



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

RESOLUÇÃO CREMERN Nº 006/2018

Institui o novo protocolo de regulação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE - CREMERN, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhe zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e o bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que existe uma necessidade de que os serviços de tratamento intensivo prestem um serviço a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação com critérios objetivos de forma que melhor adeque a realidade atual;

CONSIDERANDO as normas estabelecidas na Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 2.156/2016 que define os critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

CONSIDERANDO a tramitação da Ação Civil Pública ajuizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Norte em desfavor do Estado do Rio Grande do Norte, Processo n. 0004715-12.2012.4.05.8400, perante a 4ª Vara da Seção Judiciária do Estado do Rio Grande do Norte, na qual foi determinado que este CREMERN, conjuntamente com a Sociedade Norte-Riograndense de Terapia Intensiva - SONORTI e Secretaria Estadual de Saúde revisassem o protocolo de regulação de leitos de UTI, tendo em vista que o mesmo necessita de ajustes técnicos imprescindíveis para um melhor funcionamento dos leitos;

CONSIDERANDO que foi criada através da Portaria CREMERN n. 002/2018 a Comissão de Terapia Intensiva para análise e elaboração do novo protocolo de regulação de leitos de UTI no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, tendo os trabalhos da Comissão de elaboração do protocolo sido concluídos no último dia 09/10/2018;

CONSIDERANDO a necessidade de aprovação do protocolo de regulação de leitos de UTI no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, conforme pactuado na audiência realizada no dia 09/10/2018, nos autos da Ação Civil Pública n. 0004715-12.2012.4.05.8400, em tramitação perante a 4ª Vara da Seção Judiciária do Estado do Rio





APROVADA EM SESSÃO PLENÁRIA

DIA, 22 / 10 / 2018

marília de oliveira

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

Grande do Norte, em plenária do CREMERN, através de resolução normatizando a matéria;

CONSIDERANDO finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 22 de outubro de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo protocolo de regulação de leitos de UTI adulto no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, ficando o estudo realizado sobre o tema, a ficha de solicitação de vaga de UTI e o protocolo como anexo e parte integrante da presente Resolução.

Art. 2º A admissão e a alta em UTI são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica.

Art. 3º As solicitações de vagas para UTI deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

Art. 4º A priorização de admissão na UTI deve respeitar os seguintes critérios:

Prioridade 1: Pacientes gravemente doentes, que requerem suportes de vida por disfunção orgânica, monitoramento intensivo e terapias ofertadas apenas na UTI (exemplos: Ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas, Oxigenação por Membrana Extra-Corpórea (ECMO), balão intra-aórtico, etc).

Prioridade 2: Pacientes semelhantes aos de prioridade 1, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser reanimados em caso de Parada Cardiorrespiratório (PCR), por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

Prioridade 3: Pacientes com disfunção orgânica que requerem monitoramento intensivo e/ou outras terapias (ventilação não invasiva, por exemplo) e que possuem risco de deterioração clínica a curto prazo (exemplos: Pós operatório de grandes cirurgias, insuficiência respiratória em uso de ventilação não invasiva intermitente, Infarto Agudo do Miocárdio sem complicações).

Prioridade 4: Pacientes semelhantes aos de prioridade 3, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser intubados ou reanimados, por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

Prioridade 5: Pacientes terminais ou moribundos, sem possibilidade de recuperação, que teriam benefício da oferta de cuidados paliativos.

Art. 5º O fluxo para admissão na UTI será o seguinte:

- 1) identificação da necessidade de UTI por médico plantonista ou médico assistente;
- 2) classificar o paciente dentro dos critérios de prioridade (1 a 5);



APROVADA EM SESSÃO PLENÁRIA
DIA, 22 / 10 / 2018
Manoel de Oliveira

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO NORTE

- 3) preencher ficha de solicitação de vaga em UTI com dados clínicos e a prioridade;
- 4) enviar a ficha para Central de Regulação (CR) que deverá confirmar o recebimento da mesma e confirmar a prioridade estabelecida;
- 5) se houver dúvida quanto ao preenchimento da ficha e definição da prioridade, o médico que está solicitando a vaga poderá, a qualquer momento, consultar um médico especialista na Central de Regulação;
- 6) a Central de Regulação, em posse da ficha de solicitação, deverá colocar na lista de espera dos leitos, respeitando as prioridades. Quando as prioridades forem semelhantes, o desempate ocorrerá pela ordem de chegada do pedido à Central de Regulação;
- 7) existindo um leito disponível, a Central de Regulação informará à unidade onde se encontra o paciente;
- 8) o médico responsável pelo paciente, para o qual foi disponibilizada a vaga, deverá entrar em contato com o médico responsável pelo leito disponibilizado para passar o caso. Neste momento, o médico da unidade de destino poderá solicitar mais informações;
- 9) no caso do paciente não se encontrar no mesmo estabelecimento de saúde, onde foi disponibilizada a vaga, o médico solicitante deverá, em acordo com a equipe de transferência, avaliar o risco e a possibilidade de remoção segura;
- 10) a Central de Regulação poderá dar preferência para unidade de destino especializada em patologias específicas, neste caso, o paciente que necessitar deste atendimento, poderá passar na frente da lista de prioridades. Ex: Hospital Universitário Onofre Lopes, no caso de dissecção de aorta;
- 11) o processo se encerra com a chegada do paciente na unidade de destino.

