

Escolhas Dramáticas em Contextos Trágicos: Alocação de Vagas em UTI Durante a Crise da COVID-19

Daniel Wang¹, Marcos de Lucca-Silveira²

¹Pesquisador Associado do IEPS e Professor da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas-SP

²Pesquisador da Fundação José Luiz Egydio Setúbal e Professor da Fundação Getúlio Vargas-SP

Introdução

Na saúde, há sempre mais necessidades que recursos. Isso significa que alguns pacientes não recebem todos os cuidados de que precisam. Um recurso frequentemente racionado são vagas em UTI (unidade de terapia intensiva). Pesquisas em diversos países mostram que é comum que profissionais de UTIs façam a triagem de pacientes em um cenário onde há mais pessoas que poderiam se beneficiar de terapia intensiva que vagas disponíveis [1] [2]. No Brasil, esse tipo de escolha é mais frequente em hospitais públicos [3].

Essas escolhas normalmente aparecem na forma de julgamentos clínicos sobre a viabilidade ou pertinência de cuidados intensivos. Porém, a escassez de vagas afeta esse julgamento. Estudos indicam que, quando faltam vagas de UTI, os pacientes admitidos tendem a estar em condição mais grave, menos pessoas são admitidas para monitoramento e altas de UTI são dadas mais rapidamente e para pacientes com condições mais severas [1] [2]. Ou seja, a insuficiência de vagas acaba mudando os critérios de admissão (que tendem a ser mais rigorosos) e de alta de pacientes (que passa a ser mais precoce).

O racionamento de leitos de UTI tende a ser implícito e raramente se sabe que alguém não recebeu o tratamento ideal por falta de vaga. Contudo, ele se torna explícito em situações como a atual crise causada pela COVID-19. Na Itália, as UTIs já não absorvem toda a demanda [4] e médicos precisam escolher quem aceitar e quem deixar falecer [5]. Outros países, inclusive o Brasil, também temem uma situação parecida de sobrecarga do sistema, caso o atual ritmo de contágio continue.

O presente artigo analisa os possíveis critérios de alocação caso haja necessidade de se racionar vagas de UTI em grande escala. Essa discussão considera um contexto de desastre, que é um evento súbito e calamitoso que afeta o funcionamento de uma sociedade e causa perdas humanas e materiais para além do que ela consegue suportar com recursos próprios [6]. Desastres forçam mudanças no atendimento à saúde e na alocação de recursos materiais e humanos. O que pode ser oferecido a cada um é condicionado pelo necessário para salvar o maior número de vidas em uma população.

Resolução CFM 2.156/2016

É importante que decisões sobre alocação de vagas de UTI sejam balizadas por critérios previamente estabelecidos.

Eles evitam alocações baseadas puramente em ordem de chegada ou urgência, que não são necessariamente os critérios mais eficientes. Também evitam vieses indesejáveis, como o favorecimento a pessoas de determinada classe social ou raça. Sobretudo quando há receio de iminente desastre, é melhor que critérios sejam acordados antes que o pior aconteça, quando a urgência da situação impedirá reflexão detida sobre o tema.

No Brasil já existem diretrizes e critérios para alocação de vagas de UTI. A principal referência é a Resolução CFM 2.156/2016. Ela estabelece que o critério para admissão em UTI é a instabilidade crítica, definida como “necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva”.

Os critérios para priorização do atendimento são a necessidade de intervenção de suporte à vida, alta probabilidade de recuperação e ausência de limitação de suporte terapêutico. A limitação de suporte é a decisão de “limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (Resolução CFM 1.805/2006).

A Resolução CFM 2.156/2016 estabelece os seguintes níveis de priorização:

- **Prioridade 1:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- **Prioridade 2:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- **Prioridade 3:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
- **Prioridade 4:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
- **Prioridade 5:** Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso



pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Alocação de UTI em hipótese de tragédia

Modificação de critérios de internação

A Resolução CFM 2156/2016 foi pensada para situações de normalidade. Em situações de tragédia é ainda mais importante que isso seja seguido por todos os hospitais para que pacientes com prioridade II, III, IV e V não ocupem espaço que deveria estar disponível àqueles de prioridade I.

Porém, situações excepcionais podem forçar modificações desses critérios. A depender do aumento da demanda, pode não ser possível atender nem mesmo todos os pacientes de prioridade I. Será preciso estabelecer critérios para escolher dentre aqueles que se encontram em cada nível de prioridade por meio da criação de categorias intermediárias (por exemplo, prioridades I.I, I.II, I.III). Para isso, é preciso detalhar os critérios para determinar níveis de necessidade e de probabilidade de recuperação.

