, em dois municípios distintos em relação ao porte populacional, sendo um município de médio porte e o outro de grande porte. Em cada hospital, há serviço de UTI e um NIR.

O recorte temporal se refere à chamada primeira onda da pandemia da Covid-19, que ocorreu de abril a junho de 2020, no Maranhão. Esse período foi identificado como o mais crítico no estado, pelo exponencial avanço do número de doentes que buscavam por internação, pela consequente necessidade de ampliação da cobertura de leitos de enfermarias e UTI e pelas mudanças provocadas no ambiente de trabalho e nos demais âmbitos da vida social e privada dos profissionais. Em específico, as taxas de ocupação em terapia intensiva alcançaram capacidade máxima¹⁴, levando o estado a decretar *lockdown* como medida mais severa de segurança, no período de 5 a 15 de maio de 2020, em toda Região Metropolitana. As entrevistas se iniciaram em novembro de 2020 e finalizaram em janeiro de 2021.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a chegada à instituição, o processo de internação e a movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Tem como finalidade promover a equidade e integralidade da assistência, ajustando a oferta às demandas de admissão. Desta forma, possui recursos humanos próprios, funções específicas e dinâmica de trabalho articulada aos outros setores hospitalares. A relação de trabalho entre NIR e UTI é colaborativa e integrada que, por meio de discussão de casos e estruturação de protocolos administrativos e assistenciais que buscam a organização do fluxo interno, o alinhamento de decisões entre as lideranças dos setores envolvidos com o cuidado e, assim, a otimização do acesso do leito hospitalar¹⁸.

Entende-se que os serviços de UTI e NIR sofreram grandes impactos diante do aumento agudo dos casos graves de Covid-19 que demandaram por internação. Em função da natureza do problema de pesquisa e dos objetivos que orientaram esta investigação, tornou-se pertinente abordar os profissionais do NIR e UTI conjuntamente, uma vez que as atividades estão interligadas à dinâmica do processo decisório para admissão do paciente em UTI. Além disso, ambas as unidades têm o compromisso de permitir o acesso de forma organizada e por meio de princípios que norteiam a tomada de decisão¹⁸.

Ademais, de modo a preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, abdicou-se de informações que caracterizassem os locais de estudo, como dimensionamento de pessoal, estrutura física, serviços ofertados, número de leitos clínicos e UTI, localização e especificidades geográficas.

O trabalho de campo iniciou-se com a apresentação do estudo aos gestores dos hospitais, que forneceram a listagem com 48 trabalhadores, enfermeiros e médicos, que exerceram atividades na assistência aos pacientes internados em UTI Covid-19 e que participaram da regulação de leitos dos setores elegíveis neste estudo. Os profissionais elencados, na perspectiva dos gestores, participaram mais ativamente no período da primeira onda da pandemia da Covid-19 nos serviços mencionados. A partir dessa listagem, enviaram-se convites individuais por e-mail ou contato telefônico, convidando-os a participar da pesquisa, respondendo, inicialmente, a um formulário com informações sociodemográficas e do serviço.

As informações obtidas foram organizadas em matriz que serviu de base para escolha dos profissionais entrevistados, selecionados por meio de amostragem intencional considerando a diversidade dos perfis profissionais em relação aos critérios sociodemográficos e laborais, como idade, tempo de experiência profissional no serviço, formação acadêmica e turno de trabalho. De acordo com os pressupostos de investigação, as vivências poderiam ser influenciadas por essas características.

Foram incluídos enfermeiros e médicos atuantes em UTI e NIR no período da primeira onda da pandemia da Covid-19 no Maranhão. Como critério de exclusão: profissionais afastados do ambiente de trabalho, no período da primeira onda da pandemia da Covid-19 no Maranhão. Durante o recrutamento, abordaram-se 32 profissionais que atendiam aos critérios de elegibilidade, havendo sete recusas diretas e três exclusões de profissionais que aceitaram participar, mas que não responderam após três tentativas consecutivas de agendamento para a entrevista.

Para o fechamento amostral, utilizou-se o critério de saturação teórica dos dados, com a coleta e análise simultâneos dos dados, oportunizando a identificação de elementos relevantes e recorrentes. Assim, finalizou-se a coleta dos dados quando os entrevistados não acrescentaram novas informações a serem consideradas na compreensão do objeto de estudo, o que ocorreu na entrevista de número 20. No entanto, realizaram-se mais duas entrevistas para validação do ponto de saturação, legitimando o rigor e a confiabilidade da técnica empregada¹⁹. O número final da amostra foi de 22 participantes.

Elaboraram-se dois instrumentos: um questionário estruturado com dados de identificação, formação e atuação dos profissionais e o roteiro de entrevista semiestruturada iniciado com a seguinte questão: considerando o período crítico da pandemia da Covid-19, como acontecia a tomada de decisão para admissão dos pacientes na UTI? Assim, prosseguiu-se às questões contidas no roteiro e com as que emergiram da interlocução do pesquisador e entrevistado, o que permitiu o conhecimento de práticas, percepções e os desafios existentes ou que surgiram com a Covid-19 em torno da alocação de leitos e tomada de decisão para admissão em UTI.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que aconteceram de forma presencial (21) ou por meio digital (uma), em locais e horários indicados pelos entrevistados. Foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O tempo médio de duração foi de 40 minutos.

Empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática²⁰, como técnica de análise dos dados coletados, buscando-se, sistematicamente, as singularidades das vivências relacionadas ao processo de tomada de decisão para admissão em UTI, assim como mudanças ocorridas na dinâmica laboral com a chegada da pandemia. Observaram-se os seguintes procedimentos metodológicos: pré-análise (a leitura flutuante oportunizou a constatação de concepções preliminares acerca das decisões e priorização de admissão, da alocação e distribuição dos leitos intensivos em contexto de escassez de recursos causada pela pandemia); exploração do material (momento no qual se operacionalizou o processo de categorização do material de análise, realizado *a posteriori*, no decorrer do procedimento analítico e em contínuo retorno ao *corpus* de análise. As categorias finais - nomeadas aqui de categorias principais - estão concatenadas ao objetivo deste estudo); tratamento dos dados obtidos e interpretação dos resultados encontrados (as categorias empíricas (encontradas) foram interrelacionadas a estudos sobre a temática e discutidas à luz da teoria da responsabilidade pela razoabilidade)¹⁷.

Empregou-se o *software* NVIVO® 12 para suporte na organização, na categorização e no gerenciamento dos dados. Desta forma, as entrevistas transcritas (as fontes) foram importadas ao programa em formato de arquivos *Word*, iniciando-se o processo sistemático de codificação, por meio da identificação das unidades de registro (destacadas após análise linha por linha das fontes e agrupadas por temas), das categorias e subcategorias, que foram armazenados em estruturas de nós e intituladas a partir dos sentidos depreendidos. Os nós foram construídos manual e automaticamente, definidos durante o processo, modificados conforme o andamento do trabalho de codificação e possibilitaram a visualização das fontes codificadas e do conjunto de significados observados no material analisado. O *software* permitiu, por meio da seção Códigos, a organização dos nós em uma estrutura hierárquica (subnós), importante para codificação inicial dos elementos empíricos. Além disso, a função Listas de codificação possibilitou o contínuo aperfeiçoamento da análise dos dados e o reconhecimento de sobreposições e duplicidades de temas que ocorreram no processo de categorização.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os relatos dos profissionais da UTI e do NIR, nos hospitais dos municípios investigados, por não demonstrarem diferenças significativas, foram analisadas conjuntamente, sendo os nomes substituídos por iniciais: E, para enfermeiro; e M, para médico, seguidas de um número de acordo com a ordem de participação e T1, T2 ou T3, de acordo com a codificação do tempo de experiência no serviço. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 22 participantes da pesquisa, 14 eram do sexo masculino, solteiros (11) e pardos (12), com idade entre 25 e 53 anos. Quanto à formação, 14 eram enfermeiros e oito médicos, com tempo médio de formação (graduação) de 9,5 anos. Sobre a atuação profissional, sete eram reguladores de leitos com tempo mediano de três anos de experiência e seis deles relataram título de especialista em alguma área; 15 eram profissionais prestavam assistência em Unidade de Terapia Intensiva (destes, três eram gestores dos serviços) com tempo mediano de seis anos de experiência e 11 deles mencionaram título de especialista em terapia intensiva. Dentre os pressupostos do estudo, somente o tempo de experiência em UTI apresentou diferenças nas falas. Para evidenciar esse fato, esse tempo foi categorizado como: recente=T1 (até dois anos); intermediário=T2 (entre dois e cinco anos); e sênior=T3 (mais de cinco anos).

Destaca-se que no decorrer do procedimento analítico das falas, observou-se que as vivências dos profissionais dos dois hospitais foram similares, sendo assim, optou-se por categorizá-las conjuntamente.

Assim, a análise das entrevistas permitiu compreender as experiências com o processo decisório para alocação de leitos de UTI, na perspectiva de quem vivenciou de perto o momento crítico da primeira onda. A partir das situações concretas relatadas pelos profissionais, identificaram-se duas categorias centrais: Contexto do processo decisório em UTI: o paradoxo das altas celestiais e Tomada de decisão para admissão em UTI.

Contexto do processo decisório em UTI: o paradoxo das altas celestiais

A demanda de pacientes graves que necessitaram de suporte intensivo elevou a pressão sobre os profissionais das UTI e NIR estudados. Tratava-se de doença desconhecida, cuja transmissibilidade, evolução clínica e tratamento não eram bem compreendidos.

As narrativas dos profissionais desvelaram cenário de desequilíbrio provocado pela demanda crescente para internação em UTI e oferta insuficiente desses leitos. Destacaram que esse descompasso não foi originado pela pandemia, mas intensificado por ela. Assim, a demanda escalonada para internação motivou a agudização da falta de leitos, evidenciando quadro de insuficiência crônica desse recurso: [...] *essa questão de falta de leitos, a gente sempre viveu. Talvez isso tenha vindo mais à tona na pandemia... essa questão de a gente não receber paciente porque não tem o leito já era da vida do médico da terapia intensiva. Isso ficou mais aflorado na pandemia porque, se antes eu tinha dois pacientes que eu não podia receber, na pandemia eu tinha vinte pacientes que eu não podia receber, né? Então só ficou mais exacerbado o problema* (M4, T3).

