

Impacto da pandemia de COVID-19 nos cuidados paliativos em terapia intensiva Impact of the COVID-19 pandemic on palliative care in intensive therapy

Hilário de Sousa Francelino¹
Caio Wilggner de Lima Oliveira²
Jorge Félix Madrigal Azcuy³
Francisco Achilles Oliveira Vilar⁴

REVISÃO DE LITERATURA

Recebido: 10-10-2023
Aprovado: 22-12-2023

PALAVRAS-CHAVE:

unidade de terapia intensiva;
coronavírus;
palição;
escassez de recursos.

KEYWORDS:

intensive care unit;
coronavirus;
palliation;
scarcity of resources.

Resumo: A infecção pelo novo Coronavírus em 2019 tomou proporções mundiais, causando centenas de milhões de casos confirmados e milhões de mortes, sendo estimado que até 2% dos casos necessitam de admissão em UTI e suporte ventilatório, especialmente idosos e portadores de comorbidades. Esse pico de casos graves colocou os profissionais de saúde frente a decisões éticas difíceis quanto a priorizar os cuidados intensivos no contexto da pandemia, especialmente no contexto das medidas estritas de controle infeccioso, profissionais e contingência de recursos limitados. Objetiva-se com o presente estudo analisar as principais adaptações e mudanças dos cuidados paliativos em UTI tendo em vista a escassez dos recursos. A metodologia utilizada trata-se da bibliográfica de cunho qualitativo através de estudos publicados em base de dados tais como Scielo e Lilacs de forma gratuita, dos últimos anos. As dificuldades impostas pela escassez de recursos, nesta pandemia o tempo mostrou-se um verdadeiro vilão em algumas situações, onde pacientes rapidamente sofriram deteriorização do quadro de saúde, os profissionais no cuidado encontraram-se sobrecarregados e, somado a isto, o isolamento obrigatório e orientação aos familiares para não tocar ou mesmo ficar próximo aos seus entes queridos. Concluiu-se que a integração do cuidado paliativo ao planejamento na pandemia é crucial para equipar os profissionais de saúde com os recursos necessários a fim de estarem preparados para essas circunstâncias imprevistas.

Abstract: The 2019 coronavirus infection reached worldwide proportions, causing hundreds of millions of confirmed cases and millions of deaths, it is estimated that up to 2% of the cases need ICU admission and ventilatory support, especially elderly and those with comorbidities. The peak of severe cases placed the health professionals in difficult ethical decision-making situations regarding prioritize intensive care in the context of pandemia, especially considering the strict measures of infection control, limited human and material resources. This article aims to analyze the main changes and adaptations of Palliative Care in the ICU considering the lack of resources. The methodology used is qualitative bibliographical through studies published in databases such as Scielo and Lilacs for free, over the last 5 years. The difficulties imposed by the scarcity of resources, in this pandemic time proved to be a real villain in some situations, where patients quickly suffered a deterioration in their health condition, care professionals found themselves overloaded and, added to this, mandatory isolation and guidance to family members not to touch or even be close to their loved ones. It was concluded that the integration of palliative care into pandemic planning is crucial to equip health professionals with the necessary resources to be prepared for these unforeseen circumstances.



¹Pós-graduação em Medicina Intensiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. hilario.francelino@fm.usp.br

²Pós-graduação em Medicina Intensiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, Ceará, Brasil. cwilggner@gmail.com.

³Pós-graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Ceará, Ceará, Brasil. drjorgemadrigal@hotmail.com.

⁴Pós-graduação em Medicina Intensiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil. achillesvilar@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Os coronavírus (CoVs) são uma família de vírus positivos de RNA de fita simples, envelopado e não-segmentado, capeado e poliadenilado, sentido positivo (+ssRNA), que pertencem à família Coronaviridae. A glicoproteína CoV Spike (S) se liga aos receptores celulares na célula hospedeira e medeia a entrada viral, resultando na transmissão e patogênese interespecíficas. Três em cada sete coronavírus humanos (HCoVs) causam doenças respiratórias graves com altas taxas de mortalidade. A primeira é a Síndrome Respiratória Aguda Grave-CoV (SARS-CoV) que surgiu em 2002, seguida pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio-CoV (MERS-CoV) em 2012 (HOSSEINI et al., 2019; TRITANY et al., 2021).

Nas últimas duas décadas houve o cruzamento de três coronavírus entre espécies animais, como morcegos, transmitidos para populações humanas, os quais causaram um surto cada vez maior levando a uma pandemia em larga escala (PERLMAN, 2020; WANG et al., 2020). Os patógenos zoonóticos virais relatados anteriormente incluem SARS-CoV (coronavírus da síndrome respiratória aguda grave) e MERS (coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio) (CUI et al., 2019; WIT et al., 2016), que podem causar doença respiratória grave em humanos (HOSSEINI et al., 2019).