Em situação de desastre, o tempo que se espera que um paciente fique na UTI também deve ser considerado. Preferência deve ser dada àqueles para quem é esperada uma alta mais rápida. Isso permite a maior rotatividade na UTI e, conseqüentemente, aumenta o número de pessoas que podem se beneficiar. Tempo de vida e qualidade de vida após UTI também são relevantes. Esses são critérios controversos porque há receio de discriminação contra idosos ou pessoas com deficiência. Embora não caibam aqui profundas reflexões filosóficas, cabe dizer que esses são critérios frequentemente utilizados por profissionais em triagem de UTI [1] [2] [7]. Também são considerados na alocação de outros recursos de saúde, como na incorporação de medicamentos [8]. Se há concordância que uma pessoa de 30 anos com expectativa de vida normal após a internação deve ter preferência sobre outra de 80 anos com Alzheimer avançado, então tempo e qualidade de vida podem informar escolhas alocativas.

Critérios sociais

Em situações de tragédia, além dos benefícios relacionados diretamente à saúde do paciente, também devem ser considerados benefícios sociais indiretos? [9] Por exemplo, preferência deve ser dada a uma mãe com filhos pequenos, a uma médica, ou a uma cientista estudando uma vacina para a COVID-19?

Considerar benefícios sociais é atrativo, mas deve ser evitado. É difícil mensurar o valor social de uma pessoa, sobretudo quando feito com base em sua profissão. Como comparar um padre que traz conforto espiritual com um garí que impede que o lixo acumulado cause outro problema de saúde pública? Critérios sociais abrem uma porta para o preconceito.

Uma exceção talvez sejam os profissionais de saúde [10]. Isso se justifica pela sua escassez em momentos de tragédia, pela demora em treinar substitutos e a possibilidade de retorno ao trabalho para salvar mais vidas. Outras exceções podem ser consideradas, mas devem ser abertas com cautela, transparência e somente com justificativa muito forte.

Critério de desinternação

A Resolução CFM 2156/2016 determina que pacientes receberão alta quando tiverem quadro clínico controlado e estabilizado ou quando esgotar o arsenal terapêutico para seu caso. Porém, em situações de tragédia, a demanda pode aumentar rapidamente. De uma situação onde havia vagas para pacientes com grau de prioridade II pode-se chegar, em poucos dias, a uma em que falta para quem está em grau I.

Portanto, sistemas podem se ver na obrigação de dar alta a pacientes de forma prematura. Como mencionado, de acordo com a literatura, isso não chega a ser incomum no cotidiano de UTIs. Porém, em situações de tragédia, a escala em que isso ocorrerá pode ser muito maior.

Tirar um paciente para colocar outro é eticamente controverso. Alguns defendem que há um dever ético maior do profissional com um paciente já internado, com quem já assumiu um compromisso de cuidado, se comparado com aquele que ainda não foi internado. Outros defendem que todos os pacientes devem ser considerados da mesma maneira e que não há diferença moral entre negar e retirar um tratamento [11]. Se o objetivo é primordialmente maximizar resultados, então a segunda corrente é aceitável em situações de excepcionalidade.

Impacto sobre outros serviços e pacientes

O racionamento de vagas de UTI será menor se a oferta for ampliada. Porém, são limitados os recursos materiais e humanos para ampliação em grande escala durante um período curto. Ampliar UTIs em resposta à COVID-19 também compete com outras necessidades em saúde.

Embora a COVID-19 domine a atenção do sistema de saúde, esse não é o único motivo pelo qual pacientes precisam de UTI. Os critérios de internação devem ser os mesmos independente da doença, embora deva haver cuidados para evitar contágio na própria UTI.

Pacientes em outras unidades, inclusive em tratamento paliativo ou em média intensidade, que não precisam ou não tiveram a oportunidade de receber cuidado intensivo, não podem ser esquecidos. Negar acesso a um recurso devido à escassez é diferente de abandonar o paciente. A atenção primária e secundária também precisam ser capazes de cuidar daqueles em situação menos grave para que não venham a precisar de UTI, sem esquecer as medidas de prevenção, que são a melhor resposta para a pandemia.

Por fim, é preciso equilibrar a resposta à COVID-19 com a atenção a outros problemas de saúde, que podem acabar



negligenciados. Em alguns países atingidos pelo Ebola, houve um grande aumento de mortes por tuberculose, HIV e malária [12].

Centralização da distribuição de leitos

Os critérios para distribuição de vagas em UTI podem ser aplicados no interior de cada hospital, ou seja, é a escolha entre os pacientes que se apresentam lá para usar os recursos de UTI lá disponíveis.