Associada a essas circunstâncias, havia a gravidade clínica dos pacientes e o aumento no número de óbitos em UTI nesse período, que resultava em maior rotatividade dos leitos, muitas vezes, em detrimento até dos procedimentos de limpeza e desinfecção: [...] *gigante, gigante, o tempo todo* (demanda para UTI). *Não raro a gente dava uma alta, seja uma alta celestial ou uma alta para casa, para enfermaria, e em questão de poucas horas estava ali preenchido* (o leito) (M8, T1).

Notou-se que, paradoxalmente, a letalidade da COVID-19 nesse período permitia enfrentar a alta demanda por internação. As “altas celestiais” referiam-se aos óbitos que ocorriam, espécie de alta que evocava a terminalidade da vida. Esse fenômeno, algumas vezes, gerava ambivalência de sentidos nos profissionais, sendo também fonte de conflito, ao permitir consequência positiva pela possibilidade de atender a mais um caso grave: *Tinha um sentimento que eu considerava muito estranho [...]. Às vezes a gente ligava: - existe alguma possibilidade de leito? Aí: - Olha, doutor, não tem, está zerado, mas a gente tem um paciente aqui que está muito grave que talvez venha a óbito. Então, você depois ligava para saber se tinha acontecido mesmo ou não. Então, foi uma coisa, assim, que realmente me marcou muito. Porque no período anterior à pandemia: - Ah! a UTI tá cheia, ok! Mas você não pensava nisso, que existia a possibilidade breve de um óbito para poder liberar um leito e outra pessoa ocupar. Não passava na minha cabeça isso. Era algo assim muito chocante. Vários desses plantões eu saía chorando* (M7, T2).

Além disso, depreendeu-se que a dualidade entre vida e morte produziu sofrimento emocional nos entrevistados. Para esses agentes, em meio a tantas incertezas, havia convicção angustiante: o leito de UTI era o suporte mais viável para melhorar a sobrevivência do paciente com quadro grave da doença naquele momento da pandemia. De modo geral, os profissionais sentiram frustração por essas perdas de pacientes com prognósticos desfavoráveis, mas, por outro lado, havia a sensação de que, com a “alta celestial”, surgiria a oportunidade de tratamento para um paciente que estava à espera de um leito.

Tomada de decisão para admissão em UTI

No front de uma doença desconhecida

A decisão de quem ocuparia um leito de UTI, no contexto avassalador de sobrecarga de trabalho e das consequências emocionais e físicas, era influenciada pelo conhecimento restrito de uma “doença nova”, cujo manejo conhecido definia a necessidade de estar em leito de UTI. Nesse cenário, os critérios de admissão eram dinâmicos e mutáveis: *Os nossos critérios clínicos para internar estavam em constante mudanças e em discussão, e a gente estava ali interagindo o tempo todo... e manda artigo para cá, manda artigo para lá, mudou isso. O que sempre também não faltou, infelizmente, e isso é ruim, era a quantidade grande de pacientes* (M8, T1).

Com o cenário de incertezas e a alta demanda para internação, multiplicaram-se as decisões para admissão aos poucos leitos disponíveis, gerando situações nas quais foi necessário decidir quais enfermos teriam acesso aos leitos disponíveis. Alguns dos profissionais vivenciaram, pela primeira vez, a triagem em maior escala, experiência referida como desgastante do ponto de vista pessoal e profissional: [...] *Depois que surgia o leito, não surgia dez de uma vez, aí, tinha que fazer triagem* (M2, T3).

Assim, diante da alta demanda de pacientes graves, além da necessidade de triagem, passaram-se a considerar as altas e transferências de pacientes denominados “menos grave” para as enfermarias ou alas específicas para esse fim e a admissão de pacientes “mais grave” no leito de UTI: [...] *Assim, chegou um tempo que a gente tinha que... não digo nem que escolher, mas de ficar naquela coisa de, às vezes, dar alta para um paciente que ainda não seria para ele ter alta, mas para poder dar a vaga para um mais crítico. A gente tinha que escolher um que estava estável para mandar para a ala amarela, vermelha, para poder vir um que estava mais grave, precisando ser entubado e tal* [...] (E2, T2).

Crítérios utilizados para admissão: uma combinação de fatores

Os entrevistados referiram que, diante do cenário inusitado imputado pela pandemia, emergiu a necessidade de utilizar combinação de critérios para priorização, envolvendo fatores pertinentes ao paciente, a exemplo da sobrevida relacionada à gravidade do quadro clínico, e fatores como a disponibilidade de insumos para as intervenções necessárias, a exemplo do ventilador mecânico: [...] *para UTI, paciente que tem saturação arterial PO2 menor que 80%, ele já é um paciente que tem que estar em terapia intensiva [...] a gente via também a possibilidade de sobrevida desse paciente e a gravidade de cada caso* (M2, T3); [...] *Se ele iria precisar de ventilador mecânico ou não, a gente levava muito em consideração o quadro clínico, a saturação, comorbidades* [...] (E9, T2).