Art. 6º Os critérios para alta das UTI são:

- a) o paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado;
- b) o paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar, fora da UTI, de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

Art. 7º O protocolo de admissão e alta na UTI deverá ser divulgado pelo diretor clínico do Hospital e pelos gestores do sistema de saúde.

Art. 8º A presente Resolução entrará em vigor na data da sua aprovação.

Marcos Lima de Freitas
PRESIDENTE

Natal/RN, 22 de outubro de 2018.

Elio José Silveira da Silva Barreto
SECRETÁRIO GERAL

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PARECER TÉCNICO SONORTI

Contextualizando

A globalização é comumente ligada ao contexto econômico, no entanto, convém destacar que ela afeta todos os aspectos da vida humana, desde os elementos mais subjetivos até a materialidade. Caracterizada pelo movimento, a globalização movimenta ideias, produtos, fundos, conhecimento e pessoas por todo o planeta de uma forma mais rápida e eficiente do que nunca. As nações tornaram-se completamente interdependentes. As economias interligaram-se. O comércio aumentou consideravelmente. As fronteiras e as identidades nacionais tornaram-se cada vez menos importantes. A nossa sociedade internacional recém-globalizada criou uma teia complexa de forças e fatores que unem conceitos, culturas, mercados, crenças, práticas e pessoas, aproximando-as cada vez mais umas das outras. Deriva deste processo, entre outros, a defesa de uma concepção de justiça social voltada ao envolvimento dos cidadãos, articulando a discussão da justiça com o debate sobre equidade em saúde. Em consonância, são discutidas as circunstâncias da justiça, abordando a questão da escassez dos recursos no campo da saúde.

No nível coletivo, a justiça é a expressão prática da consciência de que o bem-estar da sociedade e do indivíduo está intimamente ligado e o bem-estar do indivíduo é mais bem assegurado pela promoção do bem-estar do todo. Como observou o Premio Nobel em Economia Amartya Sen, toda concepção de justiça valoriza a igualdade em determinado espaço. Mais recentemente, a Declaração do Milênio registra o compromisso dos líderes mundiais “em defender os princípios de dignidade humana, igualdade e equidade”. Então, a justiça social relaciona-se, de uma forma ou de outra, à noção de igualdade na distribuição de bens na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado, responsáveis por essa distribuição.

No caso da limitação de recursos na saúde devem ser destacados seus dois principais componentes. O primeiro refere-se à natureza limitada dos recursos, em que sua utilização para obter determinados benefícios significa excluir outros benefícios que adviriam se os recursos fossem investidos de forma diferente. Em outros termos, trata-se da relação entre os recursos e o conjunto dos bens a serem distribuídos pelas instituições do Estado, que incluem não apenas a saúde, mas outros bens igualmente importantes, como a educação e o trabalho, entre outros. O segundo, relaciona-se à intensificação, produzida socialmente, de nossas necessidades e desejos,

de modo que a experiência da escassez se origina na impossibilidade de satisfazer nossas demandas ilimitadas.

A abordagem econômica aplicada à saúde e à escassez de recursos propõe otimizar o uso destes e estabelecer limites para sua utilização, por meio de adequados mecanismos de racionalização *a priori*, e que realizem a combinação mais satisfatória entre segurança, tempo assistencial adequado, efetividade, eficiência, foco no paciente e equidade.

Sob uma perspectiva filosófica, percebemos a limitação de recursos como expressão da finitude dos seres humanos, buscando construir uma valorização positiva dos limites humanos e uma atitude equilibrada para com as possibilidades das tecnologias médicas. Aqui operam determinados padrões para as decisões sobre a alocação de recursos, que tem características próprias em cada modalidade assistencial, especificamente na medicina intensiva, determinando-se o que será oferecido a cada paciente específico. Em outras palavras, é preciso reconhecer que consumir mais do que a porção justa significa exaurir os recursos necessários ao sustento de outros.

A saúde da população não poderia deixar de ser afetada por este novo paradigma.

Os recursos da terapia intensiva são limitados e não estão disponíveis para todas as pessoas, o que levanta importantes preocupações com relação à forma como estes recursos são alocados. Há uma infinidade de razões pelas quais existe uma insuficiência de serviços de terapia intensiva, que, por sua vez, o levou ao desenvolvimento de políticas para melhorar a utilização e, consequentemente, racionalizar estes escassos recursos.

Quem precisa estar em uma unidade de terapia intensiva?