Porém, em situações de tragédia, há vantagens em centralizar essas decisões para alocar todos os leitos disponíveis entre todos os pacientes elegíveis em uma certa região. Essa foi uma recomendação de especialistas que estão respondendo à crise nas UTIs da Itália [4].

A distribuição centralizada por um comitê gestor para gerir oferta e demanda de UTI pode tornar a alocação mais eficiente, evitando sobrecarga em alguns hospitais e ociosidade em outros. Também facilita a aplicação consistente dos critérios. Ademais, diminui a desigualdade no impacto da pandemia entre diferentes classes sociais. Esse é um risco em um país como o Brasil onde, apesar do SUS, é grande o número de leitos no sistema privado.

A centralização da distribuição pode ocorrer de forma colaborativa ou, se necessário, compulsória. A Constituição Federal estabelece que “no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular [...]” (Art. 5º, XXV). A Lei 13.979/2020 também prevê requisição de bens e serviços.

Conclusão

Esse texto foi feito com a esperança de que nunca precise ser usado. Decisões trágicas em grande escala, ainda que ética e legalmente justificadas, serão traumáticas para todos, mas particularmente para os profissionais que farão a triagem de pacientes. Por isso, é dever da sociedade compartilhar o ônus dessas escolhas estabelecendo a priori e de forma transparente os critérios para decisões de vida ou morte.

Esse texto é um primeiro esforço nesse sentido, mas está longe de dar uma resposta definitiva. Primeiro, existem critérios técnicos que apenas a profissão médica pode estabelecer. Segundo, porque esse tema é sensível e haverá discordância sobre os critérios sugeridos. É preciso, portanto, uma deliberação inclusiva e ampla que traga legitimidade para os critérios e aumente a probabilidade de que sejam respeitados.

Por fim, as diretrizes precisam estar formalizadas legalmente por meio de norma do Ministério da Saúde e/ou uma resolução do Conselho Federal de Medicina. Isso contribuirá para a uniformidade e consistência na aplicação dos critérios em todos os hospitais. Também protegerá os profissionais de posterior responsabilização legal.

Momentos como esse testam o senso de justiça e a solidariedade de uma sociedade.

Referências

- [1] Sinuff, T.; Kahnamoui, K.; Cook, D. J.; Luce, J. M.; Levy, M. M. Rationing critical care beds: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 32(7):1588–1597, 2004.
- [2] Oerlemans, A. J. M.; Wollersheim, H.; van Sluisveld, N.; van der H., Johannes G.; Dekkers, W. J. M.; Zegers, M. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiology*, 16(25), 2016.
- [3] Ramos, J. G. R.; Passos, R. H.; Baptista, P. B. P.; Forte, D. N. Fatores potencialmente associados à decisão de admissão à unidade de terapia intensiva em um país em desenvolvimento: um levantamento de médicos brasileiros. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29:154–162, 2017.
- [4] Grasselli, G.; Pesenti, A.; Cecconi, M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*, 03 2020.
- [5] Lintern, S. ‘we are making difficult choices’: Italian doctor tells of struggle against coronavirus. *The Independent*, 2020.03.13.
- [6] Barfield, W. D.; Krug, S. E. et al. Disaster preparedness in neonatal intensive care units. *Pediatrics*, 139(5), 2017.
- [7] Wilkinson, D.; Petrou, S.; Savulescu, J. Expensive care? resource-based thresholds for potentially inappropriate treatment in intensive care. *Monash Bioethics Review*, 35(1):2–23, 2018.
- [8] How NICE measures value for money in relation to public health interventions. <https://www.nice.org.uk/Media/Default/guidance/LGB10-Briefing-20150126.pdf>, 09 2013.
- [9] Brock, D. W. Separate spheres and indirect benefits. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1(1), 2003.
- [10] Moodley, K.; Hardie, K.; Selgelid, M. J.; Waldman, R. J.; Strebler, P.; Rees, H.; Durrheim, D. N. Ethical considerations for vaccination programmes in acute humanitarian emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(4):290–297, 2013.
- [11] Hope, T.; McMillan, J.; Hill, E. Intensive care triage: Priority should be independent of whether patients are already receiving intensive care. *Bioethics*, 26(5):259–266, 2012.
- [12] World Health Organization. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. World Health Organization, 2016.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Wang, D.; de Lucca-Silveira, M. (2020). Escolhas dramáticas em contextos trágicos: alocação de vagas em UTI durante a crise da COVID-19. *Nota Técnica n.5*. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br