



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO
RECOMENDAÇÃO CREMEPE Nº 05 /2020

Recomenda a utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso a leitos de terapia intensiva, assistência ventilatória e palição, como meio de hierarquização da gravidade dos pacientes, na ausência absoluta de leitos suficientes para atender a demanda terapêutica.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco - CREMEPE, Autarquia Federal, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 09.790.999/0001-94, com sede na Rua Conselheiro Portela, nº 203, Espinheiro, Recife/PE, CEP 52.020-030, por seu presidente Mario Fernando da Silva Lins, no uso das suas atribuições legais conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, Decreto-Lei Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, publicada em 16 de dezembro de 2004 e Decreto 6.821/2009, de 14 de abril de 2009;

CONSIDERANDO o atual cenário da COVID -19, classificado como pandemia pela OMS – Organização Mundial de Saúde, e tendo o Senado Federal brasileiro, através do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, reconhecido o estado de calamidade pública no Brasil;

CONSIDERANDO a Resolução CFM 2.156/2016 que disciplina sobre “os critérios de admissão e alta” em terapia intensiva;

CONSIDERANDO a Resolução 2.272/2020 que define o funcionamento das unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários de acordo com suas complexidades;

CONSIDERANDO que entre os princípios fundamentais do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) está estabelecido que a medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados;

CONSIDERANDO os artigos 32 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), os quais vedam ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente e deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal;

CONSIDERANDO o aumento no número de casos de insuficiência respiratória grave que ameaça criar um desequilíbrio substancial entre as reais necessidades clínicas da população e a disponibilidade efetiva de recursos avançados de suporte à vida;



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CONSIDERANDO a possibilidade do esgotamento absoluto na abertura de novos leitos e a necessidade de desenvolver ferramentas para atender a esta demanda no estado de Pernambuco;

CONSIDERANDO que os princípios da ética, bioética e do direito internacional determinam que os protocolos de triagem sejam usados para orientar a alocação de recursos;

CONSIDERANDO que os princípios do direito internacional, em situações de calamidade, exigem um plano de triagem que forneça equitativamente a todas as pessoas a "oportunidade" de sobreviver, porém observando que esses princípios não garantem tratamento ou sobrevivência a todos;

CONSIDERANDO a existência na literatura médica mundial de escores de priorização, garantindo o esforço para uso equitativo e eficiente dos recursos de cuidados intensivos, dentre eles o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) de avaliação de prognóstico a curto prazo e direcionamento de intervenções terapêuticas;

CONSIDERANDO o uso de escores prognósticos para avaliação de chances de sobrevivência a longo prazo como o Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) que gradua a gravidade das comorbidades, mas não contempla a fragilidade em idosos;

CONSIDERANDO que a fragilidade representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, frequente entre os idosos, produzida pela reserva homeostática diminuída e pela capacidade reduzida do organismo de enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde, incluindo o aumento da probabilidade de morte; que dentre as ferramentas diagnósticas existentes, a Clinical Frailty Scale (CFS), está validada para uso em idosos no Brasil e tem mais rápida aplicação no contexto da urgência;

CONSIDERANDO que pessoas acometidas por uma mesma doença podem apresentar funcionalidades completamente distintas e que esta deve ser fator prognóstico decisivo para tomada de decisão clínica e proporcionalidade terapêutica; que a funcionalidade do paciente, independentemente de sua faixa etária, deve ser verificada, sendo o Karnofsky performance status (KPS), um dos mais difundidos e pode ser adaptado a questões simples para o contexto da urgência;

CONSIDERANDO a manifestação das câmaras técnicas do CREMEPE (medicina intensiva, cuidados paliativos, oncologia e nefrologia) com a colaboração do estudo de doutoramento da médica Mirella Rebello Bezerra;

CONSIDERANDO ainda o Decreto Estadual nº 48.834, de 20 de março de 2020, alterado pelo Decreto Estadual nº 48.836, de 22 de março de 2020;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária geral extraordinária do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, realizada em 22 de abril de 2020.



RECOMENDA:

Art. 1º. Utilização do fluxograma de atendimento ao paciente portador de SRAG (síndrome respiratória aguda grave), conforme anexo I.

Art. 2º. Utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de pacientes ao acesso a unidades de terapia intensiva e de assistência ventilatória, utilizando combinação do Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) simplificado, Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), Clinical Frailty Scale (CFS) e performance status de Karnofsky, conforme anexo I.