A questão de *quem* precisa de suporte da equipe de uma unidade de terapia intensiva é complexa. A terapia intensiva engloba ampla variedade de condições clínicas em diferentes especialidades e ambientes. A questão de *como* alocar os serviços de terapia intensiva também não é fácil de responder e depende de muitos fatores, que variam entre as diferentes instituições e incluem a disponibilidade de

profissionais, além de outras considerações. É fácil fazer uma triagem permissiva, com consequências mínimas, quando há leitos de sobra, porém fazê-lo quando o número de leitos é limitado pode ter repercussões catastróficas para aqueles que, mais adiante, vierem a ter negado seu acesso à unidade.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina, através de resolução 2156/2016, e uma força-tarefa da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) publicaram, independentemente, um novo conjunto de diretrizes baseadas em evidências para serem utilizadas como moldura para melhorar e orientar as operações clínicas. Os grupos forneceram uma diretrizes atualizadas de estratégias para admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva (UTI). Estas propostas tiveram como objetivo não apenas ajudar o profissional, mas também orientar a pesquisa nestas áreas particularmente complexas. Os autores avaliaram, de forma extensa, todos os fatores relevantes que desempenham um papel nestes três processos e, por meio de uma abordagem sistemática baseada em evidência, tornaram clara a escassez de evidências, o que limitou a força das recomendações na maioria das áreas.

Com relação à admissão, diversos modelos já existentes devem ser considerados. O modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos, e o modelo de priorização são os mais comumente utilizados:

- No modelo diagnóstico, para guiar as admissões, o profissional utiliza políticas que listam condições específicas, que devem merecer cuidados em suas respectivas unidades. Esta abordagem envolve uma listagem de séries de doenças que demandam tratamento na UTI.
- No modelo de parâmetros objetivos, estabelecem-se determinados limites a partir dos quais os parâmetros laboratoriais ou fisiológicos desencadeiam uma avaliação e, quando se atingem certos critérios, ocorre a avaliação para admissão. Esta é uma abordagem mais difícil de implantar, pois não há critérios bem definidos para todos os sistemas. É um tipo de abordagem utilizado principalmente em combinação com o modelo diagnóstico, sendo

frequentemente utilizada por equipes de resposta rápida, para fins de avaliação.

- No modelo de priorização, os pacientes são selecionados segundo um sistema de triagem especialmente estruturado, que prioriza pacientes conforme suas necessidades e probabilidade de beneficiar-se da admissão.

Cada uma destas abordagens tem suas vantagens e desvantagens, e nenhuma delas foi totalmente validada. O uso apenas dos sinais vitais parece ser pouco específico e sensível como medida, o que impede sua utilização isoladamente. Desenvolveram-se sistemas mais complexos de pontuação com base na fisiologia e comorbidades, tanto na população geral, quanto em subpopulações mais específicas, para auxiliar nas decisões relativas à admissão. Porém estes só foram validados em nível local. As evidências para estes sistemas de pontuação são fracas, de forma que se recomendou não serem utilizados os sistemas de pontuação isoladamente para determinar a elegibilidade para níveis mais altos de cuidado ou alta da UTI. Semelhantemente, não se recomenda o uso de escores prognósticos ou de severidade da doença para tomar decisões de final de vida em pacientes individuais.

A questão do tempo de transferência para uma UTI

Pacientes atendidos nas unidades de emergência com estado crítico que são transferidos para uma unidade de terapia intensiva com um atraso superior a seis horas aumentam os custos assistenciais, o tempo de permanência e a mortalidade hospitalar. Isso sugere a necessidade de identificar fatores associados com a transferência atrasada.

Estima-se que cada hora de espera foi independentemente associada a um aumento de mortalidade de 1,5% na UTI. Portanto, a admissão oportuna à UTI tem maior probabilidade de produzir resultados positivos.

Decisão quanto à admissão

A decisão de admitir um paciente é multifacetada e engloba muitos aspectos da prática clínica. Os critérios iniciais a considerar para admissão referem-se à necessidade de uma intervenção que não está disponível em outro ambiente da instituição e à instabilidade clínica, que coloca o paciente em risco de morrer ou ter deterioração imediata. Os fatores que são considerados importantes incluem a identificação de intervenções que só poderiam ser fornecidas no ambiente da UTI (por exemplo, terapias de suporte à vida), a disponibilidade de equipe treinada para cuidar do paciente (incluindo as proporções entre enfermagem e médicos), a priorização segundo as condições do paciente, o diagnóstico clínico, a disponibilidade de leitos, os parâmetros objetivos por ocasião do encaminhamento (por exemplo, frequência respiratória elevada) e o potencial de beneficiar-se das intervenções necessárias, além do prognóstico do paciente. São também importantes o momento adequado (minimização de retardo nos cuidados) e as questões éticas relativas à decisão (evitando-se discriminação e triagem excessivamente permissiva ou restritiva). A autonomia e a vontade do paciente devem ser respeitadas como fatores fundamentais em qualquer tomada de decisão. A instalação dos pacientes em leitos não apropriados para sua especialidade se associa com os piores desfechos e deve ser evitada.

Triagem

A triagem deve buscar ser tão precisa quanto possível, recomenda-se que: é preferível uma triagem mais permissiva do que uma mais restritiva, isto é, admitir à UTI pacientes que podem não precisar dela. Embora uma triagem ligeiramente permissiva possa ser preferível, uma excessivamente permissiva pode ser prejudicial se o serviço tornar-se sobrecarregado, especialmente em momentos de crise ou demanda extraordinariamente elevada. Uma triagem restritiva tem sido associada a aumento da mortalidade.

