



7 de janeiro de 2022

## Ferramenta provisória de tratamento de crises do Oregon

### Princípios

No caso de uma crise de saúde pública, as necessidades de saúde podem sobrecarregar a capacidade disponível para oferecer cuidados com potencial para salvar vidas a todos os que deles precisam. Com um aumento esperado de Omicron pela frente, que sobrecarregará ainda mais a capacidade do hospital, a OHA está a lançar esta ferramenta provisória de tratamento de crises que os hospitais podem usar para priorizar de forma equitativa os cuidados perante limitação de camas de terapia intensiva, ventiladores e outros recursos que salvam vidas, caso seja necessário.

A OHA desenvolveu esta ferramenta provisória de tratamento de crises com base em várias ferramentas de triagem existentes, como as publicadas pelo Arizona, Massachusetts e Washington, e fez adaptações de acordo com os [Princípios do Oregon na Promoção da Igualdade na Saúde em Eventos de Recursos Restritos](#).<sup>1</sup> Estes princípios incluem a não discriminação, equidade na saúde, tomada de decisões centradas no doente e comunicações transparentes.

Os hospitais do Oregon podem ativar os padrões de crise de cuidados se os seus recursos de cuidados intensivos forem severamente limitados, o número de doentes que se apresentam para cuidados intensivos exceder a capacidade e não houver opção de transferência de doentes para outras instalações de cuidados intensivos.

Para hospitais com uma ferramenta de cuidados de crise existente relacionada com recursos escassos de cuidados intensivos, podem continuar a usar a ferramenta existente, desde que seja consistente com os princípios descritos em [Princípios na promoção de igualdade em saúde em eventos de recursos limitados](#) e não viole as leis antidiscriminação estaduais ou federais ou quaisquer outras leis aplicáveis.

O surto de Ómicron não dá tempo para a comunidade robusta, abrangente e totalmente inclusiva e envolvimento clínico necessário para estabelecer uma ferramenta de triagem mais permanente para hospitais do Oregon. A OHA continua empenhada em continuar com urgência o nosso trabalho paralelo para cocriar novas ferramentas para a alocação de recursos escassos com os nossos parceiros da comunidade e profissionais de saúde no Oregon, e irá convocar a nova Comissão Consultiva de Alocação de Recursos do Oregon neste inverno. Esta comissão informará as revisões dos princípios publicados da OHA para 2020 e desta ferramenta provisória de tratamento de crises e orientará o desenvolvimento de quaisquer

---

<sup>1</sup> <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/lp3513.pdf>

recursos adicionais necessários que ajudem a centrar a equidade na saúde nos processos e decisões quando os recursos do sistema de saúde estiverem constrangidos.

Esta ferramenta provisória permanece imperfeita e aborda inadequadamente as desigualdades em saúde, mesmo que incorpore melhor os princípios de não-discriminação e igualdade de saúde do Oregon em difíceis decisões de triagem.

Barreiras no sistema de saúde para comunidades de cor, comunidades tribais e pessoas com deficiência, juntamente com a experiência desproporcional de condições de saúde subjacentes ou crônicas, estão ligadas a desigualdades críticas no acesso a cuidados de saúde necessários e imparciais, moradia segura e de apoio, alimentação adequada e nutrição e muito mais. O trabalho pela frente da Comissão Consultiva de Alocação de Recursos do Oregon deve dar atenção específica a como melhoramos a alocação equitativa de recursos escassos, ao mesmo tempo em que reconhecemos as desigualdades fundamentais que começam antes do processo de triagem e priorização no momento de uma crise.

## Conceitos: Continuidade de cuidados

Conforme descrito pelo Institute of Medicine em 2013<sup>2</sup>, a necessidade de aumento da capacidade de saúde num desastre ocorre ao longo de uma continuidade com base na procura de serviços de saúde e recursos disponíveis. Estes conceitos incluem:

- **Capacidade convencional.** Os espaços, funcionários e suprimentos usados para fornecer cuidados são consistentes com as práticas diárias dentro dos hospitais. Os espaços e práticas de cuidados clínicos usados em resposta à pandemia são adequados para apoiar os cuidados clínicos equivalentes aos cuidados habituais do doente.
- **Capacidade de contingência.** Os espaços, equipa e suprimentos usados não são consistentes com as práticas diárias, mas apoiam o cuidado que é funcionalmente equivalente às práticas de cuidados habituais do doente. Alterações no uso de espaços ou práticas de cuidados clínicos podem ser usadas temporariamente ou de forma mais sustentada durante a pandemia (quando as procuras do incidente excedem os recursos da comunidade).
- **Capacidade de crise.** A ativação da capacidade de crise constitui um ajuste significativo aos padrões de cuidados. Existe uma situação de crise quando os recursos de cuidados intensivos forem severamente limitados, o número de doentes que se apresentam para cuidados intensivos exceder a capacidade e não houver opção de transferência para outras instalações de cuidados intensivos.