Art. 3º. Caberá à autoridade sanitária definir o início, duração e gradação do ponto de corte de utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI), conforme a necessidade de adequação dos quantitativos de leitos à demanda existente.

Art. 4º. Esta Recomendação entra em vigor na data de sua publicação.

Recife, 27 de abril de 2020.

Mário Fernando da Silva Lins
PRESIDENTE

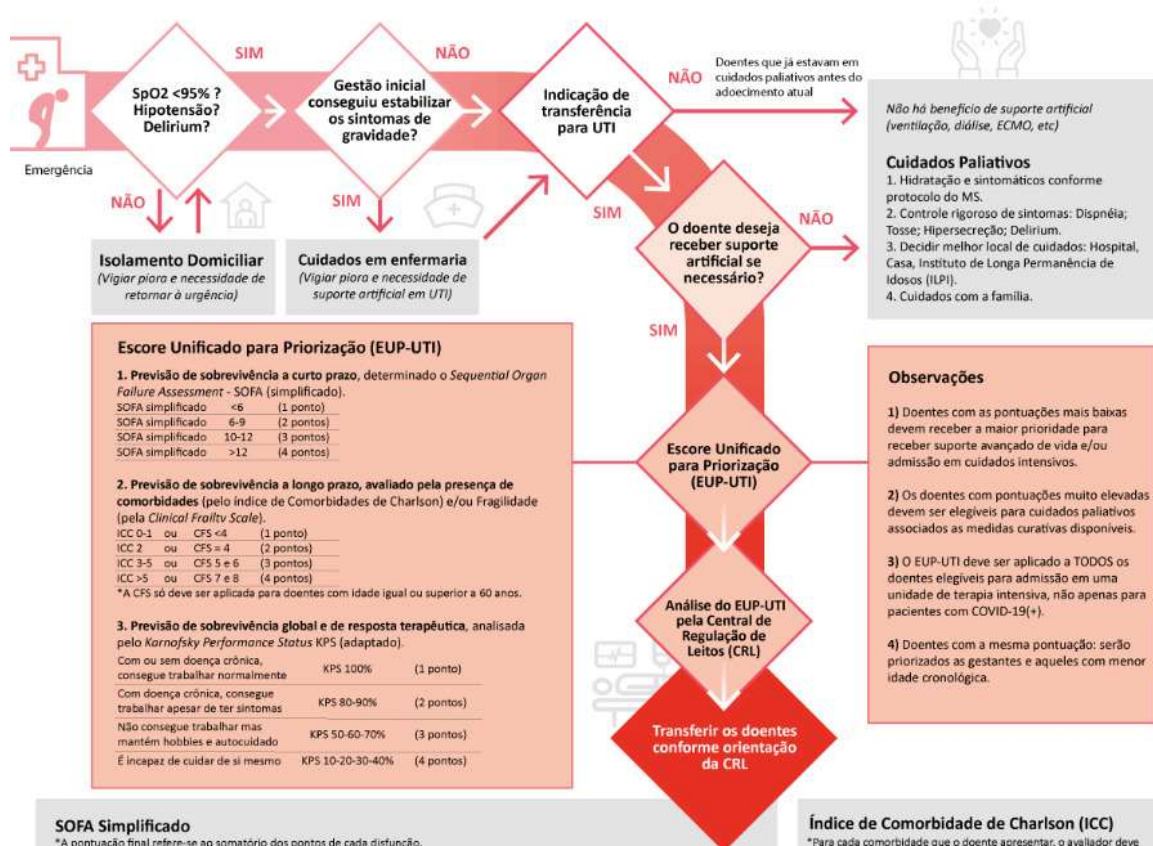


CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

ANEXO I - RECOMENDAÇÃO CREMEPE Nº 05 /2020



FLUXO DE ATENDIMENTO AO ADULTO COM SUSPEITA DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)



SOFA Simplificado

*A pontuação final refere-se ao somatório dos pontos de cada disfunção.
** Os doentes com parâmetros dentro da normalidade pontuam zero.