Em dezembro de 2019 surgiu um novo coronavírus zoonótico, que passou a infectar populações humanas, sendo identificado pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, China, em pessoas expostas em um mercado de frutos do mar e de animais vivos (HOSSEINI et al., 2019; TRITANY et al., 2021; DAVIES; HAYES, 2020). O SARS-CoV-2 foi identificado como o terceiro HCoV que causa a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com pneumonia viral.

O novo coronavírus SARS-CoV-2, designado como COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de fevereiro de 2020, é um dos β -coronavírus altamente patogênicos que infectam humanos. No final de 2019, a doença causada pelo COVID-19 foi considerada pela OMS Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional após a confirmação de milhares de casos e centenas de mortes (HOSSEINI et al., 2019; TRITANY et al., 2021). Até 6 de fevereiro de 2022 mais de 392 milhões de casos confirmados e mais de 5,7 milhões de mortes foram reportadas globalmente (ABMI, 2021). Embora a maioria dos pacientes com COVID-19 sejam assintomáticos ou tenham um quadro com sintomas leves, 5% necessitam de internação e 1-2% necessitam de admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e suporte ventilatório. A mortalidade é maior em idosos e pacientes com doenças crônicas e neoplasias (WHO, 2022; HEATH, et al. 2020).

De acordo com Santi (2020, p. 2),

A condição imposta pelas restritas normas de saúde, com orientação do isolamento social e medidas preventivas impõe novas práticas que afetam de alguma forma todos os estratos da sociedade, instituições, economia e política, as quais refletem direta ou indiretamente na rotina diária e saúde da população.

Os profissionais de saúde enfrentam decisões éticas difíceis quanto a priorizar a internação em UTI e suporte ventilatório para pacientes com maiores chances de sobrevivência, particularmente em um sistema de saúde que enfatiza a autonomia do paciente, intenção de tratamento curativo e avanços tecnológicos para prolongar a vida (HEATH, et al., 2020). Some-se a essa dificuldade a ameaça de colapso dos sistemas de saúde, resultando em lacunas assistenciais. A Pandemia do SARS-CoV-2 expôs vulnerabilidades sociais já existentes na sociedade, mas que foram exacerbadas frente aos impactos do contexto social, já fragilizado pela falta de investimentos, precariedade e sucateamento dos serviços de saúde (ALHALASEH et al., 2021).

Durante a fase de maior pico de casos na pandemia de COVID-19, o uso racional dos recursos e uma abordagem interdisciplinar envolvendo as diversas fases dos cuidados ao doente crítico, incluindo os cuidados paliativos, foram primordiais para amenizar os impactos da situação e otimizar o amparo aos familiares e o suporte aos pacientes.

METODOLOGIA

Este é um estudo de caráter bibliográfico e exploratório de cunho qualitativo. A pesquisa bibliográfica é conduzida a partir de material já existente, composto principalmente por livros e artigos científicos. É capaz de gerar, ainda que em temas poucos explorados, a formulação de hipóteses, ou interpretações que servirão para incipiência de outras pesquisas. (GIL, 2019). Por outro lado, a pesquisa exploratória tem o propósito de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Conforme destacado por Minayo (2001), a pesquisa qualitativa explora o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para localizar os estudos publicados, realizou-se consultas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A coleta dos dados abrangeu o período de abril de 2021 a março de 2022.

Para desenvolver a estratégia de investigação desta pesquisa e com o objetivo de ampliar os resultados de busca para uma estratégia mais sensível, foram levados em consideração os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), juntamente com palavras-chave ou termos sinônimos, tais como: cuidados paliativos, UTI, terapia intensiva, COVID-19, os termos foram adaptados para cada plataforma de dados e combinados através de operadores booleanos "AND" e "OR", considerando-se as suas variações de termos para obtenção das estratégias finais.

Os critérios de inclusão para a seleção dos materiais foram: estudos dos últimos 5 anos, nacionais e internacionais. Os documentos que não abordaram o objeto deste estudo foram excluídos. Após a coleta dos materiais, procedeu-se à análise para o tratamento dos dados, interpretação e discussão. Em torno desse contexto, foram observados os seguintes questionamentos: Quais são os impactos da pandemia da COVID-19 nos cuidados paliativos em terapia intensiva? Quais medidas e adaptações devem ser tomadas nos cuidados paliativos em situações de UTI? Os recursos financeiros são suficientes?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cuidados intensivos

O objetivo dos cuidados intensivos é a manutenção das funções vitais para reduzir a mortalidade e prevenir a morbidade nos pacientes com uma doença grave. Apesar do desenvolvimento de novas tecnologias e avanços na assistência, a taxa de mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI) geral antes da pandemia já era alta, variando entre 20-35% dependendo da região geográfica (WHO, 2022).