Observou-se que, além desses critérios mencionados, um outro foi acrescido na prática. A distância entre a residência ou local de internação do paciente e a unidade com leito de UTI disponível foi mais uma das situações complicadoras vivenciadas no período crítico da pandemia: [...] *inclusive a distância em que o paciente se encontrava era também um fator que a gente analisava, discutia com a equipe. Então, não raro: - olha, esse paciente aqui vai demorar horas para chegar, lá não tem suporte suficiente para esse paciente que precisa ser entubado e só pela descrição que estão colocando aqui, ele vai chegar em um estado muito mais crítico do que já está descrito! Então a gente via tudo isso* (M8, T1).

Os desafios ligados às dimensões territoriais do estado, aliados à gravidade do paciente e às condições do transporte, exigiam que a tomada de decisão e o traslado do paciente fossem “rápidos”, condição que viabilizaria a eficácia das intervenções em tempo oportuno: [...] *Então, assim... a gente começou a perceber que a tomada de decisão tinha que ser mais rápida. Por quê? Porque é todo um*

trâmite, transporte, tempo. Porque, às vezes, você autoriza e o paciente demorava muito a chegar. Havia uma fila de transporte também nessa época (M2, T3).

Além disso, relataram-se situações de extrema tensão quando ocorria solicitação de internação para pacientes jovens: [...] *Teve uma vez, eu lembro de um paciente gravíssimo de 25 anos que a gente: - meu Deus, leito para ele! E era todo um processo, a gente correndo, tentando trazer um ventilador de um canto para levar para outro (canto), um paciente que estava mais estável, sem precisar de ventilador (E9, T2).*

Apesar da intensa mobilização empregada nessas situações, os entrevistados advertiram que não bastava avaliar o fator etário de forma isolada, mas considerar a complexidade do caso e outros critérios associados como a gravidade do quadro clínico e a chance de sobrevivência.

Destacaram que o contexto de doença desconhecida, as pressões familiares e institucionais foram outros fatores geradores de tensões e que interferiram no processo de decisão da admissão em UTI: [...] *ah, fulano tá com Covid-19, às vezes o paciente nem estava. Aí, no dia seguinte, já tirava o paciente, porque não era. Na regulação, eles mostram que o paciente está vindo, está assim, está assado, e o paciente quando chega, não está nada daquilo (E12, T3); [...] porque eles queriam que ficasse dentro da UTI, por quê? Porque na UTI é 24 horas com um profissional lá dentro, então eles achavam que a melhor assistência estava dentro da UTI, então, eles queriam que ficasse lá (E7, T2); A família pressionava muito. Achava que iria para lá e iria resolver (E8, T3).*

Essas diferentes experiências remetem à ideia de que o cuidado em UTI era o desejado para as pessoas com Covid-19. Na perspectiva de obter a vaga, adotaram-se diferentes estratégias, visando alcançar os critérios de priorização do acesso, incluindo o registro de diagnósticos e parâmetros clínicos que não se sustentavam após a admissão. A UTI, naquele contexto, era compreendida como o lugar ideal para o tratamento e a sobrevivência à Covid-19, demonstrando o imaginário social em torno da UTI.

DISCUSSÃO

O estudo sobre a tomada de decisão para admissão em UTI em cenário de crise sanitária, sob a perspectiva do aporte teórico da responsabilidade pela razoabilidade¹⁷, sugere experiências complexas e contextuais às situações vivenciadas, envolvendo dimensões para além dos princípios que norteiam a tomada de decisão justa e equânime.

Constatou-se que os aspectos intersubjetivos e objetivos da dinâmica laboral, como a disponibilidade de recursos e serviços hospitalares, a sobrecarga de trabalho e as condições de acesso dos usuários aos serviços de saúde, perpassaram e influenciaram o processo decisório. Por meio das falas dos profissionais, o cenário de escassez de leitos intensivos e ventiladores mecânicos, sobretudo no período crítico da pandemia da Covid-19, tencionou o trabalho nos cenários estudados, corroborando que essa temática é, ainda, pouco explorada, dificultando a discussão acerca do processo de distribuição desses recursos.

Nessa vertente, o cenário de oferta dos leitos de UTI no país²¹ e no mundo¹⁰ era desfavorável antes da pandemia da Covid-19. O suporte hospitalar, mesmo em países desenvolvidos, foi ameaçado diante da nova conjuntura sanitária que se instalava. O número de pacientes que precisavam de leitos e ventilação mecânica crescia rapidamente e demonstrava ser maior que a oferta desses recursos¹³.

Todavia, esse problema ganhou notoriedade¹⁵ e magnitude excepcional¹³ com o avanço do SARS-CoV-2 pelo país. As lacunas de leitos de UTI, em algumas regiões de saúde, demonstraram que parte dos brasileiros não seriam alcançados por esse recurso, sobretudo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste¹⁵.

A busca por evidências científicas sobre as condutas mais adequadas naquele contexto e o compartilhamento de informações entre os profissionais faziam com que eles ficassem continuamente conectados ao mundo da terapia intensiva, sob um clima de cooperação interprofissional, mas, também, de estresse gerado pelo bombardeio de constantes informações²². Por outro lado, o conhecimento que se estruturava era, por vezes, conflitante e suas atualizações, paradoxalmente, produziram certa insegurança relacionada à tomada de decisão frente à tensão provocada pela alta demanda^{13,22}.