Em recente consenso, salientou-se que:

- (1) o papel que a triagem tem na melhor utilização e no uso equânime dos recursos de terapia intensiva disponíveis,
- (2) as limitações dos algoritmos e protocolos,
- (3) a importância da abordagem colaborativa do intensivista para tomar a decisão final de admissão, e
- (4) a necessidade do uso eficiente e organizado dos recursos em níveis local e regional.

A abordagem específica determinada pela SCCM para priorização de admissões durante os processos de triagem; propõe cinco níveis:

Prioridade 1. Prioridade aos pacientes críticos que possam beneficiar-se de intervenções de terapia intensiva/suporte à vida em uma UTI, e que não tenham limitações do cuidado.

Prioridade 2. Prioridade para pacientes similares, porém com chance questionável de obter benefício das intervenções por conta de doença de base avançada, que reduz sua sobrevivência em longo prazo, ou pacientes com limitações específicas do cuidado.

Prioridade 3. Prioridade para os pacientes críticos, porém que podem receber a terapia de que necessitam fora do ambiente da UTI, como ventilação não invasiva em uma unidade intermediária.

Prioridade 4. Prioridade para pacientes com critérios para prioridade do nível anterior, porém com chances mais baixas de sobreviver, ou com limitações do cuidado.

Prioridade 5. Este nível de prioridade inclui os pacientes com condições terminais, moribundos ou que teriam benefício com cuidados paliativos em vez de intervenções inadequadamente agressivas ou heroicas.

A categoria final inclui uma controvertida população de pacientes para os quais não se chegou a um consenso. Ainda são administrados nas UTI cuidados não benéficos, e não existe qualquer solução universalmente aceita para este problema.

A administração destes cuidados (que alguns continuam a, inadequadamente, chamar de *fúteis*) continua a existir, e seu impacto negativo em outros pacientes que poderiam beneficiar-se destes recursos ainda não foi esclarecido. Muitos países com recursos limitados têm optado pelo racionamento.

Como nem todos os pacientes críticos podem ser admitidos à UTI, e algumas admissões à UTI podem potencialmente ser evitadas, muitos hospitais recentemente implantaram sistemas de resposta rápida, nos quais médicos treinados em terapia intensiva avaliam pacientes que podem ter risco de deterioração na enfermaria e dão início a intervenções apropriadas.

Em alguns sistemas de regulação ou hospitais, desenvolveram-se equipes de consulta em terapia intensiva, para ajudar na alta e transferência para a UTI, e para auxiliar no tratamento de pacientes críticos na enfermaria. Como acontece com os sistemas de resposta rápida, as estruturas destes sistemas e seu nível de implantação variam amplamente, o que torna difícil uma avaliação detalhada. No entanto, recomenda-se o uso de equipes de consulta em terapia intensiva para ajudar a facilitar as admissões e as altas da UTI.

Filosofia e fundamentos éticos dos cuidados paliativos.

O cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Conforme a Organização Mundial da Saúde: “*Cuidado Paliativo à uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual*”.

Os paciente fora de possibilidade de cura acumulam-se nos hospitais, recebendo assistência inadequada: intervenções ora insuficientes, ora exageradas

ou desnecessárias, discorre Berenice Werle. Deve-se ressaltar que os cuidados paliativos baseiam-se em conhecimento técnico relacionado a várias especialidades que tem como propósito a atitude efetiva, com a finalidade de abrandar um mal, ainda que temporariamente. Leo Pessini afirma que o paciente incurável ou em fase terminal de vida “*trata-se de uma pessoa e, como tal, capaz, até o momento final, de relacionamento, de tornar uma experiência de crescimento e plenitude.*” Definitivamente, a UTI, não é o local para receber cuidados onde a tecnologia possibilita o “prolongamento interminável de morrer.” Devemos, sim, cuidar até o fim com compaixão.

A Justiça

A Justiça pede imparcialidade de julgamento e equidade no tratamento dispensado aos outros, sendo portanto, uma companheira constante, ou mesmo uma exigência, na vida cotidiana. Longe de encorajar o espírito punitivo que com tanta frequência mascarou-se sob seu nome em épocas passadas, a justiça é a expressão prática da percepção de que, na conquista do progresso humano, os interesses do indivíduo e os da sociedade estão inseparavelmente ligados. Na medida em que a justiça se torna uma consideração orientadora das interações humanas, encoraja-se um clima de consulta que permite o exame desapaixonado das opções e a escolha adequada dos cursos de ação.

Fazendo referência ao PARECER n. 00213/2017/CONJURMS/CGU/AGU:

Item 14. Cabe ao MÉDICO classificar a prioridade do paciente, de forma que, apesar da boa vontade e dos esforços de todos os operadores do direito para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, falta ao Poder Judiciário a expertise necessária para julgar de plano este tipo de demanda, de forma que é imprescindível que, antes de decidir acerca da tutela antecipa ou mesmo do mérito em si, que seja ajuizada perícia médica para

análise do quadro de saúde do Autor, porque, caso contrário, poder-se-á estar tirando um paciente que efetivamente necessita da internação numa UTI para alocar um indivíduo que não necessitaria nela estar.