## Premissas

No caso de escassez iminente, a OHA trabalhará com os hospitais do Oregon para fazer todos os esforços para maximizar a capacidade de todo o sistema de saúde para fornecer os cuidados necessários ao maior número possível de doentes. Isto será alcançado através de esforços de coordenação para equilibrar a carga dos doentes nas instituições e direcionar

---

<sup>2</sup> Institute of Medicine 2013. *Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18338>.

recursos essenciais para as áreas mais afetadas. A coordenação entre os parceiros de resposta a todos os níveis (instalação, local, regional, estadual e federal) é esperada para melhor atender às necessidades de emergência médica.

Os hospitais do Oregon podem ativar os padrões de crise de cuidados se os seus recursos de cuidados intensivos forem severamente limitados, o número de doentes que se apresentam para cuidados intensivos exceder a capacidade e não houver opção de transferência de doentes para outras instalações de cuidados intensivos.

Antes da implementação das recomendações de triagem incluídas neste documento, as seguintes premissas serão cumpridas:

- Cada hospital tomará todas as medidas possíveis para aumentar a capacidade de fornecer recursos de cuidados críticos, incluindo (a) acumular suprimentos; (b) atrasar os cuidados não-urgentes; (c) preparar para usar espaço, pessoal e outros recursos que não são normalmente usados para a prestação de cuidados intensivos.
- Cada hospital será coordenado com a OHA, hospitais de recursos regionais e outros parceiros de resposta locais e estaduais e alertá-los-á sobre a situação atual.
- Os padrões de cuidados de crise (CSC) são ativados apenas em circunstâncias extraordinárias quando os recursos de cuidados intensivos forem severamente limitados, o número de doentes que se apresentam para cuidados intensivos exceder a capacidade e não houver opção de transferência para outras instalações de cuidados intensivos.

Quando um hospital cumprir todas as premissas acima em relação à necessidade de CSC e todas as outras opções tiverem sido exploradas, os hospitais podem e devem ativar uma ferramenta de cuidados de crise para fazer a triagem de recursos de cuidados críticos. Os hospitais devem informar a OHA que os CSC foram acionados e devem publicar publicamente que as ferramentas de crise estão a ser usadas e disponibilizar a ferramenta que estão a usar mediante solicitação.

O público precisará de acesso a informações atualizadas, exatas e transparentes sobre o uso de CSC e acesso a quaisquer instruções relevantes sobre a melhor forma de procurar cuidados durante o desastre.

A necessidade de utilização contínua de uma ferramenta de tratamento de crises deve ser avaliada continuamente e a triagem deve ser suspensa imediatamente, assim que os recursos críticos deixem de ser escassos.

## **Orientação para cuidados de crises: Introdução**

Se os recursos forem suficientes, todos os doentes que podem beneficiar potencialmente das terapias receberão terapias. Se os recursos forem insuficientes, todos os doentes serão avaliados individualmente de acordo com as melhores evidências médicas objetivas disponíveis.

- As decisões de cuidados devem ser baseadas na probabilidade de sobrevivência até à alta hospitalar.

- Ninguém terá os cuidados negados com base em estereótipos, suposições sobre a qualidade de vida de qualquer indivíduo ou julgamento sobre o "valor" de um indivíduo com base na presença ou ausência de deficiências.

O uso de recursos médicos ou sociais passados ou futuros por um indivíduo pode não ser um fator nas decisões de cuidados. Modificações razoáveis devem ser aplicadas quando apropriado a qualquer critério de pontuação de triagem para considerar os indivíduos com deficiências subjacentes. Outras modificações razoáveis necessárias para garantir a igualdade de acesso ao tratamento para doentes com deficiência também podem ser necessárias.

Todos os doentes, independentemente da disponibilidade de recursos, serão tratados com respeito, cuidado e compaixão. As decisões de triagem serão feitas independentemente de considerações moral ou cientificamente irrelevantes, como estatuto socioeconómico, raça, etnia, identidade de género, orientação sexual, nacionalidade, estatuto de imigração, orientação religiosa, estatuto parental, capacidade de pagamento, cobertura de seguro, deficiência, estatuto de veterano, informações genéticas, qualidade de vida percebida, intensidade/duração de recursos, valor social percebido ou apenas com base na idade.

As decisões de triagem não podem usar critérios de exclusão categóricos com base em qualquer um dos fatores listados acima. Em vez disso, as decisões devem ser determinadas usando uma avaliação individual com base nas melhores evidências médicas objetivas. Como parte de qualquer avaliação, modificações razoáveis, ajudas e serviços auxiliares e serviços de interpretação linguística devem ser fornecidos quando necessário para garantir o acesso a cuidados médicos.

Se o tempo permitir, os hospitais que atingiram os níveis de contingência ou crise e enfrentam escassez de recursos (camas de hospital, camas de UCI, ventiladores, máquinas de diálise, etc.) devem trabalhar com outras instalações para ver se estes recursos estão disponíveis noutro lugar. Se o tempo não permitir e/ou outras instalações tiverem poucos recursos críticos, os protocolos de triagem, conforme descrito neste documento, devem ser utilizados.

## **Preferências de cuidados dos doentes**

Antes, bem como durante a implementação de CSC, todos os esforços devem ser feitos para determinar os objetivos de cuidados e preferências de tratamento de um doente. É imperativo saber se as intervenções agressivas, como hospitalização, admissão na UCI ou ventilação mecânica são consistentes com as preferências do doente.