Experiências como essas podem surgir diante de cenários inusitados e não planejados como o de pandemia. Nesse ponto, o estresse agudo desencadeado por estar no *front* de uma doença desconhecida, com demanda alta, frequentes situações de urgência e sofrimento humano, podem repercutir negativamente na comunicação interpessoal²³ e no processo de tomada de decisão¹².

A triagem, considerada forma de racionamento de recursos que busca classificar os pacientes de acordo com as necessidades clínicas, fez-se necessária naquele contexto. Essa medida objetiva ofertar maior benefício para maior quantidade possível de pessoas, utilizando os recursos da forma mais eficaz²⁴. Essa terminologia é comum nas diretrizes de diferentes países. Termos como priorização, alocação e racionamento são expressões, por vezes, similares, atribuídas à triagem, todavia, apresentam variações quanto ao uso⁴. De todo modo, a triagem era realizada em admissão à UTI, no período antes da pandemia, para limitar internações desnecessárias. No entanto, em contexto de demanda elevada e oferta reduzida de recursos, as decisões são mais complexas e, frequentemente, causam desconforto emocional nos profissionais^{1,13}.

De acordo com Aredes e Modesto²⁵,⁴⁴⁷ diante de circunstâncias difíceis como essa, tentar proteger-se do sofrimento do outro “não anula sua sensibilidade em relação aos problemas alheios, diante de vários fatos melindrosos inerentes à profissão, mas, de certo modo, obriga seu “eu” a resistir perante os acontecimentos”.

A situação relatada por Rosenbaum¹³ é um exemplo do sofrimento emocional vivido pelos profissionais italianos com o processo de priorização de admissão de pacientes aos leitos de UTI disponíveis, nesse período da pandemia, que também se manifestou nas falas dos profissionais entrevistados no Maranhão. Esse fato reforça a necessidade de se investigar as repercussões desse processo decisório para os profissionais.

Também, é importante ressaltar o protagonismo da enfermagem nas práticas de triagem clínica, classificação de risco e gerenciamento dos serviços de saúde, historicamente, atribuídas a essa categoria profissional. O enfermeiro regulador, em específico, ocupou posição de destaque no contexto da Covid-19, sendo o elo entre o sistema regulatório e o paciente, articulando o acesso ao leito intensivo, a partir da decisão de autorização para admissão, quando havia leito vago²⁶.

Nessa direção, as narrativas dos profissionais permitiram inferir que o tempo de experiência no serviço influenciou, em alguma medida, o enfrentamento das dificuldades e incertezas apresentadas naquele contexto. Os critérios de admissão, protocolos assistenciais e administrativos eram dinâmicos e modificados, à medida que se estruturava o conhecimento acerca da doença grave e, até então, desconhecida. Além disso, os entrevistados, em consonância com a literatura^{1,7,13,21}, estavam imersos em cenário inusitado de sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos e materiais, do medo de infecção, da exposição à dor e das mortes em maior escala que exigiam resistência física e emocional para (sobre)viver aqueles dias.

As difíceis situações de triagem para admissão nessas circunstâncias eram acompanhadas de tensão extrema e, por vezes, de sofrimento emocional, como registrado na literatura^{1-2,13} e mencionados neste estudo. No entanto, a percepção de insegurança, medo e estresse foram mais intensamente referidas por aqueles sem habilitação ou com menor tempo de experiência em cuidados a pacientes críticos, o que se correlaciona com os resultados apontados por Bergman et al²⁷. A experiência de trabalho prévio em UTI, setor caracterizado pela presença de pacientes graves e clinicamente instáveis,

tornou os profissionais, de certo modo, mais preparados para o enfrentamento da pandemia neste cenário de excesso de demanda. Assim, a experiência em cuidados intensivos se comportou como fator de diminuição do sofrimento nesta pesquisa.

A triagem reversa, medida identificada nas falas dos entrevistados, é considerada abordagem importante em cenário de crise, que busca identificar pacientes que preencham requisitos necessários para os quais a alta antecipada é segura e ética²⁸, aumentando, assim, a capacidade de internação nas UTI para pacientes mais críticos¹. Estudo²⁸ evidenciou que esse uso resultou em redução dos anos de vida perdidos e da mortalidade nesse serviço. Os entrevistados mencionaram que essa decisão era realizada caso a caso, após discussão com a equipe de saúde e precedida pelo planejamento terapêutico multidisciplinar, seguido do monitoramento clínico constante dos pacientes transferidos²⁹. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)⁶ reconheceu a importância deste e recomendou a utilização pelas instituições do país, considerando esta prática no protocolo de alocação de recursos em esgotamento.

Assim, a pandemia potencializou um dilema existente em terapia intensiva: a priorização na alocação de recursos face a insuficiência de leitos¹³. Todavia, mundialmente, não há consenso sobre a melhor forma de enfrentar situações complexas como essa, podendo os serviços de saúde reagir de modos variados¹¹.

As questões acerca da alocação de recursos e priorização fazem parte da prática de saúde nos diferentes níveis organizacionais, no entanto, tornou-se mais aguda com o cenário de pandemia provocado pela Covid-19^{1,7,13}. Sobretudo ao início, a discussão em torno do processo da tomada de decisão para admissão em UTI, colocou em pauta se as decisões tomadas eram adequadas ou não, no entanto, esse é um questionamento cuja resposta não há consenso e que extrapola o escopo deste estudo. Buscou-se compreender esse processo e não identificar se as práticas eram apropriadas ou não. Contudo, identificou-se, por meio do aporte teórico da responsabilidade pela razoabilidade, estratégias importantes para a configuração de um processo de definição de prioridades, que podem ser ponderadas em contexto da terapia intensiva.