15. Contudo, caso o douto magistrado entenda que o Autor faz sim jus ao direito ora pleiteado, para que haja efetivo respeito ao princípio da isonomia, é imprescindível que, mesmo diante de uma decisão judicial determinando a liberação de leito de UTI para o paciente demandante, que seja ressalvado o seguinte: necessidade de que seja RESPEITADA A ORDEM CRONOLÓGICA daqueles que já se encontram na fila de espera com quadro de saúde semelhante ao apresentado pela parte autora.

Conclusão

A decisão de admitir ou triar para a UTI é uma complexa e delicada prática diária. Acreditamos que, com o uso de uma abordagem abrangente baseada nos princípios acima descritos, qualquer médico pode ser capaz de tomar decisões de alto nível. Estes princípios se baseiam em recomendações e estratégias propostas por instituições envolvidas na gestão de processos da terapia intensiva. Devemos lembrar que os critérios para admissão, alta e triagem da UTI encontram-se em contínuo desenvolvimento. Independentemente das orientações expostas neste texto, os intensivistas devem levar em conta as políticas locais dos hospitais e das unidades assistências, e de regulação em que trabalham. Se tais políticas não existem, é essencial criar um protocolos detalhados, no qual cada um que cuida de pacientes críticos saiba quando chamar a equipe de consulta da UTI. Este protocolo asseguraria que admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva sejam processos transparentes. Uma vez se tenha concordância com relação à transferência para a UTI, esta deve ser feita de forma segura, eficiente e em tempo oportuno, para, assim, garantir cuidados de alta qualidade para todos os pacientes.

Finalmente, o que precisamos é de um processo efetivo para explorar as questões e tomar decisões que promovam uma participação genuína, facilitem a ação coletiva e respondam à complexidade inerente aos esforços para criar sistemas e estruturas sustentáveis.

Quando existem estruturas que promovem uma troca edificante de pontos de vista e quando o Estado de Direito proporciona acesso igual à justiça, criam-se condições nas quais conflitos e desafios nascentes podem ser construtivamente resolvidos. Negar aos grupos a oportunidade de contribuir, com base em sua formação – seja ela qual for – é negar à família humana inteira os benefícios intelectuais, sociais e morais que derivam de tal oportunidade.

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte

Ficha de Solicitação de Vaga de UTI

Nome do Paciente: _____ **Idade:** _____

Sexo: Masculino Feminino **Data de admissão:** ____ / ____ / ____

Local: _____ **Tel. de Contato:** _____

Motivo do internamento: Clínico Cirúrgico Obstétrico Trauma

Isolamento: Contato Respiratório

Diagnóstico: doença aguda doença crônica compensada doença crônica avançada

Resumo do quadro:

Sinais Vitais: PA: ___x___ FC: ___ FR: ___ Temp: ___ SaO₂: ___

Escala de Coma de Glasgow: AO: ___ RV: ___ RM: ___ = ___

Evolução clínica:

Dispositivos: TOT (D___) TQT (D___) Acesso Venoso central (D___)

Acesso venoso periférico (D___) SVD (D___) SNE/SNG (D___) Drenos (D___)

Suportes de UTI: Oxigenoterapia: Cateter de O₂ MV ___%

Oxigênio de alto fluxo Ventilação Mecânica (FiO₂ ___ PEEP ___)

Hemodiálise

Antibiótico : _____ (D____)

Drogas vasoativas (dose): Noradrenalina _____ Dopamina _____ Vasopressina _____

Adrenalina _____

Nitroglicerina _____ Nitroprussiato _____

Drogas inotrópicas (dose): Dobutamina _____ Milrinone _____

Sedativos e analgésicos (dose): Midazolam _____ Propofol _____ Fentanil _____

Morfina _____ Cetamina _____ Dexmedetomidina _____

Outro: _____

Marcapasso provisório Nutrição parenteral

PRIORIDADE:

I Pacientes gravemente doentes, que requerem suportes de vida por disfunção orgânica, monitoramento intensivo e terapias ofertadas apenas na UTI (exemplos: Ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas, Oxigenação por Membrana Extra-Corpórea (ECMO), balão intra-aórtico, etc).

II Pacientes semelhantes aos de prioridade 1, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser reanimados em caso de Parada Cardiorrespiratória (PCR), por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

III Pacientes com disfunção orgânica que requerem monitoramento intensivo e/ou outras terapias (ventilação não invasiva, por exemplo) e que possuem risco de deterioração clínica a curto prazo (exemplos: Pós operatório de grandes cirurgias, insuficiência respiratória em uso de ventilação não invasiva intermitente, Infarto Agudo do Miocárdio sem complicações).

IV Pacientes semelhantes aos de prioridade 3, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser intubados ou reanimados, por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

V Pacientes terminais ou moribundos, sem possibilidade de recuperação, que teriam benefício da oferta de cuidados paliativos.