Para um doente com capacidade de tomada de decisão, as recusas informadas do indivíduo e os desejos informados de tratamento de suporte de vida devem ser respeitados na medida do possível, dadas as decisões de triagem que devem ser feitas. Os doentes e as suas famílias não devem ser orientados ou pressionados a concordar com a retirada, negação ou defesa de cuidados de manutenção da vida. Todos os doentes hospitalizados devem ser questionados se têm diretivas antecipadas para documentos de cuidados de saúde, pedidos portáteis para tratamento de suporte de vida (POLST)<sup>3</sup>, quais são os seus objetivos de cuidados, e devem ser fortemente encorajados a nomear um tomador de decisões por procuração (por exemplo,

---

<sup>3</sup> <https://oregonpolst.org>

representante da área de saúde ou procuração durável para a área de saúde) se não tiver sido anteriormente utilizada.

A tomada de decisão com suporte será usada para doentes com capacidade limitada ou baixa de tomar decisões sobre a sua saúde. Isto permitirá que os doentes com deficiência identifiquem pessoas de apoio para ajudar a pessoa com deficiência a entender, considerar e comunicar decisões, dando ao doente com deficiência as ferramentas para tomar as suas próprias decisões informadas.<sup>4</sup>

Os profissionais de saúde devem ter cuidado para não pressionar os doentes ou as suas famílias a tomarem decisões de planeamento de cuidados avançados devido a perceções de qualidade de vida ou valor relativo, nem exigir que os doentes consentam com uma decisão de planeamento de cuidados avançados em particular para continuar a receber serviços do estabelecimento. Se os documentos de planeamento de cuidados avançados estiverem em vigor e disponíveis, o profissional de saúde deve verificar se os objetivos de cuidado e as preferências de tratamento do doente permanecem iguais. Ordens médicas e documentos de planeamento de cuidados avançados devem ser atualizados se os desejos de tratamento do doente tiverem mudado.

## Equipa de triagem CSC

Uma equipa de triagem CSC deve ser designada pelo hospital para implementar as determinações de alocação de recursos de cuidados intensivos. Aqueles que atuam como representantes da equipa de triagem não devem cuidar do doente que está a ser triado, a menos que isso seja impossível devido à capacidade de pessoal do hospital. A equipa de triagem deve recusar-se às determinações de triagem para doentes que estão a tratar pessoalmente, a menos que não exista outra opção. Quando possível, é recomendado que a equipa de triagem CSC de um hospital consista em:

- Dois a três médicos seniores com experiência em triagem (por exemplo, cuidados intensivos, medicina de emergência, cirurgia de trauma, etc.). Isto deve incluir pelo menos um médico e uma enfermeira. Estes médicos devem ser licenciados e participar ativamente no seu campo.
- Um especialista em ética médica com experiência e formação como consultor de ética em saúde.
- Um especialista em diversidade, igualdade e inclusão.
- Um assistente administrativo irá registar todas as decisões da equipa de triagem e manter os registos e documentos necessários.

Para melhor mitigar o viés implícito, na medida do possível, cada hospital deve ter um grupo de oficiais de triagem e uma equipa de triagem que reflita adequadamente a diversidade da população de doentes servida pelo hospital em termos demográficos, como raça, etnia, deficiência, idioma preferido, orientação sexual e identidade de género. Todo o esforço deve ser feito para formar uma equipa que reflita a diversidade da comunidade e da população servida pelo hospital. A diversidade entre os oficiais de triagem tem como objetivo promover a

---

<sup>4</sup> SB 1606/OAR 333-505-0033

igualdade na saúde e mitigar a perpetuação das disparidades de saúde na alocação de recursos.

Os membros da equipa de triagem de um hospital com a responsabilidade de determinar a alocação de recursos escassos também devem ter formação em viés implícito e antirracismo. Se a equipa com esta formação não estiver imediatamente disponível, tal formação para membros da equipa de triagem deve ser realizada o mais rápido possível.

## **Processo de triagem para alocação de recursos de cuidados intensivos**

Quando os CSC são implementados, os profissionais de saúde atribuem pontuações de prioridade de triagem para todos os doentes que requerem nível de cuidado na UCI (por exemplo, doentes com hipotensão, necessitando de suporte ventilatório, outras necessidades de nível de UCI). Estes protocolos de triagem devem ser aplicados a todos os indivíduos, incluindo doentes com COVID-19 e não-COVID-19, independentemente da idade, condição de deficiência ou outros fatores estranhos. Todos os indivíduos devem ser incluídos e avaliados no mesmo grupo de triagem de indivíduos que requerem tratamento em ambientes de cuidados intensivos.