Embora não ter sido apontado diretamente o uso desse aporte pelos profissionais neste estudo, compreendeu-se, por meio dos dados coletados, que as práticas denotaram o emprego expressivo dos princípios de relevância e publicidade, ao decidirem sobre critérios de triagem em situação de racionamento de leitos, com base em evidências científicas disponíveis naquele momento. A utilização de um sistema computacional de regulação de leitos utilizado em todos os hospitais da rede de saúde aponta para legitimidade social descrita na teoria em questão. Especificamente, uma decisão será relevante se apelar para razões e princípios que são aceitos como relevantes por pessoas dispostas a encontrar termos de cooperação mutuamente justificáveis¹⁷.

Nessa perspectiva, é válido retomar a percepção dos entrevistados sobre essas decisões, que se tornaram difíceis, sobretudo, em cenário de emergência sanitária provocada por uma doença aguda que, de forma abrupta, levou ao colapso do sistema de saúde, esgotamento de recursos e a decisões difíceis.

Assim, mediante a ameaçadora situação de esgotamento de leitos intensivos e ventiladores mecânicos, a AMIB, em maio de 2020, propôs protocolo de triagem baseado em aspectos ético e técnico-legais, recomendando, na estrutura, além de outros critérios, os de “gravidade” e “chance de sobrevivência”⁶. Várias diretrizes apontaram nesse mesmo sentido, afirmando que a priorização em cenário de escassez deve observar os pacientes com maior probabilidade de recuperação e alta hospitalar, isto é, aqueles que apresentarem melhores chances de benefício do tratamento em UTI^{4,30}.

Apesar da falta de consenso sobre os critérios ideais em contexto de pandemia, a literatura indica que eles devem ser avaliados em conjunto no processo decisório⁴. Neste sentido, em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu que as admissões em UTI devem considerar

fatores como diagnóstico, gravidade e necessidade do paciente, serviços médicos disponíveis na instituição, priorização de acordo com a condição do paciente, disponibilidade de leitos, potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico³¹.

Ao ponderar a resolução supracitada na perspectiva da teoria da responsabilidade pela razoabilidade, visualizaram-se, de forma geral, as quatro condições expressas para um processo formal e justo de alocação de recursos escassos em saúde. No entanto, cabe discutir a operacionalização dessas recomendações, sobretudo, em assegurar a ampla divulgação dos protocolos de triagem e admissão em UTI, considerando contextos emergenciais; um processo sistematizado de revisão das decisões de admissão; e a estruturação de um processo de regulação que legitime a aplicabilidade das quatro condições mencionadas³².

Todavia, Marmelstein e Morozowski^{33:113} advertem que “nada impede que cada sistema local de saúde possa estabelecer critérios de prioridade, de acordo com a disponibilidade de leitos existentes, seguindo a máxima de que quanto maior for a situação de escassez, mais rigorosos devem ser os critérios de admissão”, e indicam a relevância de critérios objetivos, éticos e transparentes que busquem alcançar o bem-estar da população.

Considerar os fatores contextuais de cada localidade que dificultaram a obtenção do leito de UTI, a exemplo da distância territorial, é relevante e necessário diante da extensão territorial no Brasil. Essa distância é desigual, sobretudo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Em cenário de pandemia, as dificuldades de acesso em áreas remotas, por exemplo, podem representar entraves para obtenção desse cuidado¹⁵.

Estudo observou as longas distâncias percorridas por pacientes vítimas da Covid-19 para obtenção de leito hospitalar e ressaltou a importância de se compreender os fluxos de internações, uma vez que muitos municípios brasileiros apresentam suporte especializado deficitário para os casos mais complexos da doença³⁴.

Cita-se, assim, a experiência da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, com a ampliação do acesso à assistência especializada, por meio de UTI aéreas, que viabilizou o traslado de pacientes para leitos em hospitais da rede estadual. Essa logística buscou reduzir as repercussões nefastas da desigualdade territorial no estado, alcançando municípios distantes da unidade hospitalar de referência e mediando a oferta do serviço em lugares em que a demanda era menor, reduzindo a pressão em outras regiões.

Os critérios de priorização para admissão em UTI estavam em constante atualização, configurando o que Tyrrel et al⁴ consideram “documento vivo”. O critério idade, por exemplo, levantou discussão e deflagrou divergências pelo mundo nesse período^{1,7,9}. No Brasil, inicialmente, a primeira versão do protocolo da AMIB para alocação de leitos em contexto de esgotamento recomendou seu uso em conjunto com outros critérios de triagem⁶, assim como em outros países¹³. No entanto, após discussão com especialistas, o critério etário foi retirado na versão seguinte e substituído por uma medida de funcionalidade⁶. Vincent et al¹:²⁵⁰ indicam a importância da avaliação cuidadosa desse fator quando associado a outros aspectos intervenientes ao paciente e exemplificam: “um paciente idoso independente e ativo, sem condições médicas prévias, pode ter precedência sobre um indivíduo mais jovem com câncer avançado, insuficiência cardíaca grave ou cirrose alcoólica; e a expectativa de vida talvez seja mais importante do que a idade”.