Data da Solicitação: ___/___/___ **Hora:** _____

Médico solicitante

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI – NOVA ABORDAGEM

PROPOSTA

Introdução:

Lamentavelmente a insuficiência de leitos de UTI é causa de mortes evitáveis no dia a dia das emergências superlotadas dos grandes hospitais brasileiros. No RN não tem sido diferente. Temos vivenciado como médicos intensivistas na frente de batalha o sofrimento e a dor provocados pela falta de leitos de UTI. A imprensa noticia o surgimento de “filas da morte” para ilustrar o desespero provocado pela espera de um leito de UTI (1).

Segundo a Portaria 1.101, de 12 de Junho de 2002 do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, estima-se a necessidade de leitos hospitalares totais como 2,5 a 3 leitos por mil habitantes e a necessidade de leitos de UTI como 4 a 10% do total de leitos hospitalares (2).

Em busca de um diagnóstico mais preciso da nossa realidade, a AMIB realizou o “Censo AMIB 2016” evidenciando e proporcionando uma visão mais nítida da distribuição das UTIs brasileiras e da proporção de leitos de UTI por habitante em cada estado da Federação, tendo como base a população brasileira projetada pelo IBGE para 2016 (3).

Com base nestes dados vimos que há, de fato, uma baixa proporção de leitos de UTI por habitante no RN, principalmente na rede do SUS no interior do estado – 0,31 leito de UTI por 10 mil habitantes – bem abaixo do preconizado, que seria de 1 a 3 leitos / 10 mil habitantes. Este enorme déficit de leitos no interior acaba por sufocar a estrutura hospitalar da capital, que oferece uma proporção de 3,95 / 10 mil habitantes. Em média, no SUS, contabiliza-se entre capital e interior a proporção de 1,01 leito / 10 mil habitantes.

Já em dados de 2017, o RN contava com 322 leitos de UTI, quando o mínimo deveria ser de 350. Após anos de tentativas de acordo para aumentar o número de vagas de UTI no estado surge um acordo entre o governo do estado e o CREMERN em 09 de Novembro de 2017, que ofereceu mais vinte leitos de UTI distribuídos igualmente entre o Hospital Rio Grande e o Hospital Memorial (4). É notório que este acordo ajudou a desafogar um pouco os serviços de emergência de Natal e a mitigar o sofrimento da população, mas trata-se de medida paliativa e ainda está longe de ser uma solução definitiva.

Destarte é premente que numa situação calamitosa e precária como esta que enfrentamos, as centrais de regulação de leitos utilizem critérios bem fundamentados na literatura e que definam com clareza prioridades de admissão em UTI (5,6), a fim de que as ainda insuficientes vagas disponíveis sejam ocupadas por pacientes que, além de terem indicação de cuidados intensivos, também tenham mínimas chances de recuperação.

Infelizmente, o tratamento curativo nem sempre é possível. Não podemos e não devemos ocupar os escassos leitos disponíveis com pacientes graves que tenham baixa prioridade de internação, ou seja, aqueles em que o restabelecimento da saúde é improvável ou impossível – que acabam ocupando um leito de UTI por semanas ou meses a fio - ou ainda destiná-los àqueles em que a morte se mostra iminente e inevitável, sob pena de oferecermos tratamento a quem não tem chance de cura (7) e negarmos tratamento a quem poderá ser curado e devolvido à sociedade com qualidade de vida.

É com este propósito que resolvemos sugerir a adoção de um novo protocolo de admissão em UTI pelas centrais de regulação de leitos do estado, visto que o sistema de escore de severidade de doença adotado atualmente tem priorizado pacientes sem potenciais chances de recuperação ou de cura, fato este levantado e questionado pelos órgãos interessados, incluindo os hospitais contratados supracitados.

Critério para admissão de paciente em UTI:

A questão de *quem* precisa de suporte da equipe de uma unidade de terapia intensiva é complexa. A terapia intensiva engloba ampla variedade de condições clínicas em diferentes especialidades e ambientes. A questão de *como* alocar os serviços de terapia intensiva também não é fácil de responder e depende de muitos fatores, que variam entre as diferentes instituições e incluem a disponibilidade de profissionais, além de outras considerações. É fácil fazer uma triagem permissiva, com consequências mínimas, quando há leitos de sobra, porém fazê-lo quando o número de leitos é limitado pode ter repercussões catastróficas para aqueles que, mais adiante, vierem a ter negado seu acesso à unidade.

Recentemente, uma força-tarefa da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) publicou um novo conjunto de diretrizes baseadas em evidências para ser utilizado como moldura para melhorar e orientar as operações clínicas. O grupo forneceu uma diretiva atualizada de estratégias para admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva (UTI). Estas propostas tiveram como objetivo não apenas ajudar o profissional, mas também orientar a pesquisa nestas áreas particularmente complexas. Os autores avaliaram, de forma extensa, todos os fatores relevantes que

desempenham um papel nestes três processos e, por meio de uma abordagem sistemática baseada em evidência, tornaram clara a escassez de evidências, o que limitou a força das recomendações na maioria das áreas.

