



Protocolo para triagem de pacientes em UTIs

Documento elaborado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB; Associação Brasileira de Medicina de Emergência - ABRAMEDE; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG; Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma pandemia a COVID-19, doença provocada pelo SARS-CoV-2.^{1,2} Uma das consequências da pandemia foi o aumento da demanda por serviços especializados de saúde,³ destacando-se leitos de terapia intensiva e profissionais capacitados para oferecer cuidados complexos. Como consequência, também houve maior demanda por insumos básicos como medicamentos (sedativos, analgésicos, bloqueadores neuromusculares), oxigênio, ventiladores mecânicos e equipamentos de proteção individual. Apesar dos esforços de ampliação da rede de serviços emergenciais e da adoção de medidas de contingência, sistemas de saúde de todo o mundo continuam o risco de colapso. Esse esgotamento de recursos compromete a oferta de cuidados tanto a pacientes portadores de COVID-19 quanto a pacientes portadores de doenças não pandêmicas. Diante dessas circunstâncias, decisões em relação a quais pacientes serão alocados os recursos que se tornam escassos tornar-se-ão inevitáveis.

Faz parte da responsabilidade de sociedades científicas, autoridades sanitárias e do poder público o preparo para a possibilidade de esgotamento de recursos em situações de crises tais como desastres com vítimas em massa e pandemias.⁴ De acordo com recomendações e diretrizes de sociedades médicas internacionais o estabelecimento de um protocolo de alocação de recursos em esgotamento é uma exigência que faz parte do preparo para pandemias onde há inevitável risco de que mesmo as medidas de contingência possam não ser suficientes para lidar com o rápido influxo de um grande número de pacientes graves.⁵⁻⁷ A *American College of Chest Physicians* argumenta que a ausência de um sistema de triagem apropriado quando medidas de contingência foram esgotadas pode contribuir com o aumento do número de mortes desnecessárias, aumentar a carga de estresse moral dos profissionais da saúde e erodir a credibilidade da atenção em saúde na medida que decisões serão tomadas de maneiras inconsistentes e com critérios pouco claros e questionáveis.⁷

Para serem eticamente defensáveis, no entanto, processos de alocação de recursos em esgotamento não devem ocorrer em segredo e serem baseados em decisões subjetivas e inconsistentes. Ao contrário, é fundamental que ocorram com fundamento em protocolos claros⁸, transparentes,⁹⁻¹⁵ tecnicamente bem embasados, eticamente justificados^{10,12,15} e que estejam alinhados ao arcabouço legal brasileiro. Outro objetivo que norteia a necessidade desse protocolo é o de proteger os profissionais que estão na linha de frente do cuidado ao retirar de suas mãos a responsabilidade de tomar decisões emocionalmente e moralmente exaustivas.^{7,16} Além disso, a utilização de um protocolo de maneira consistente pelas diversas instituições de saúde garante que um maior número de pacientes sejam igualmente sujeitos aos mesmos critérios chancelados pelas autoridades responsáveis tanto pelo zelo técnico-científico quanto o ético-legal do processo.

Assim, diante do surgimento de situações de esgotamento de recursos para assistir os pacientes que necessitem de recursos em escassez em situações de crise propomos um protocolo baseado em procedimentos claros, transparentes, éticos, racionais, legais e técnicos, que tem o objetivo de proporcionar suporte e auxílio aos profissionais de saúde, que, no espectro de sua prática, deverão participar da tomada de decisões complexas relativas à alocação desses recursos escassos. Este protocolo é assinado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Também a Sociedade Brasileira de Bioética endossou o modelo de triagem em sua segunda versão.

O protocolo aqui proposto, embora tenha tido sua publicação precipitada pela atual pandemia, não é um protocolo específico à COVID-19. É um protocolo para uso em situações extremas exemplificadas por ocorrências com vítimas em massa e pandemias, e a ser utilizado apenas em momentos de crise, ou seja, quando até mesmo as



medidas de contingência estão sendo insuficientes para acomodar o aumento pela demanda de recursos. Salienta-se fundamentalmente que não se trata de um protocolo apenas técnico: princípios éticos e legais devem guiar e estabelecer os limites de processos de alocação de recursos escassos. O conhecimento dos princípios éticos e legais que amparam o protocolo são tão importantes quanto o conhecimento sobre seus aspectos técnicos. (ver tabela 1)