- As avaliações devem ser individualizadas para cada doente com base nas melhores evidências médicas disponíveis, relevantes e objetivas. Ao considerar o prognóstico, a consideração relevante diz respeito ao episódio agudo e à restauração da linha de base do doente e não deve incluir considerações sobre a sobrevivência a longo prazo do doente ou a intensidade do recurso/duração da necessidade.
- Nos raros casos em que as tabelas de referência fornecidas podem não capturar um elemento importante na determinação do prognóstico, os profissionais de saúde podem considerar elementos extra nos casos em que a triagem (pontuações) é igual ou não pode ser determinada devido à falta de dados clínicos.
- Depois de apresentar informações clínicas relevantes pertinentes apenas aos critérios de triagem, os profissionais de tratamento serão recusados e o(s) oficial(is) de triagem tomará(ão) uma decisão de triagem em relação à alocação de recursos escassos; por exemplo, a iniciação, continuação ou retirada de um recurso escasso específico. Os profissionais de tratamento não tomarão decisões para suspender ou retirar intervenções de suporte de vida em situações de CSC, desde que um oficial de triagem independente ou consultor de ética esteja disponível ou a menos que permitido pelo Estatuto Revisto do Oregon (ORS) 127.635.
- Os profissionais de tratamento podem tomar decisões de suspender ou retirar o suporte de vida com base nos objetivos das conversas sobre cuidados através da tomada de decisão partilhada com o doente/família. Isto é consistente com a prática convencional.

## Pontuações de prioridade de triagem

As pontuações de prioridade de triagem são calculadas para adultos usando um sistema de pontos baseado na pontuação SOFA ou mSOFA para avaliar a sobrevida até à alta hospitalar, conforme determinado com base na melhor evidência médica objetiva disponível. As modificações devem ser feitas para indivíduos com doença renal crónica, conforme descrito abaixo.

Para doentes pediátricos, uma ferramenta de prognóstico apropriada para a idade (por exemplo, PELOD-2 para crianças, SNAPPE-II para neonatos a termo e NICHD-OT para neonatos prematuros) deve ser usada. Consulte a secção de considerações pediátricas abaixo.

Modificações razoáveis também devem ser feitas em qualquer instrumento de avaliação quando necessário para garantir que a pontuação de prioridade de triagem final é exata para uso com doentes com deficiências subjacentes e que as características relacionadas com a deficiência não-relacionadas com o risco de mortalidade de curto prazo não pioram a pontuação do doente. O uso de uma rubrica de pontuação pediátrica específica, como o PELOD-2, pode ser uma modificação razoável para doentes com deficiência (por exemplo, surdez, limitações cognitivas ou de mobilidade).

Todos os doentes serão elegíveis para receber camas e serviços de cuidados intensivos, independentemente da sua pontuação de prioridade de triagem, mas os recursos de cuidados intensivos disponíveis serão alocados de acordo com a pontuação de prioridade, por isso a disponibilidade destes serviços determinará quantos doentes receberão cuidados intensivos.

## Passos para calcular pontuações de prioridade de triagem

**Passo 1:** Determinar o prognóstico para a sobrevida hospitalar:

- a. Avalie o grau de disfunção orgânica conforme medido ou informado por SOFA, mSOFA (Tabela A) ou ferramenta de prognóstico apropriada para a idade (por exemplo, PELOD-2 para crianças, SNAPPE-II para neonatos a termo e NICHD-OT para neonatos prematuros). Também pode considerar outras ferramentas validadas para circunstâncias especiais conforme apropriado, por exemplo, MGAP para doentes com trauma.
- b. Ajuste a pontuação mSOFA ou SOFA para doentes com doença renal crónica (veja abaixo).
- c. Avalie a necessidade de modificações razoáveis para indivíduos com deficiências subjacentes (veja abaixo).

**Passo 2:** Atribuir pontuação de prioridade de triagem com base no prognóstico de sobrevida hospitalar:

- d. Aplique a pontuação de prioridade da triagem de acordo com a Tabela **B** e a melhor evidência médica objetiva disponível.
- a. **PAUSE** e reveja a pontuação quanto à consistência clínica e potenciais vieses; encoraje a participação da equipa multidisciplinar de triagem durante esta revisão.

- b. Se alguma das informações normalmente usadas para determinar o prognóstico de sobrevida hospitalar não estiver imediatamente disponível, será necessário um julgamento clínico e/ou modificações razoáveis nas ferramentas de avaliação.
- c. Considere os sinais clínicos que indicam que o doente irá morrer em breve
- d. Se a pontuação de prioridade de triagem com base em ferramentas de prognóstico, como mSOFA/SOFA, não for clinicamente consistente, ajuste a pontuação conforme necessário, com a entrada da equipa de triagem multidisciplinar, estando atento a potenciais vieses.

**Passo 3:** Confirme e comunique a pontuação de prioridade da triagem. Os doentes com os pontos mais baixos terão a maior prioridade para receber recursos de cuidados intensivos

**Passo 4:** Se um doente cumprir os critérios de admissão à UCI, mas receber prioridade mais baixa para recursos de cuidados intensivos escassos, o doente será colocado numa lista de espera da UCI e admitido na unidade para tratamento contínuo. Conforme os recursos se tornam disponíveis, a sua situação clínica será reavaliada e estes serão novamente triados com base nos critérios descritos no Passo 1–3.

Consulte o Diagrama 1 para ilustração do algoritmo CSC.