Com relação à admissão, diversos modelos já existentes devem ser considerados. O modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos, e o modelo de priorização são os mais comumente utilizados:

- No modelo diagnóstico, para guiar as admissões, o profissional utiliza políticas que listam condições específicas, que devem merecer cuidados em suas respectivas unidades. Esta abordagem envolve uma listagem de séries de doenças que demandam tratamento na UTI.
- No modelo de parâmetros objetivos, estabelecem-se determinados limites a partir dos quais os parâmetros laboratoriais ou fisiológicos desencadeiam uma avaliação e, quando se atingem certos critérios, ocorre a avaliação para admissão (por exemplo: sódio < 110 ou > 170mEq/L). Esta é uma abordagem mais difícil de implantar, pois não há critérios bem definidos para todos os sistemas. É um tipo de abordagem utilizado principalmente em combinação com o modelo diagnóstico, sendo frequentemente utilizada por equipes de resposta rápida, para fins de avaliação.
- No modelo de priorização, os pacientes são selecionados segundo um sistema de triagem especialmente estruturado, que prioriza pacientes conforme suas necessidades e probabilidade de beneficiar-se da admissão.

Cada uma destas abordagens tem suas vantagens e desvantagens, e nenhuma delas foi totalmente validada. O uso apenas dos sinais vitais parece ser pouco específico e sensível como medida, o que impede sua utilização isoladamente. Desenvolveram-se sistemas mais complexos de pontuação com base na fisiologia e comorbidades, tanto na população geral, quanto em subpopulações mais específicas, para auxiliar nas decisões relativas à admissão. Porém estes só foram

validados em nível local. As evidências para estes sistemas de pontuação são fracas, de forma que se recomendou não serem utilizados os sistemas de pontuação isoladamente para determinar a elegibilidade para níveis mais altos de cuidado ou alta da UTI. Semelhantemente, não se recomenda o uso de escores prognósticos ou de severidade da doença para tomar decisões de final de vida em pacientes individuais.

Decisão quanto à admissão

A decisão de admitir um paciente é multifacetada e engloba muitos aspectos da prática clínica. Os critérios iniciais a considerar para admissão referem-se à necessidade de uma intervenção que não está disponível em outro ambiente da instituição e à instabilidade clínica, que coloca o paciente em risco de morrer ou ter deterioração imediata. Os fatores que são considerados importantes incluem a identificação de intervenções que só poderiam ser fornecidas no ambiente da UTI (por exemplo, terapias de suporte à vida), a disponibilidade de equipe treinada para cuidar do paciente (incluindo as proporções entre enfermagem e médicos), a priorização segundo as condições do paciente, o diagnóstico clínico, a disponibilidade de leitos, os parâmetros objetivos por ocasião do encaminhamento (por exemplo, frequência respiratória elevada) e o potencial de beneficiar-se das intervenções necessárias, além do prognóstico do paciente. São também importantes o momento adequado (minimização de retardo nos cuidados) e as questões éticas relativas à decisão (evitando-se discriminação e triagem excessivamente permissiva ou restritiva). A autonomia e a vontade do paciente devem ser respeitadas como fatores fundamentais em qualquer tomada de decisão. A instalação dos pacientes em leitos não apropriados para sua especialidade se associa com os piores desfechos e deve ser evitada.

Triagem

A triagem deve buscar ser tão precisa quanto possível, recomenda-se em um cenário ideal uma triagem mais permissiva do que uma mais restritiva, isto é, admitir à UTI pacientes que podem não precisar dela. Embora uma triagem ligeiramente permissiva possa ser preferível, a nossa realidade não permite essa conduta, especialmente em momentos de crise ou demanda extraordinariamente elevada como é o caso do estado do Rio Grande do Norte.

Em recente consenso, salientou-se que:

- (1) o papel que a triagem tem na melhor utilização e no uso equânime dos recursos de terapia intensiva disponíveis,
- (2) as limitações dos algoritmos e protocolos,
- (3) a importância da abordagem colaborativa do intensivista para tomar a decisão final de admissão, e
- (4) a necessidade do uso eficiente e organizado dos recursos em níveis local e regional.

A abordagem específica determinada pela SCCM para priorização de admissões durante os processos de triagem; propõe cinco níveis:

Prioridade 1: Pacientes gravemente doentes, que requerem suportes de vida por disfunção orgânica, monitoramento intensivo e terapias ofertadas apenas na UTI (exemplos: Ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas, Oxigenação por Membrana Extra-Corpórea (ECMO), balão intra-aórtico, etc).

Prioridade 2: Pacientes semelhantes aos de prioridade 1, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser reanimados em caso de Parada Cardiorrespiratório (PCR), por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

Prioridade 3: Pacientes com disfunção orgânica que requerem monitoramento intensivo e/ou outras terapias (ventilação não invasiva, por exemplo) e que possuem risco de deterioração clínica a curto prazo (exemplos: Pós operatório de grandes cirurgias, insuficiência respiratória em uso de ventilação não invasiva intermitente, Infarto Agudo do Miocárdio sem complicações).

Prioridade 4: Pacientes semelhantes aos de prioridade 3, com probabilidade significativamente menor de recuperação e que tenham limitações no cuidado (não desejam ser intubados ou reanimados, por exemplo) por conta da doença de base crônica avançada.