Em especial destacamos que o presente protocolo busca alinhamento com os critérios da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016¹⁹ cujo racional normativo prioriza a oferta de vagas escassas de UTI a pacientes com maior probabilidade de recuperação, recomendando que pacientes com baixa expectativa de recuperação e próximos da morte recebam, preferencialmente, cuidados paliativos. Além disso, o protocolo contribui com a aplicação da resolução em momentos críticos da pandemia ao oferecer critérios de avaliação de probabilidade de recuperação, aliviando o profissional da linha de frente do peso emocional e moral dessa tarefa e favorecendo maior consistência as decisões tomadas nos diversos contextos de atendimento.

Tabela 1 - Princípios ético-legais que amparam o protocolo de alocação de recursos em esgotamento AMIB/ABRAMEDE/SBGG/ANCP

Princípios normativos brasileiros que informam o protocolo

- Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a dignidade humana.²⁵
- Código de Ética Médica e a vedação à eutanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²
- Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, sobre a autorização da ortotanásia e a obrigatoriedade dos cuidados paliativos.²¹
- Código de Ética Médica e a vedação à distanásia. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.²²
- Ação civil pública nº 2007.34.00.014809-3, de 1 de dezembro de 2010, da Justiça Federal (Seção Judiciária do Distrito Federal) que é um pronunciamento jurisdicional transitado em julgado que assegura aos médicos e pacientes a prática da ortotanásia, proclamando a sua constitucionalidade.²³
- Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 2.156, de 28 de outubro de 2016 que estabelece os critérios para indicação de admissão ou alta para pacientes em UTI, com o objetivo de orientar o fluxo de acolhimento de pacientes em situação de instabilidade clínica, diante da crônica oferta insuficiente de leitos de UTI.¹⁹

Princípios bioéticos específicos a protocolos de triagem em condições de desastres em massa e pandemias

- em situações de desastres em massa e pandemias pode ser inevitável a necessidade de processos de triagem, quando a oferta de serviços emergenciais é inferior à demanda de pacientes graves^{6,7,27}
- a alocação de recursos baseados unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas^{6,7,27}
- o princípio mais sólido, ainda na ausência de consenso absoluto, é o de priorização de pacientes com melhores chances de benefício e com maiores expectativas de sobrevida.^{5-7,11,15}
- a identificação de maior chance de benefício ou sobrevida deve utilizar medidas objetivas,^{7,8,10,11,15} com boa base de evidência e que possam ser aplicadas universalmente.^{6,7,10,15}

- o uso de um único critério não é recomendado sob risco de maior erro preditivo e de inserção de vies discriminatório no processo. A idade, por exemplo, não deve ser utilizada como critério único de triagem.^{7,10,16,29}
- avaliações baseadas na subjetividade do julgamento clínico individual também devem ser evitadas, porque são mais sujeitas a vieses, potenciais discriminatórios e ao uso inconsistente.^{5,8,30}
- medidas de qualidade de vida (como a *Quality Adjusted Life Years* por exemplo) não devem ser utilizadas por terem caráter subjetivo e porque podem inserir vieses contra pessoas portadoras de deficiências.^{15,28}
- transparência e clareza: critérios devem ser claros, transparentes e expostos ao escrutínio (técnico e público) e a revisões sempre que apropriado.^{6,7,9-12,15,16,31}
- a triagem deve ser aplicada a todos os pacientes, independente da doença apresentada (pandêmica ou não pandêmica).^{6,7,10,15,16,27,31}
- pacientes que não foram priorizados na alocação de recursos escassos devem continuar a receber os demais tratamentos não racionados, quando clinicamente apropriado e consentido por eles, incluindo a imperativa oferta de cuidados de conforto caso a morte seja inevitável.^{7,8,10,11,15,28,32}
- comunicação a pacientes e familiares da existência do protocolo e da prioridade alocada e, sempre que possível, incluir seus valores e desejos.^{7,8,11,12,15}
- respeitar diretivas antecipadas de vontade relacionadas a recusa de tratamentos de suporte de vida no final de vida para aqueles pacientes que as redigiram antes do acometimento pela doença aguda ou exacerbação da doença crônica que motivou a internação.^{8,16,26,28}
- sempre que possível e apropriado discutir com os pacientes e familiares o plano de cuidado a ser adotado em caso de deterioração clínica, incluindo a não oferta de oferta de medidas de suporte orgânico tais como a intubação oro-traqueal ou medidas de reanimação cardiopulmonar.³³
- o prontuário deve conter registros claros de todas as decisões tomadas entre equipe e o paciente.
- formar sempre que possível uma equipe de triagem treinada em cada unidade de atendimento, ou uma equipe regional com representantes nas unidades de atendimento.^{6-8,10,15,16}
- reavaliação da evolução clínica dos pacientes, de maneira a evitar o prolongamento do morrer (distanásia) naqueles pacientes que não conseguiram obter a recuperação, e dessa forma, manter a consistência com o princípio de maximização de benefícios.^{7,10,15,16,27,34,35}