**Tabela A: Ferramenta de avaliação de insuficiência orgânica sequencial modificada (mSOFA)**

Sistema de órgãos	0	1	2	3	4
SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> respiratório	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
Fígado	Sem icterícia escleral ou icterícia			icterícia escleral ou icterícia	
Cardiovascular, hipotensão	Sem hipotensão	PAM <70 mm Hg	dopamina ≤5 ou dobutamina em qualquer dose	dopamina >5 epinefrina ≤0,1 norepinefrina ≤0,1	dopamina >15 epinefrina >0,1 norepinefrina >0,1
CNS, Escala de Coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal, creatinina mg/dl	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	>5,0



**Tabela B. Prognóstico para sobrevida hospitalar usando pontuações mSOFA**

Pontos				
1	2	3	4	5
mSOFA <6 ou >80% de sobrevida prevista	mSOFA 6-9 ou 60-80% de sobrevida prevista	mSOFA 10-12 ou 40-60% de sobrevida prevista	mSOFA >12 ou 20-40% de sobrevida prevista	a morrer ativamente ou <20% de sobrevida prevista

***Os doentes com os pontos mais baixos terão a maior prioridade para receber recursos de cuidados intensivos***

### **Ajuste para SOFA/mSOFA para doentes com doença renal crónica.**

O uso da pontuação SOFA/mSOFA tem o potencial de agravar as desigualdades estruturais existentes na saúde.<sup>5</sup> Por exemplo, o uso da pontuação SOFA/mSOFA terá um impacto desproporcionalmente negativo em doentes com doença renal crónica, que são desproporcionalmente pessoas de cor, que por sua vez foram desproporcionalmente impactados pela COVID-19. Num esforço para mitigar este efeito, ***qualquer doente com doença renal crónica receberá no máximo 2 pontos na pontuação SOFA ou mSOFA para creatinina elevada.***

### **Disposições razoáveis com o uso de SOFA/mSOFA em doentes com deficiência.**

A Escala de Coma de Glasgow, uma ferramenta para medir a gravidade da lesão cerebral aguda na SOFA/mSOFA, adiciona pontos à pontuação SOFA/mSOFA quando um doente não consegue articular palavras inteligíveis, mesmo se esta condição for devido a uma deficiência de fala pré-existente ou ventilação crónica. Pessoas com deficiência que têm níveis basais de deficiência antes do episódio de tratamento agudo devem ter disposições razoáveis no processo de pontuação, de modo a não aumentar as pontuações SOFA/mSOFA para os fins deste protocolo, a menos que se acredite que essas condições afetam direta e substancialmente probabilidade de sobrevida da doença aguda com tratamento.

Além disso, os doentes com deficiências de comunicação e/ou proficiência limitada em inglês devem ter acesso total a serviços de intérpretes de saúde qualificados e certificados e, se indicado, tecnologia assistiva ou outras disposições razoáveis para concluir a avaliação de forma adequada e objetiva. Para alguns doentes com deficiências de comunicação significativas, um hospital deve garantir que a(s) sua(s) pessoa(s) de apoio identificada(s) ou outros membros da equipa de cuidados do doente (por exemplo, um membro da família ou PCA pessoal) estão presentes à cabeceira com formação de segurança e EPI adequados, conforme exigido pela lei de Oregon.

<sup>5</sup> Schmidt H, Roberts DE, Eneanya ND. Rationing, racism and justice: advancing the debate around 'colourblind' COVID-19 ventilator allocation [published online ahead of print, 2021 Jan 6]. J Med Ethics. 2021; medethics-2020-106856. doi:10.1136/medethics-2020-106856

## **Avaliações individualizadas**

Embora os sistemas de pontuação fisiológica como SOFA e mSOFA sejam concebidos para prever resultados para certos grupos, cada decisão de pontuação deve ser baseada numa avaliação individualizada da natureza e gravidade da doença aguda ou lesão, incluindo uma história cuidadosa, exame físico e uso apropriado de auxiliares estudos e consultas clínicas que não incluam a exclusão automática de doentes com problemas de saúde crónicos, mas estáveis.