Nos últimos anos, as admissões em UTI no último mês de vida cresceram em até 30% (WHO, 2022). Quando a disfunção de órgão da doença grave não responde ao tratamento e os objetivos não conseguem mais serem atingidos ou quando o suporte à vida passa a ser desproporcional ao prognóstico esperado, os médicos da UTI devem permitir uma morte aceitável (WHO, 2022). Apesar dos avanços da medicina intensiva, as decisões e comunicação sobre a recusa ou retirada de intervenções que prolongam a vida são rotineiras para os médicos da unidade de terapia intensiva (UTI) que atendem pacientes graves (MERCADANTE; GREGORETTI, 2018).

O uso de sedativos, analgésicos e outros métodos não-farmacológicos para amenizar sintomas estressores, assim como a comunicação cuidadosa para dar suporte ao processo de tomada de decisão, incluindo autonomia, determinação de capacidade, são de suma importância, mesmo na fase de tratamentos ativos (WHO, 2022).

Cuidados paliativos

Em meados da década de 60, Cicely Saunders, na Inglaterra, apresentou o conceito de cuidados paliativos focado no paciente em terminalidade de doença incurável, com intensas transformações desde então (BEZERRA et al., 2018).

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, face ao problema associado a uma condição ameaçadora à vida através da prevenção e alívio do sofrimento a partir da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (BEZERRA et al., 2018).

Pacientes idosos com predomínio de condições crônicas e complexo perfil de multimorbidade, necessitam de acolhimento para, dentre outros meios, diminuir o sofrimento e promover maior qualidade de vida. (TRITANY et al., 2021) Outro ponto que merece destaque é a abordagem dos profissionais aos pacientes e familiares acerca da espiritualidade, pois a mesma é considerada como um marcador de qualidade assistencial. (SAPORETTI, 2021).

Entre os principais papéis dos times de Cuidados Paliativos (CP) estão o desenvolvimento de planos de resposta a nível de pandemia, assistência em times de alocação de recursos escassos, identificar e abordar os objetivos do cuidado, dar suporte ao manejo efetivo dos sintomas, prover suporte psicossocial e acolhimento ao luto de membros das famílias, e dar suporte a outros profissionais de saúde que estão sobrecarregados, estressados e traumatizados pela exposição aos eventos traumáticos que testemunharam (RITCHEY, et al., 2020; ANNESER, J., 2020). Cabe à equipe multiprofissional a promoção dos cuidados paliativos, tendo como meta principal o alívio do sofrimento nas esferas física, social, espiritual e psicológica (SESE, D. et al., 2020, ANNESER, J., 2020).

O Código de Ética Médica do Brasil, pela Resolução Conselho Federal de Medicina nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.20, em seus Princípios Fundamentais, afirma que em “situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (Capítulo 1, inciso XXII). Isto significa que, independente da condição da pandemia pelo COVID-19, pacientes devem ter acesso a cuidados paliativos, incluindo cuidados de fim de vida (GUIMARÃES et al., 2021).

Presença dos familiares

Em Heath et al., (2020) um total de 81% dos pacientes não tinha um membro da família presente em sua fase de morte, apesar de haver uma política de permitir a presença de uma pessoa. A causa disso seria que isso é mais frequente devido ao fato de que os mais próximos ao paciente estavam eles mesmos vulneráveis e temerosos da infecção e/ou foram aconselhados a se isolarem (SBP, 2020). As consequências de poucas visitas de familiares podem incluir necessidades aumentadas e mais complexas dos entes queridos (SBP, 2020).

Os pacientes na ausência dos familiares têm se apoiado no autocuidado espiritual como uma estratégia de apoio na sua transição da vida para a morte. A religiosidade é uma forma alternativa e respeitosa de ritualização dos processos vivenciados para ressignificar as perdas/mortes, e no enfrentamento dos desafios durante e após a pandemia (CREPALDI et al, 2020). Para alguns a espiritualidade representa a busca de uma fortaleza no apoio aos pacientes em processo de enfrentamento da doença (SILVA et al, 2020). A religião, como suporte espiritual, funciona como um bálsamo para a alma, de extrema relevância para a saúde emocional (KOWALCZYK, 2020; ALHALASEH et al., 2021). A espiritualidade/religiosidade é vivenciada pelos pacientes em cuidados paliativos, familiares e profissionais de saúde como uma forma de enfrentamento mediante os fatores desestabilizadores e estressores, podendo funcionar como um recurso para que se mantenha a saúde por permitir a vivência menos dissociada em seu contexto, com ampliação de possibilidades de respostas às adaptações (OLIVEIRA et al., 2021).