Outra questão que merece destaque é a qualidade das informações e da comunicação no processo regulatório. Segundo Griffiths et al.⁸, obter o máximo de informação sobre o paciente encaminhado era preponderante para adequada tomada de decisão na alocação dos leitos. Observou-se neste estudo que a qualidade dessa comunicação balizava, muitas vezes, as decisões sobre a priorização dos pacientes, dificultando ou facilitando o trabalho regulatório. Informações inadequadas, incompletas ou inconsistentes atrasavam ou induziam a erros nesse processo. Somado a isso, existiam

as pressões externas (de conhecidos, familiares e instituições) e a representação social em torno da UTI (como lugar desejado para o tratamento de enfermos com Covid-19 naquele momento) que elevaram a tensão e interferiam no processo de tomada de decisão para admissão.

Ademais, a pandemia da Covid-19 revelou a importância e a necessidade do processo regulatório no setor saúde no Brasil, sobretudo, pelo seu compromisso de permitir o acesso aos leitos de forma organizada e segundo os critérios de gravidade. O fato é que se não houvesse a regulação, parcela considerável dos brasileiros que necessitaram do SUS ficaria sem o acesso aos serviços de saúde, a exemplo dos leitos de UTI³⁵.

Nota-se, portanto, que o processo de tomada de decisão e o estabelecimento de prioridade para admissão em UTI envolvem não apenas aspectos normativos referentes ao cuidado em saúde, sobretudo, em contexto de escassez de recursos⁸.

A base teórica discutida neste estudo aponta estratégias estruturadas em fundamentos teórico-éticos que têm sido utilizadas para avaliar o estabelecimento de prioridades de diversos sistemas de saúde, estabelecendo que a definição de prioridades busca o alcance da justiça¹⁷, objetivo desafiador em circunstâncias pandêmicas substanciais, como ocorrido na Covid-19. Nesse contexto, as decisões podem tornar-se conflituosas, se o público pensar que são impostas por partes interessadas, com objetivos econômicos estreitos. Mas, se o público, ao longo do tempo, reconhecer como um processo educativo e deliberativo, fornecido pela responsabilização pela razoabilidade, em que as instituições-chave tomam decisões responsáveis e razoáveis, então, o público internalizará concepções de um processo equânime que moderarão a demanda.

Assim, em ambientes de terapia intensiva, esses contributos conceituais podem indicar oportunidades de melhorias na definição de prioridades e apontar metas a serem alcançadas na qualidade e coerência do processo de tomada de decisão de triagem e racionamento. Dessarte, destaca-se que os resultados desta pesquisa podem diferenciar-se de outras realidades, ao demonstrar um contexto em particular, o que impede a generalização dos resultados encontrados.

CONCLUSÕES

Sob o prisma do arcabouço teórico da responsabilidade pela razoabilidade, evidenciou-se que o processo decisório para admissão em UTI foi marcado por experiências multifacetadas relacionadas às perspectivas, às práticas e aos desafios enfrentados naquele cenário de excepcionalidade. Nessa lógica, identificou-se que a tomada de decisão era percebida como fenômeno complexo, árduo e interligado a fatores extrínsecos ao âmbito técnico-assistencial, envolvendo dimensões que sobrepõem os preceitos que orientam a tomada de decisão razoável e justificável, a exemplo do contexto grave de doença desconhecida, cuja demanda crescente e agudização da insuficiência de leitos acarretou sobrecarga de trabalho e efeitos físico-emocionais, além da necessidade de triagem e racionamento em maior escala.

Notou-se que as decisões adotadas estavam ancoradas por normativas institucionais estabelecidas nacionalmente, todavia, foram necessárias intervenções contextuais às realidades vivenciadas, a exemplo do critério de distância territorial para obtenção do leito de UTI. Os quatro preceitos da base teórica discutida foram observados, sendo as condições de relevância e publicidade as mais empregadas frente às vivências avassaladoras analisadas. Portanto, o presente estudo tem o potencial de fornecer visibilidade aos desafios apontados e suscitar reflexões sobre os efeitos locais de um fenômeno com proporções globais e, assim, desenvolver maiores habilidades para lidar com cenários pandêmicos futuros.