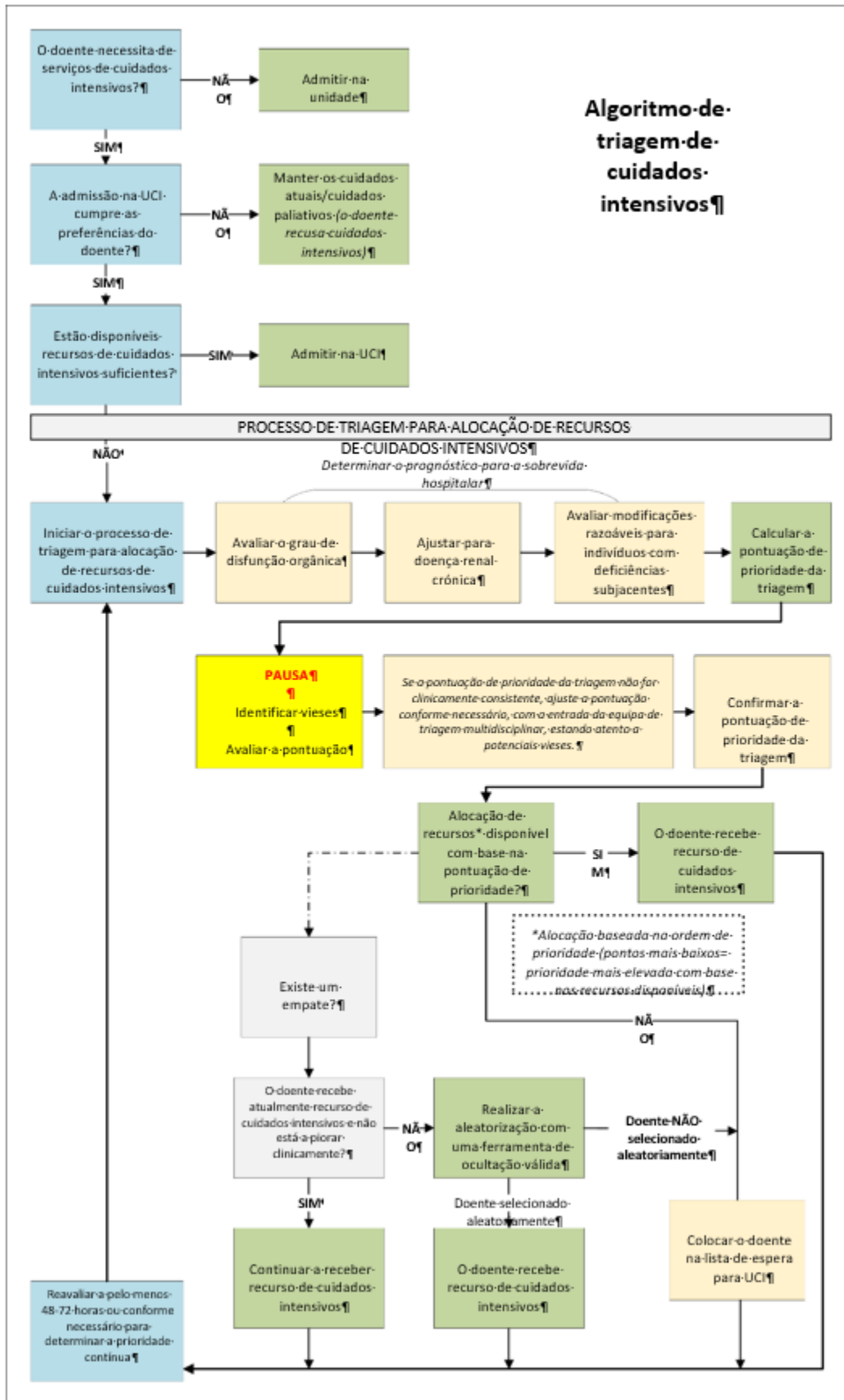
Antes de prosseguir com este processo de triagem, é importante estar ciente de que existem algumas pessoas que têm probabilidade de sofrer morte imediata ou quase imediata apesar da terapia agressiva, por isso durante o tratamento convencional os médicos não fornecem serviços de cuidados intensivos (por exemplo, sangramentos intracranianos massivos não passíveis de intervenção cirúrgica, choque intratável apesar do tratamento). Durante uma emergência de saúde pública, os médicos ainda devem fazer os mesmos julgamentos sobre a adequação médica dos serviços de terapia intensiva usando os critérios que usam durante o tratamento convencional.

## **Nota sobre doentes ventilados cronicamente**

Quando um doente cronicamente ventilado com o seu próprio ventilador (não-hospitalar) é admitido, este continuará a ser ventilado usando aquele ventilador que é considerado da sua propriedade pessoal. Enquanto ventilados pelo seu ventilador pessoal, os doentes ficarão isentos do processo de triagem quando os ventiladores forem o recurso escasso que requer triagem. Em nenhuma circunstância o ventilador pessoal de um doente será "realocado" para outro doente. Isto também se aplica a outros equipamentos médicos duráveis que o doente está a usar e que não pertencem ao hospital.

No entanto, se o estado respiratório de um doente ventilado cronicamente mudar e precisar de ser ventilado com um novo ventilador fornecido pelo hospital, o doente será incluído para avaliação e alocação de recursos se um protocolo de triagem estiver em vigor para CSC. Se isto ocorrer, o ventilador pessoal desse doente permanecerá propriedade pessoal e não estará sujeito a realocação involuntária.

Diagrama 1. Algoritmo de triagem de cuidados intensivos



## Processo de resolução de prioridade igual (desempatador)

Depois de os doentes serem classificados de acordo com a sua pontuação de prioridade de triagem, ainda pode surgir uma situação em que recursos limitados são necessários para dois ou mais doentes com as mesmas pontuações de prioridade de triagem.

Se um dos doentes com uma pontuação de prioridade de triagem igual já estiver a receber o recurso, o recurso deve permanecer com o doente enquanto o doente não estiver a piorar clinicamente.

Noutros casos de empate final de prioridade para o mesmo recurso escasso, a alocação deve proceder aleatoriamente usando uma ferramenta válida e cega.