Detalhamento do modelo de triagem sugerido

O modelo de triagem que propomos (ver tabela 2) é um modelo de triagem terciária,^{6,7} a ser conduzida dentro das unidades hospitalares. É baseado no modelo proposto por Biddinson et al¹⁰ e assemelha-se ao modelo proposto por White et al nas suas versões de 2009¹⁴ e 2020.¹⁵ O protocolo de Biddinson et al, que tomamos como referência, é fruto de um processo que, inicialmente, contou com consultas a profissionais e à população de Maryland - EUA, cujas recomendações foram posteriormente redigidas por um grupo de profissionais da saúde, bioeticistas e profissionais do direito.

Em nossa versão, adotamos dois dos critérios do modelo de Biddinson et al: o escore Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) e a presença de comorbidades. Após consulta pública optamos por não adotar o critério de idade presente naquele modelo por entender-se que isso seria discriminatório (e, portanto, inconstitucional). Além disso, sua presença poderia comprometer a base de solidariedade que é característica da atenção em saúde.

Substituímos o critério de idade por uma medida de funcionalidade, que é neutra em relação a idade, e que considera a reserva fisiológica ou capacidade física. Essa medida, realizada através do instrumento *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), é amplamente conhecida e de fácil e rápida aplicação (ver anexo 1).

A identificação de presença de comorbidades avançadas que exibam uma maior a probabilidade de sobrevida inferior a um ano pode ser feita a partir da identificação de critérios clínicos associados a presença de doenças em estágio avançado. Recomendamos que essa identificação seja feita através do uso do Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)³⁸ em sua versão em português do Brasil (ver anexo 2) e que a presença de pelo menos um indicador pelo instrumento seja o ponto de corte reconhecido como definidor da alocação de três pontos neste critério ao paciente. Como alternativa de auxílio para essa avaliação, oferecemos uma tabela com condições de saúde que comumente se enquadram no critério de comorbidades avançadas. (tabela 3). Condições de saúde não completamente cobertas pelos instrumentos acima podem ser avaliadas, a partir de consulta a um profissional experiente em Cuidados Paliativos, membro médico da equipe de triagem ou mesmo consultor remoto externo.

Em caso de empates, recomenda-se que a prioridade seja dada a pacientes com menos comprometimentos orgânicos e de acordo com o julgamento clínico e contextual da comissão de triagem local, analisando-se variáveis como: rapidez de declínio clínico, segurança no uso de estratégias não invasivas de suporte ventilatório em ambientes externos a UTI, risco de transporte e capacidade do serviço de origem em escalonar a complexidade dos cuidados.

Um sumário de recomendações de boa prática no uso do protocolo de alocação de recursos em esgotamento encontra-se na tabela 4 e uma sugestão de fluxo de pacientes que necessitem medidas de suporte orgânico escasso após superadas as medidas de contingência durante a pandemia de COVID-19 encontra-se no fluxograma 1.