REFERÊNCIAS

1. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Maio 23];9(3):248-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2048872620922788>
2. Gristina GR, Piccinni M. COVID-19 pandemic in ICU. Limited resources for many patients: approaches and criteria for triaging. *Minerva Anesthesiol* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Maio 15];87(12):1367-79. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34633169/>
3. 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* [Internet]. 2009 [acesso 2020 Fev 12];150(2):132-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011>
4. Tyrrell CSB, Mytton OT, Gentry SV, Thomas-Meyer M, Allen JLY, Narula AA, et al. Managing intensive care admissions when there are not enough beds during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Thorax* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jul 14];76(3):302-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215518>
5. 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* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jun 14];323(13):1239-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
6. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. 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 Emergência) Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2021 Fev 18]. Disponível em: http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo_AMIB_de_alocac__a__o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf
7. Vincent JL, Wendon J, Martin GS, Juffermans NP, Creteur J, Cecconi M. COVID-19: What we've done well and what we could or should have done better-the 4 Ps. *Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jun 15];25(1):40. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03467-y>
8. Griffiths F, Svantesson M, Bassford C, Dale J, Blake C, McCreedy A, et al. Decision-making around admission to intensive care in the UK pre-COVID-19: a multicentre ethnographic study. *Anaesthesia* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jun 13];76(4):489-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15272>
9. Wunsch H, Hill AD, Bosch N, Adhikari NKJ, Rubenfeld G, Walkey A, et al. Comparison of 2 Triage Scoring Guidelines for Allocation of Mechanical Ventilators. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Jan 18];3(12):e2029250. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29250>
10. Oerlemans AJM, Wollersheim H, Van Sluisveld N, Van der Hoeven JG, Dekkers WJM, Zegers M. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Set 05];16(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0190-5>
11. Černý D, Doležal T. Allocation of scarce resources in a pandemic. *Cas Lek Cesk* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 20];160(2-3):47-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34134491/>
12. Lucas NV, Rosenbaum J, Isenberg DL, Martin R, Schreyer KE. Upgrades to intensive care: The effects of COVID-19 on decision-making in the emergency department. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 18];49:100-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.05.078>

13. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutic son the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Maio [acesso 2020 Out 12];382(20):1873-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Painel Covid-19 [Internet]. Brasília, DF(BR): CIEGES; 2021 [acesso 2021 Maio 13]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>
15. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Set 15];36(6):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo, SP(BR): Hucitec; 2013.
17. Daniels N. Decisions about access to health care and accountability for reasonableness. *J Urban Health* [Internet]. 1999 [acesso 2020 Fev 10];76(2):176-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02344674>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde 2017 [acesso 2022 Set 18]. Disponível em: <http://observatoriahospitalar.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-implantacao-e-implementacao-do-nir-nucleo-interno-de-regulacao-para-hospitais>
19. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Qualitativa* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Dez 17];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa(PT): Edições 70; 2016. 141 p.
21. Machado JP, Martins ML, Costa I. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso 2022 Maio 12];39(spe):39-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PwvMrvSNZc59KpYpNSVGRBH/?lang=pt&format=pdf>
22. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitativ estudy. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 22];26(5):397-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
23. Pimenta CJL, Viana LRC, Bezerra TA, Silva CRR, Costa TF, Costa KNFM. Prazer, sofrimento e comunicação interpessoal no trabalho do enfermeiro no cenário hospitalar. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jul 22];29:e20190039. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0039>
24. Barros LM, Pigoga JL, Chea S, Hansoti B, Hirner S, Papali A, et al. COVID-LMIC Task Force and the Mahidol-Oxford Research Unit (MORU). Pragmatic Recommendations for Identification and Triage of Patients with COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 18];104(3 Suppl):3-11. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1064>
25. Aredes JS, Modesto AL. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Ago 21];26(2):435-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
26. Bitencourt JVOV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Set 23];29:e20200213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>

27. Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 2020 Set 23];26(6):467-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12649>
28. Wood RM, Pratt AC, Kenward C, McWilliams CJ, Booton RD, Thomas MJ, et al. The Value of Triage during Periods of Intense COVID-19 Demand: Simulation Modeling Study. *Med Decis Making* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 18];41(4):393-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0272989X21994035>
29. Swiss Academy Of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity (revised version 3.1, 17 December 2020). *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 18];151:w20458. Disponível em: <https://doi.org/10.4414/smw.2021.20458>
30. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Fev 19];48(8):1196-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410>
31. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM n.º 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. 2016 [acesso 2021 Abr 29]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>
32. Ramos JGR, Forte DN. Responsabilidade pela razoabilidade e critérios de admissão, triagem e alta em unidades de terapia intensiva: uma análise das recomendações éticas atuais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 22];33(1):38-47. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/py3b3NWvFgNj6QtvVFT9t3w/abstract/?lang=pt#:~:text=Triagem%20para%20admiss%C3%A3o%20em%20unidades,tomada%20de%20decis%C3%A3o%20potencialmente%20injusta.>
33. Marmelstein G, Morozowski AC. Que vidas salvar? Escassez de leitos de UTI, critérios objetivos de triagem e a pandemia da COVID-19. *Publicum* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Out 12];6(1):94-117. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/publicum.2020.57573>
34. Silva EM, Soares FRG, Frio GS, Oliveira A, Cavalcante FV, Martins NRAV, et al. Inpatient flow for Covid-19 in the Brazilian health regions. *Saúde Debate* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 13];45(131):1111-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131131>
35. Basto LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Abr 26];54:25. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Artigo extraído da tese - Vivências de profissionais em Unidade de Terapia Intensiva e Núcleo Interno de Regulação de Leitos na pandemia da Covid-19, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Maranhão, em 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Pereira JFS, Alves MTSSB.

Coleta de dados: Pereira JFS.

Análise e interpretação dos dados: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF.

Discussão dos resultados: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF.

Revisão e aprovação final da versão final: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, parecer n. 4.234296/2020, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 35645120.9.0000.5086.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Monica Motta Lino.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 25 de julho de 2022.

Aprovado: 25 de outubro de 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

joelmara29@gmail.com