Nota: A OHA está ciente de que outros estados e alguns hospitais do Oregon consideram fatores adicionais durante a triagem ou situações de desempate, incluindo, mas não se limitando ao estado de gravidez e o Índice de Privação de Área de um doente.<sup>6</sup> A OHA optou por não recomendar especificamente estes fatores até que possam ser discutidos num processo mais inclusivo como parte das deliberações da Comissão Consultiva de Alocação de Recursos do Oregon.

As decisões de tratamento não devem incluir a consideração de sobrevida a longo prazo, julgamentos de qualidade de vida, uso passado ou futuro de recursos médicos ou sociais, intensidade do recurso ou duração da necessidade de recurso.

### **Triagem contínua**

As pontuações de prioridade da triagem devem ser recalculadas em intervalos regulares (ou seja, pelo menos a cada 48-72 horas). Isto não significa que os cuidados do doente mudarão necessariamente; isto é para permitir que médicos e oficiais de triagem se mantenham cientes do estado de cada doente e para que o Comando de Incidentes do hospital tenha conhecimento dos recursos locais em relação à procura.

1. Se um doente individual que recebe recursos escassos desenvolver uma condição que afetaria drasticamente a sua pontuação de prioridade de triagem, esse doente individual poderá ter a sua prioridade de triagem redeterminada.
2. Um doente não será reatribuído a uma pontuação de prioridade de triagem mais baixa simplesmente porque continua a precisar de um recurso escasso, como um ventilador. Desde que o curso clínico não seja dramaticamente pior (por exemplo, o desenvolvimento de uma complicação devastadora) e o médico assistente sinta que o uso contínuo do recurso escasso é clinicamente indicado, o recurso não será reatribuído. O médico assistente não pode ignorar o oficial de triagem. Novas informações clínicas sobre infeções por COVID-19 indicam que alguns doentes requerem ventilação prolongada; novas informações podem alterar os tratamentos ou terapias atuais para esta infeção nova e incompletamente caracterizada. Este documento não pretende interferir nessa necessidade ou no julgamento clínico sobre o tratamento em andamento.

---

<sup>6</sup> <https://www.neighborhoodatlas.medicine.wisc.edu/>

3. Em intervalos regulares, os casos devem ser revistos sistematicamente por um oficial de triagem ou equipa diferente daqueles que tomam a decisão original para garantir consistência, justiça e aderência ao processo.

### **Solicitação para reavaliar casos de doentes**

Qualquer médico, por conta própria ou a pedido do doente, família ou defensor do doente, pode apresentar uma solicitação de reavaliação do doente para a determinação de priorização de triagem de CSC. As solicitações devem ser limitadas a preocupações sobre se a pontuação de prioridade de triagem de um doente individual é exata. O pedido de reavaliação deve ser apresentado por escrito.

Um ou mais oficiais de triagem nomeados não envolvidos na decisão original ou uma equipa de recursos separada deve ser designada para rever o caso. Dependendo da urgência do evento médico (ou seja, nenhum aviso vs. prolongado), entende-se que este processo pode ser retrospectivo. No entanto, se o evento for mais prolongado e os resultados potenciais do doente puderem ser afetados, então os processos devem ser implementados para permitir uma decisão suficientemente rápida.

As decisões finais para qualquer pedido de reavaliação de um caso específico de doente devem ser por escrito, datadas e calendarizadas, e incluir toda a documentação de apoio.

### **Recolha de dados**

A fim de avaliar retrospectivamente o potencial que este processo de priorização de triagem pode exacerbar as desigualdades em saúde e para informar futuras atualizações, os seguintes dados devem ser recolhidos pelo hospital para qualquer doente sob consideração e triagem para alocação de recursos escassos. É importante ressaltar que os dados demográficos não devem ser partilhados com a equipa de triagem para evitar qualquer viés potencial na tomada de decisão de alocação de recursos. Estes dados devem ser recolhidos separadamente através de processos administrativos.

Recolha de dados a serem incluídos:

- Número do registo clínico do doente
- Nome e localização do hospital
- Data de nascimento
- Orientação sexual e identidade de género do doente, se conhecidas
- Dados de raça, etnia, idioma e deficiência do doente (de acordo com os requisitos REALD<sup>7</sup>)
- Se, no momento da apresentação no hospital, o doente estava a usar um ventilador pessoal ou outro equipamento ou recurso pessoal de tratamento médico.
- Endereço residencial, sem casa ou desconhecido
- As preferências de cuidados do doente, conforme documentado numa diretiva avançada, pedidos portáteis para tratamento de suporte de vida (POLST), ou conforme

---

<sup>7</sup> <https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/COMMUNICABLEDISEASE/REPORTINGCOMMUNICABLEDISEASE/Pages/REAL-D-Collection-Toolkit.aspx>

comunicado por um representante de saúde, pessoa de apoio ou um membro da família.

- Priorização de triagem e resultado clínico

### **Comunicação transparente**

A transparência e a comunicação clara e eficaz para o público e os doentes são sempre importantes, especialmente durante uma crise de saúde pública. Ter acesso às informações de saúde necessárias salva vidas e as pessoas não devem ser prejudicadas no recebimento de informações de saúde oportunas e compreensíveis devido ao seu idioma, cultura ou acesso a tecnologia e outros suportes.