Tabela 2 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE/SBG/ANCP

Passos	Critérios	Pontos				Pontuação por critério
		1	2	3	4	
1	Calcular a pontuação do SOFA e pontuar o critério conforme estratificação ao lado	SOFA ≤ 8	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA > 14	
2	Apresenta comorbidades avançadas? * Se sim, pontue 3 pontos. Se não, zero pontos.	---	---	sim	---	
3	Aplicar a ECOG e pontuar o critério conforme a estratificação ao lado	0-1	2	3	4	
4	Pontuação total dos critérios 1 a 3					
5	Alocar o recurso escasso ao paciente com menor pontuação					
6	Em caso de empate utilizar: menor SOFA e julgamento clínico e contextual da equipe de triagem					

*Fazer a avaliação através do SPICT-BR

Fluxograma 1 – fluxo de triagem para a alocação de medidas de suporte orgânico durante a pandemia por COVID-19

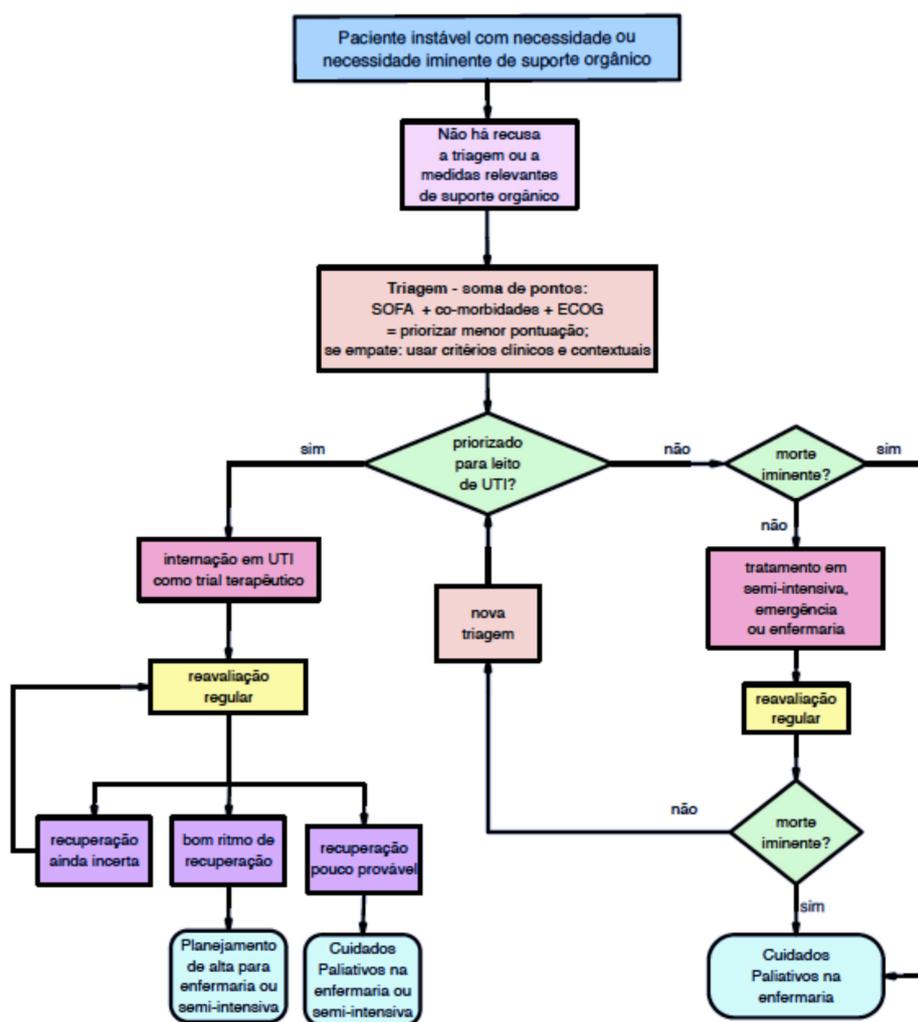


Tabela 4 - Sumário de recomendações AMIB/ABRAMEDE para protocolo de alocação de recursos em esgotamento diante da pandemia de COVID-19

Quanto às condições essenciais para o início da implementação do protocolo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento de estado de emergência em saúde pública; ^{6,8} 2. Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento; ^{6-8,13} 3. Criação de comissões de triagem hospitalares pelos diretores técnicos. 4. Alinhamento da gestão do protocolo intra-hospitalar com o sistema de regulação de leitos locais/regionais que facilite a disponibilidade de leitos entre unidades hospitalares. 5. Responsabilidade de gestores em saúde de identificar a necessidade de início e fim da vigência da triagem a partir do monitoramento contínuo (a) das condições de esgotamento de recursos e (b) dos devidos esforços na adoção e medidas de contingência 6. Anúncio público do início e encerramento da aplicação do protocolo.
Quanto à aplicação do modelo de triagem de pacientes que necessitem recursos vitais em escassez (exemplo: suporte ventilatório ou vaga de UTI)