Prioridade 5: Pacientes terminais ou moribundos, sem possibilidade de recuperação, que teriam benefício da oferta de cuidados paliativos.

Por entender a realidade local, onde a demanda por leitos em UTI é consideravelmente maior do que a oferta, é que se faz necessário utilizar alguma ferramenta para classificar a necessidade/possibilidade de recuperação daqueles com indicação de UTI. Para isso utilizamos os critérios de prioridade elaborados pelo SCCM 2016, onde a prioridade 1 é superior à prioridade 2 e assim por diante.

A categoria final(prioridade 5) inclui uma controvertida população de pacientes para os quais não se chegou a um consenso. Ainda são administrados nas UTI cuidados não benéficos, e não existe qualquer solução universalmente aceita para este problema. A administração destes cuidados (que alguns continuam a, inadequadamente, chamar de *fúteis*) continua a existir, e seu impacto negativo em outros pacientes que poderiam beneficiar-se destes recursos ainda não foi esclarecido. Muitos países com recursos limitados têm optado pelo racionamento.

Em alguns sistemas de regulação ou hospitais, desenvolveram-se equipes de consulta em terapia intensiva, para ajudar na alta e transferência para a UTI, e para auxiliar no tratamento de pacientes críticos na enfermaria. Como acontece com os sistemas de resposta rápida, as estruturas destes sistemas e seu nível de implantação variam amplamente, o que torna difícil uma avaliação detalhada. No entanto, recomenda-se o uso de equipes de consulta em terapia intensiva para ajudar a facilitar as admissões e as altas da UTI.

FLUXO PARA ADMISSÃO EM UTI:

1. Identificação da necessidade de UTI por médico plantonista ou médico assistente;
2. Classificar o paciente dentro dos critérios de prioridade (1 a 5);
3. Preencher ficha de solicitação de vaga em UTI com dados clínicos e a prioridade;
4. Enviar a ficha para Central de Regulação (CR) que deverá confirmar o recebimento da mesma e confirmar a prioridade estabelecida;

5. Se houver dúvida quanto ao preenchimento da ficha e definição da prioridade, o médico que está solicitando a vaga poderá, a qualquer momento, consultar um médico especialista na Central de Regulação;
6. A Central de Regulação, em posse da ficha de solicitação, deverá colocar na lista de espera dos leitos, respeitando as prioridades. Quando as prioridades forem semelhantes, o desempate ocorrerá pela ordem de chegada do pedido à Central de Regulação;
7. Existindo um leito disponível, a Central de Regulação informará à unidade onde se encontra o paciente;
8. O médico responsável pelo paciente, para o qual foi disponibilizada a vaga, deverá entrar em contato com o médico responsável pelo leito disponibilizado para passar o caso. Neste momento, o médico da unidade de destino poderá solicitar mais informações;
9. No caso do paciente não se encontrar no mesmo estabelecimento de saúde, onde foi disponibilizada a vaga, o médico solicitante deverá, em acordo com a equipe de transferência, avaliar o risco e a possibilidade de remoção segura;
10. A Central de Regulação poderá dar preferência para unidade de destino especializada em patologias específicas, neste caso, o paciente que necessitar deste atendimento, poderá passar na frente da lista de prioridades. Ex.: Hospital Universitário Onofre Lopes, no caso de dissecção de aorta;
11. O processo se encerra com a chegada do paciente na unidade de destino.

Conclusão

A decisão de admitir ou triar para a UTI é uma complexa e delicada prática diária. Acreditamos que, com o uso de uma abordagem abrangente baseada nos princípios acima descritos, qualquer médico pode ser capaz de tomar decisões de alto nível. Estes princípios se baseiam em recomendações e estratégias propostas por

instituições envolvidas na gestão de processos da terapia intensiva. Devemos lembrar que os critérios para admissão, alta e triagem da UTI encontram-se em contínuo desenvolvimento. Independentemente das orientações expostas neste texto, os intensivistas devem levar em conta as políticas locais dos hospitais e das unidades assistências, e de regulação em que trabalham. Se tais políticas não existem, é essencial criar uns protocolos detalhados, no qual cada um que cuida de pacientes críticos saiba quando chamar a equipe de consulta da UTI. Este protocolo asseguraria que admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva sejam processos transparentes. Uma vez se tenha concordância com relação à transferência para a UTI, esta deve ser feita de forma segura, eficiente e em tempo oportuno, para, assim, garantir cuidados de alta qualidade para todos os pacientes.

Finalmente, o que precisamos é de um processo efetivo para explorar as questões e tomar decisões que promovam uma participação genuína, facilitem a ação coletiva e respondam à complexidade inerente aos esforços para criar sistemas e estruturas sustentáveis.

Quando existem estruturas que promovem uma troca edificante de pontos de vista e quando o Estado de Direito proporciona acesso igual à justiça, criam-se condições nas quais conflitos e desafios nascentes podem ser construtivamente resolvidos. Negar aos grupos a oportunidade de contribuir, com base em sua formação – seja ela qual for – é negar à família humana inteira os benefícios intelectuais, sociais e morais que derivam de tal oportunidade.