COMPONENTE / DISFUNÇÃO	PARÂMETRO	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
NEUROLÓGICO	Escala de Coma de Glasgow	13 a 14	10 a 12	6 a 9	<6
CARDIOVASCULAR	Hipotensão, mmHG	PAM<70mmHg	Dopamina ≤ 5 ou Dobutamina qualquer dose	Dopamina > 5 ou Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou Norepinefrina > 0,1
RESPIRATÓRIO	Saturação Periférica de O2	SpO2>92% com Cateter nasal O2 até 2l/min	SpO2> 92% com Cateter nasal O2 até 5l/min	SpO2>92% com ventilação mecânica com FiO2 até 40%	SpO2> 92% com ventilação mecânica com FiO2> 40%
COAGULAÇÃO	Plaquetas 10 ³ /µl	<150	<100	<50	<20
HEPÁTICO	INR Inspeção	<1,1 anictérico	1,1-1,36 -	1,36-1,88 -	1,88-2,15 icterico
RENAL	Creatinina (mg/dL) Diurese (mL/dia)	1,2-1,9 >500	2-3,4 -	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

PAM, Pressão Arterial Média - *Adaptado de VINCENT et al.; † agentes adrenérgicos administrados por pelo menos 1 hora (doses em µg/kg/min).

Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)

*Para cada comorbidade que o doente apresentar, o avaliador deve somar a pontuação especificada para a mesma (1, 2, 3 ou 6 pontos)

ICC 1 ponto	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Doença cerebral – vascular Demência Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Úlcera Doença hepática crônica ou cirrose Diabetes sem complicação
ICC 2 pontos	Hemiplegia ou paraplegia Diabetes com complicação Doença renal severa ou moderada Tumor maligno Leucemia Linfoma
ICC 3 pontos	Doença do fígado severa ou moderada
ICC 6 pontos	Tumor sólido metastático SIDA

Escala de fragilidade baseada na *Clinical Frailty Scale* (CFS)

Determinar se há fragilidade e seu grau em até 15 dias antes do idoso apresentar o quadro clínico atual.

- 1 - Muito Ativo** Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para sua idade.
- 2 - Ativo** Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou não são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.
- 3 - Regular** Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.
- 4 - Vulnerável** Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.
- 5 - Levemente Frágil** Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.
- 6 - Moderadamente Frágil** Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.
- 7 - Muito Frágil** Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).
- 8 - Severamente Frágil** Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapaz de se recuperar de uma doença leve.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Caberá ao órgão gestor ou autoridade sanitária definir a gradação do ponto de corte diante do nível de esgotamento da capacidade instalada de leitos para assistência e admissibilidade nas unidades de terapia intensiva, de assistência ventilatória ou para cuidados paliativos tendo por base a pontuação obtida pelo escore proposto (EUP-UTI).
2. Todas as internações em terapia intensiva devem ser reconsideradas e estar sujeitas a uma reavaliação diária da adequação, objetivos e proporcionalidade dos tratamentos, através da aplicação do SOFA diariamente.
3. Se um paciente admitido na unidade de terapia intensiva com critérios limitados não responder ao tratamento prolongado e apresentar piora clínica, a adequação do esforço terapêutico e o encaminhamento da terapia intensiva para os cuidados paliativos podem ser reavaliados.
4. A decisão de limitar os cuidados intensivos deve ser discutida e compartilhada pela equipe que trata o paciente e, na medida do possível, com o paciente e/ou familiares. É previsível que a necessidade de tomar decisões repetidas desse tipo torne o processo de tomada de decisão mais robusto e adaptável à disponibilidade de recursos em cada Unidade de Terapia Intensiva.
5. Para pacientes para os quais o acesso a uma unidade de terapia intensiva é considerado fútil, a decisão de adaptar o esforço terapêutico deve ser acordada, comunicada ao paciente e / ou família e registrada na história clínica. Isso não é um obstáculo para oferecer outros tipos de terapias, como cuidados paliativos com controle rigoroso dos sintomas.
6. Qualquer instrução "não intubar" ou "não ressuscitar" deve ser adequadamente registrada no prontuário médico, para ser usada como guia se a deterioração clínica ocorrer precipitadamente e na presença de cuidadores que não conhecem o paciente.
7. A sedação paliativa em pacientes hipóxicos com progressão da doença não responsiva ao tratamento deve ser considerada uma expressão de boas práticas clínicas e deve seguir as recomendações existentes. Se for previsto um curto período de morte, uma transferência para um ambiente não intensivo deve ser fornecida.
8. Os critérios de faixa etária e gestação não poderão ser utilizados isoladamente na hierarquização de prioridade, mas podem servir como critério de definição entre pacientes com mesmo escore clínico.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. Acessado abril 23, 2020.
2. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009;150(2):132–138. doi:10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011
3. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ.* 2006;175(11):1377–1381. doi:10.1503/cmaj.060911
4. Ghanbari V, Ardalan A, Zareiyani A, Nejati A, Hanfling D, Bagheri A. Ethical prioritization of patients during disaster triage: A systematic review of current evidence. *Int Emerg Nurs.* 2019;43:126–132. doi:10.1016/j.ienj.2018.10.004
5. RESOLUÇÃO CFM No 2.156/2016. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acessado abril 23, 2020.
6. BORGES AEPP, Meneses FA de. Simplificando O Sequential Organ Failure Assessment (Sofa): Menos É Mais ... Simplificando O Sequential Organ Failure. 2016:0–35.
7. Lopes Ferreira F, Peres Bota D, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *J Am Med Assoc.* 2001;286(14):1754–1758. doi:10.1001/jama.286.14.1754
8. Martins M, Blais R, De Miranda NN. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):643–652. doi:10.1590/S0102-311X2008000300018
9. Bannay A, Chaignot C, Blotiere PO, et al. The best use of the charlson comorbidity index with electronic health care database to predict mortality. In: *Medical Care.* Vol 54. Lippincott Williams and Wilkins; 2016:188–194. doi:10.1097/MLR.0000000000000471
10. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB de, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(2):121–135. doi:10.5327/z2447-211520181800023
11. Rodrigues MK, Rodrigues IN, Silva DJVG da, Pinto JM de S, Oliveira MF. Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation Into the Brazilian Portuguese Language. *J Frailty Aging* 2020. fevereiro 2020:1–6. doi:10.14283/JFA.2020.7
12. Com I, Gripa S. MANEJO DO IDOSO COM INFECÇÃO GRAVE PELO COVID-19 EM AMBIENTE HOSPITALAR Estratos Estrato Estratos IVCF-20 ON-LINE. 2020;(Ms):2020.
13. Leitão AVA, Castro CLN, Basile TM, Souza THS, Braulio VB. Evaluation of the nutritional status and physical performance in candidates to liver transplantation. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(4):424–428. doi:10.1590/S0104-42302003000400035