A transparência exige que o público seja informado quando os padrões de crise de cuidados forem acionados. O público deve ter informações atualizadas e transparentes sobre os planos de cuidados de crise do sistema de saúde, incluindo como os recursos serão alocados de forma diferente dos padrões convencionais de cuidados e quando os CSC tiverem sido ativados.

Num sistema de saúde, a comunicação transparente e oportuna com todos os doentes ou o seu tomador de decisão autorizado deve ocorrer quando o hospital está a enfrentar restrições de recursos, incluindo a natureza das restrições e como as decisões de alocação de recursos serão tomadas. Qualquer decisão sobre a alocação de recursos (ou seja, elegibilidade para um ventilador ou nível de cuidados de unidade de terapia intensiva) deve ser claramente comunicada aos doentes ou ao seu tomador de decisão autorizado e documentada. Os hospitais devem fornecer a todos os doentes informações sobre como entrar em contacto com o coordenador da Lei dos Americanos com Deficiência (ADA) ou defensor do doente.

Toda a comunicação durante uma emergência de saúde pública deve ser fornecida de uma forma culturalmente responsiva e linguisticamente acessível e satisfazer as necessidades de indivíduos com deficiências intelectuais, de desenvolvimento ou outras. Isto pode incluir, mas não está limitado a: fornecer comunicação eficaz usando intérpretes qualificados, disponibilizando mensagens de emergência em linguagem simples e em idiomas predominantes, usando vários formatos, como áudio, letras grandes e legendas, fornecendo acesso a pessoas de apoio escolhidas pelo doente que pode ajudar a garantir uma comunicação eficaz e que os sites que fornecem informações de emergência são acessíveis para deficientes físicos, conforme exigido pelas leis federais de direitos civis.

### **Considerações pediátricas**

A priorização de recursos escassos para doentes pediátricos é um processo semelhante à priorização para adultos. A equipa de triagem deve incluir médicos com experiência em cuidados pediátricos em consonância com a ética clínica.

Uma modificação razoável de PELOD-2 ou instrumentos clínicos pediátricos semelhantes pode ser uma disposição necessária para doentes pediátricos com deficiência. Para doentes com deficiências de fala pré-existentes ou deficiências que afetam o movimento motor, isto pode resultar numa pontuação PELOD-2 mais alta, mesmo em casos em que a deficiência do doente não é relevante para o risco de mortalidade de curto prazo. Sob tais circunstâncias, modificações razoáveis na PELOD-2 ou instrumentos clínicos semelhantes devem ser feitas em tais ferramentas para garantir que as características relacionadas com a deficiência não relacionadas com o risco de mortalidade de curto prazo não piorem a pontuação do doente.

O processo de triagem, a triagem contínua, a revisão e os recursos são semelhantes aos dos adultos. Assim que o doente estiver na UCI, deve ser reavaliado regularmente (como adultos) para a necessidade contínua de cuidados na UCI e/ou qualquer condição que se desenvolva que afete drasticamente a sua pontuação de prioridade de triagem.

Se os doentes pediátricos precisarem do mesmo recurso e tiverem a mesma pontuação de prioridade de triagem, a alocação deve ser feita aleatoriamente usando uma ferramenta válida e cega.

## **Acrónimos**

COVID-19: Doença por coronavírus de 2019

CSC: Padrões de cuidados de crise

UCI: Unidade de cuidados intensivos

MGAP: Mecanismo, Escala de Coma de Glasgow, idade e pontuação de triagem de pressão arterial para prever mortalidade em doentes com trauma

mSOFA: Ferramenta de avaliação de insuficiência orgânica sequencial modificada

NICHD-OT: Ferramenta de resultados do Instituto Nacional de Saúde e Desenvolvimento Infantil para nascimentos prematuros extremos

OHA: Oregon Health Authority

PCA: Assistente de cuidados do doente

PELOD-2: Disfunção orgânica logística pediátrica, versão 2

POLST: Ordem médica para tratamento de suporte de vida

EPI: Equipamento de proteção individual

REALD: Recolha de dados de raça, etnia, idioma e deficiência

SNAPPE-II: Pontuação para fisiologia aguda neonatal e extensão perinatal SNAP

SOFA: Ferramenta de avaliação de insuficiência orgânica sequencial

## Agradecimentos

A OHA deseja agradecer aos estados cujas diretrizes de CSC e ferramentas de triagem foram úteis para informar a abordagem da OHA. Os links para as diretrizes e ferramentas estão abaixo:

**Arizona:** <https://www.azdhs.gov/covid19/documents/healthcare-providers-sdmac/covid-19-addendum.pdf>

**Massachusetts:** <https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/crisis-standards-of-care-guidance-10-20-2020.pdf>.

**Washington:** <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/821-151-CSC-TT-guidebook.PDF>.

**Acessibilidade do documento:** para indivíduos com incapacidades ou indivíduos que falem outro idioma que não o inglês, a OHA pode fornecer informações em formatos alternativos como traduções, caracteres grandes ou Braille. Contacte a Unidade de Comunicações da COVID-19 (COVID-19 Communications Unit) através do número de telefone 1-971-673-2411, 711 TTY ou [COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsoha.state.or.us).