1. Identificar a presença por parte do paciente de Diretivas Antecipadas de Vontade ou expressões de desejos prévios de não receber o recurso em escassez (exemplo: internação em UTI ou ventilação mecânica invasiva). Estes pacientes deverão ter seus desejos respeitados e não deverão ser triados.
2. Manter a estabilização clínica enquanto os dados de triagem necessários sejam colhidos - idealmente os dados devem estar disponíveis em um período de 90 minutos ^{10,45}.
3. Calcular a pontuação do paciente conforme o SOFA, presença de comorbidades avançadas e ECOG (ver passo a passo na tabela 2).
4. Alocar os recursos escassos aos pacientes com menores pontuações.
5. Em caso de empates utilizar menores escores SOFA e avaliação baseada em julgamento clínico e contextual da equipe de triagem.
6. Comunicar de maneira empática a pacientes e familiares sobre o processo de triagem, informá-los da pontuação atual do paciente e acolher as necessidades de informação e as necessidades emocionais e espirituais sempre que possível.
7. Fazer registro apropriado da pontuação do paciente em prontuário ^{8,11,15}
8. Manter pacientes que não foram priorizados na lista de triagem e no aguardo da disponibilidade dos recursos escassos.
9. Revisar regularmente os critérios de triagem de cada paciente, incluindo a atualização das pontuações já que elas podem variar com a evolução do quadro. ^{5,7,10,15}
10. Reavaliação regular dos pacientes que foram alocados recursos vitais em escassez; evitar a distanásia.
11. Pacientes poderão solicitar exclusão da triagem a qualquer momento.

Quanto aos cuidados aos pacientes que não desejaram ou a quem não foram alocados os recursos escassos vitais

1. Pacientes que não receberão recursos em escassez devem ser internados em enfermaria e receber todos os demais cuidados e medidas de estabilização clínica com os quais consentirem.
2. Pacientes que se aproximam da morte devem receber todos os cuidados que garantam a dignidade e a prevenção e tratamento dos sofrimentos físicos, sócio emocionais e espirituais.
3. Um protocolo institucional de controle de sintomas que incluam medidas de boa prática no controle da dispneia e sedação paliativa quando esta for necessária deve estar disponível.
4. Garantir acesso à comunicação (ainda que virtual) entre familiares e pacientes, incluindo quando possível e sob supervisão de equipe de psicologia oportunidades para rituais de despedida.

Quanto as comissões de triagem

1. Devem ser constituídas por pelo menos três profissionais experientes (dois médicos e um profissional da equipe multidisciplinar) e preferencialmente formada também por um bioeticista e/ou um representante da comunidade, ainda que sob forma remota.
2. Membros das comissões de triagem idealmente devem receber treinamento para o bom exercício de suas funções.
3. Serão responsáveis pela gestão da aplicação consistente do protocolo, serão acionadas em caso de dúvidas, responderão a questionamentos quanto a boa condução do processo, farão a gestão de conflitos e poderão em colaboração com a equipe assistente desempenhar o papel de comunicação com pacientes e familiares.

Outras medidas de boa prática

1. Cada instituição será responsável por viabilizar acesso a serviços de apoio psicológico a profissionais expostos a alta carga de trabalho e ao exercício de decisões complexas.
2. Cada instituição deve garantir acesso a revisão externa e independente do processo de triagem.
3. Manter um bom registro dos dados clínicos, pontuações e desfechos de maneira a permitir a auditoria independente do modelo e da aplicação do protocolo.
4. Revisão da aceitação social, performance preditiva e aplicabilidade do modelo e instituir ajustes diante de evidências de distorções ou de possibilidades de aprimoramento do modelo e de seus processos.