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

14. Paiva CE, Siquelli FAF, Santos HA, et al. The Functionality Assessment Flowchart (FAF): A new simple and reliable method to measure performance status with a high percentage of agreement between observers. *BMC Cancer*. 2015;15(1):501. doi:10.1186/s12885-015-1526-0
15. Patients admitted to the ICU for acute exacerbation of COPD: two-year mortality and functional status. - PubMed - NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755188>. Acessado abril 23, 2020.
16. Romão MAF, Romão Junior JE, Belasco AGS, Barbosa DA. [Quality of life in patients with chronic renal failure under high-efficiency hemodialysis]. *Rev Gauch Enferm*. 2006;27(4):593–598. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476966>. Acessado abril 23, 2020.
17. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13(1):72. doi:10.1186/1472-6947-13-72
18. Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na Atenção Especializada. 2017:2017. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/Fluxo-de-Manejo-clinico-do-adulto-e-idoso.pdf>.
19. Capacitação: Atenção à Saúde do Idoso na Covid19. <http://www.conass.org.br/atencao-a-saude-do-idoso-na-covid19/>. Acessado abril 23, 2020.
20. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19. https://www.dropbox.com/s/g77qi6xk2jc8rky/FINAL_05_ANCP_Ebook_cuidados_COVID-19.pdf?dl=0. Acessado abril 23, 2020.
21. Guia de comunicação para profissionais de saúde na pandemia COVID-19. https://www.dropbox.com/s/vv7awm8sgaadmjc/FINAL_ANCP_Ebook_Guia_profissionais_de_saude_pandemia_COVID-19.pdf?dl=0. Acessado abril 23, 2020.
22. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults NICE guideline [NG159]. 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/resources/critical-care-admission-algorithm-pdf-8708948893>. Acessado abril 10, 2020.
23. Guidance PI, Clinical S. The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (PIG). 2016.
24. Minne L, Abu-Hanna A, de Jonge E. Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. *Crit Care*. 2008;12(6):R161. doi:10.1186/cc7160