Conclusão

Sugerimos um protocolo de triagem, que tem como objetivo o auxílio prático aos profissionais de saúde, diante de decisões complexas, associadas a alocação de leitos de UTI e ventiladores durante a pandemia do COVID-19. Reconhecemos que o protocolo proposto tem limitações quanto aos seus aspectos éticos e técnicos. Quanto aos seus aspectos éticos, sabemos que não é possível captar uma universalidade moral, em especial no contexto de sociedades pautadas pelo pluralismo de valores; nesse sentido buscamos uma legitimidade ética vinda do livre debate de ideias. Da mesma forma reconhecemos que a ausência na literatura médica de um modelo preditivo padrão ouro faz com que nenhum modelo a ser disponibilizado seja perfeito ou imune a críticas. No entanto, entendemos que teremos muito mais chances de acertos do que de erros ao adotarmos uma proposta que busca um bom embasamento e equilíbrio normativo e técnico e que esteja aberta ao escrutínio público e à revisão independente. As contribuições que recebemos tornaram nossas recomendações muito mais ricas e representativas de nossos valores. Em outras palavras, a ênfase da proposta aqui apresentada recai mais sobre a preocupação com sua legitimidade normativa do que quanto a validade de suas propriedades preditivas. Responsabilidade, cooperação e preparo são palavras de ordem neste momento crítico de pandemia pelo COVID-19. Desde o início desse projeto desejamos profundamente que a crise imposta pela pandemia fosse em breve superada e que a adoção de um protocolo de alocação de recursos esgotados jamais viesse a ser necessário.



Diante dessa indesejável necessidade a despeito dos nossos melhores esforços de ampliação da oferta de recursos em esgotamento, no entanto, é nossa responsabilidade enquanto sociedades científicas estarmos devidamente preparados para seu uso. O protocolo que apresentamos busca contribuir com essa árdua tarefa.

Por último, recomendamos fortemente que gestores, membros das comissões de triagem e qualquer profissional diretamente envolvidos na aplicação do protocolo o leia em sua versão integral:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/dezembro/16/Protocolo_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_Pandemia_por_COVID.pdf

Referências

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 20 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---20-march-2020>. Accessed April 28, 2020.
2. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Accessed April 28, 2020.
3. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Accessed April 28, 2020.
4. Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspectives*. March 2020. doi:10.31478/202003b
5. Christian MD, Sprung CL, King MA, et al. Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e61S-e74S. doi:10.1378/chest.14-0736
6. Christian MD. Triage. *Critical Care Clinics*. 2019;35(4):575-589. doi:10.1016/j.ccc.2019.06.009
7. Maves RC, Downar J, Dichter JR, et al. Triage of scarce critical care resources in COVID-19: an implementation guide for regional allocation - An expert panel report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. April 2020. doi:10.1016/j.chest.2020.03.063
8. Dal-Pizzol F, Luis Eiras Falcão -Diretor Secretário Geral Hugo Correa de Andrade Urbano -Diretor Científico Wilson de Oliveira Filho -Diretor Tesoureiro Ciro Leite Mendes -Diretora Presidente Passado Marcelo de Oliveira Maia -Diretor Presidente Futuro A. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva Abril 2020 ORGANIZADOR.
9. Sokol D. The life and death decisions of covid-19 - The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/20/daniel-sokol-the-life-and-death-decisions-of-covid-19/>. Accessed April 28, 2020.
10. Daugherty Biddison EL, Faden R, Gwon HS, et al. Too Many Patients...A Framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters. *Chest*. 2019;155(4):848-854. doi:10.1016/j.chest.2018.09.025
11. Warrillow S, Austin D, Cheung W, et al. *ANZICS Best Practice Advisory Committee*.
12. Ethical guidance published for frontline staff dealing with pandemic | RCP London. <https://www.rcplondon.ac.uk/news/ethical-guidance-published-frontline-staff-dealing-pandemic>. Accessed April 28, 2020.
13. Sprung CL, Zimmerman JL, Christian MD, et al. Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: Summary report of the European Society of



- Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Medicine*. 2010;36(3):428-443. doi:10.1007/s00134-010-1759-y
14. 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. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(2):132-138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011
 15. White D. *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*. https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Accessed April 29, 2020.
 16. Swiss Academy of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss medical weekly*. 2020;150:w20229. doi:10.4414/smw.2020.20229
 17. Ayanian JZ. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*. 2020;1(4):e200397-e200397. doi:10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397
 18. WMA Declaration of Geneva – WMA – The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Accessed April 29, 2020.
 19. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM 2156/2016*. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Accessed April 29, 2020.
 20. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, et al. II Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2011;23(1):24-29. doi:10.1590/S0103-507X2011000100005
 21. Conselho Federal de Medicina. *RESOLUÇÃO CFM Nº 1805/2006*; 2006. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Accessed April 28, 2020.
 22. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional. 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. Accessed April 28, 2020.
 23. BRASIL. *Justiça Federal. Seção Judiciária Do Distrito Federal. Ação Civil Pública n 2007.34.00.014809-3. Relator: Juiz Roberto Luis Luchi Demo*. Brasília; 2010.
 24. Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Accessed April 28, 2020.
 25. Constituição Brasileira. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Accessed April 28, 2020.
 26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1995/2012. Diário Oficial da União 2012 Ago 31 Seção I p26.
 27. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England journal of medicine*. March 2020. doi:10.1056/NEJMs2005114
 28. Espinosa E, Galan J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E. *MARCO ÉTICO PANDEMIA COVID 19*.
 29. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds during the COVID-19 Pandemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.5046
 30. Christian MD, Devereaux A v., Dichter JR, Rubinson L, Kissoon N. Introduction and executive summary: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:8S-34S. doi:10.1378/chest.14-0732
 31. *Ethical Dimensions of COVID-19 for Frontline Staff*; 2020.
 32. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19 - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>. Accessed April 29, 2020.

33. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions about Do-Not-Resuscitate Orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.4894
34. CHEST Guideline Disclaimer. *Chest*. 2014;146(4):1S. doi:10.1378/chest.1464s1
35. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Critical Care*. 2020;24(1):165. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
36. Raith EP, Udy AA, Bailey M, et al. Prognostic accuracy of the SOFA score, SIRS criteria, and qSOFA score for in-hospital mortality among adults with suspected infection admitted to the intensive care unit. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2017;317(3):290-300. doi:10.1001/jama.2016.20328
37. *The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG) The National GSF Centre's Guidance for Clinicians to Support Earlier Identification of Patients Nearing the End of Life Leading to Improved Proactive Person-Centred Care National Policy Support for Earlier Identification. General Medical Council-2010 Wwww.Gmc-Uk.Org/Static/Documents/Content/End_of_life.Pdf. http://www.goldstandardsframework.org.ukformoredetailsseeGSFPIG. Accessed April 29, 2020.*
38. SPICT-BR™ – SPICT. <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Accessed April 28, 2020.
39. Ballantyne A. *ICU Triage: How Many Lives or Whose Lives?* <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/07/icu-triage-how-many-lives-or-whose-lives/>.
40. Oken MM, Creech RH, Davis TE. Toxicology and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*. 1982;5(6):649-655. doi:10.1097/00000421-198212000-00014
41. Zampieri FG, Bozza FA, Moralez GM, et al. The effects of performance status one week before hospital admission on the outcomes of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(1):39-47. doi:10.1007/s00134-016-4563-5
42. Rodrigues M, Rodrigues IN, Silva DJVG, Pinto JM de S, Oliveira M. Clinical frailty scale: translation and cultural adaptation into the Brazilian language. February 2020. doi:10.14283/jfa.2020.7
43. Muscedere J, Waters B, Varambally A, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(8):1105-1122. doi:10.1007/s00134-017-4867-0
44. Overview | COVID-19 rapid guideline: critical care in adults | Guidance | NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>. Accessed April 28, 2020.
45. White D. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.
46. Courtney B, Hodge JG, Toner ES, et al. Legal Preparedness: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146:e134S-e144S. doi:10.1378/chest.14-074



Anexo 1 – Performance Status – ECOG*

Graduação	Descrição
0	Completamente ativo, capaz de desempenhar as atividades do dia a dia sem limitações.
1	Com restrições a atividades físicas mais extenuantes, mas caminha normalmente; capaz de fazer trabalhos leves ou de natureza sedentária tais como trabalhos domésticos leves ou atividades de escritório.
2	Caminha e é capaz para o autocuidado, mas está incapaz para o trabalho. Passa mais de 50% do tempo fora do leito.
3	Capacidade limitada para o autocuidado; permanece sentado ou deitado mais de 50% do tempo.
4	Incapaz para o autocuidado; totalmente acamado.
5	Morto.

* Eastern Cooperative Oncology Group (tradução dos autores)