A pandemia do COVID-19 representou uma ameaça aos serviços essenciais de cuidados paliativos, incluindo a construção de conexões entre pacientes, famílias e equipes de saúde. A proibição da visita dos familiares potencializa o isolamento, a solidão e o medo; dificulta o manejo dos sintomas, a determinação das prioridades de

cuidado diante da doença que ameaça a vida e a promoção do conforto, conexão e dignidade durante o processo de morrer. (RITCHEY et al., 2020; ANNESER, J. 2020).

Ao ouvir a família, suas preocupações e perspectivas, encontram-se formas de adaptar as visitas em vídeo para serem mais humanas e personalizadas. Isso incluiu demonstrar o toque humano e o cuidado ao lado do leito durante as videochamadas, orientar a família sobre o que eles veriam, perguntar sobre questões herdadas e outras necessidades específicas, incluindo cuidados espirituais, e incorporá-los à visita de vídeo. Durante e após as videochamadas, a equipe de cabeceira usou essa orientação da família para falar com o paciente sobre membros específicos da família, histórias da família, hobbies/interesses, oferecer música/entretenimento de que o paciente gostava e oferecer cuidados espirituais adaptados às necessidades do paciente. A equipe que realiza cuidados à beira do leito relatou uma conexão e reconhecimento mais profundos da pessoa no leito. Sua família valorizava a capacidade de ver e conversar com o paciente virtualmente, e a oportunidade de se envolver na revisão de vida e compartilhar histórias de seu legado com a equipe de saúde. Eles expressaram sua gratidão em saber que o paciente estava sendo tratado como uma pessoa. (RITCHEY et al., 2020; ANNESER, J. 2020).

Dada a importância da existência de um time de cuidados paliativos para manejo do paciente crítico e de sua família, a equipe multiprofissional se destaca como um dos principais recursos a serem analisados e levados em consideração no manejo da crise.

Escassez de recursos

Emergências e crises como a pandemia da COVID-19 são eventos de grande magnitude que podem resultar no colapso de sistemas de saúde, deslocamentos forçados, mortes e sofrimento. Nesses casos não é raro haver lacunas assistenciais, carência de profissionais especialistas ou prestação inadequada de serviços, havendo mais enfoque em salvar vidas, em detrimento do alívio da dor e sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (BEZERRA et al., 2021).

Os países em desenvolvimento carecem das capacidades de teste e das tecnologias para rastrear os indivíduos infectados. Além disso, o custo do teste de triagem COVID-19 nos países em desenvolvimento excede principalmente a soma total que os sistemas de saúde gastam por indivíduo (TRITANY et al., 2021).

Os recursos físicos também sofreram forte impacto diante dos desequilíbrios entre as necessidades da população e a disponibilidade de recursos em vários lugares do mundo. A escassez de insumos, tendo como base os princípios de ética biomédica e direito internacional, determinaram o uso de protocolos de triagem para melhor alocação dos recursos (BEZERRA, 2021).

Em condições de triagem para a alocação de recursos, a assistência em saúde que garanta acesso a cuidados paliativos é ainda mais imperiosa para justificar eticamente o racionamento. O Código de Ética Médica também reitera em seu Artigo 41 que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. A eutanásia continua sendo vedada ao médico e a condição de escassez imposta pela pandemia de COVID-19 não oferece justificativa ética ou legal para a prática (GUIMARÃES et al., 2021).

A principal preocupação da pandemia do COVID-19 é a escassez dos recursos assistenciais, mesmo em países desenvolvidos, que sofreram com os picos de casos. Por exemplo, nos Estados Unidos a quantidade insuficiente de máscaras N95 obrigou a reutilização de máscaras de uso único. Na Itália, ventiladores e leitos de UTI foram disponibilizados apenas para os considerados mais graves no pico da doença. A Coreia do Sul sofreu com falta de leitos de UTI, o que levou a diversas mortes (TRITANY et al., 2021).

A escassez de profissionais de saúde está bem documentada em países de baixa renda (PBR) antes do COVID-19, devido a várias causas, incluindo a migração para países desenvolvidos, escassez de suprimentos, infraestrutura de saúde precária, instalações de UTI limitadas e falta de acesso às diretrizes e protocolos.

Um dos problemas importantes na PBR é a capacidade de teste insuficiente que impediu a avaliação precisa da carga de doenças e, posteriormente, alocações de recursos (TRITANY et al., 2021).

A tentativa de aderir aos princípios da bioética, incluindo respeito aos outros, beneficência e justiça, deve ser aplicada no terreno, no contexto específico do PBR. As soluções devem ser adaptadas às necessidades tangíveis e à possibilidade de implementação na vida real face aos recursos "já" limitados, fazendo uso de medidas simples, mas plausíveis. A implementação de diretrizes e estruturas que foram definidas para funcionar nas nações com mais recursos é um apelo à futilidade (TRITANY et al., 2021).

A escassez de recursos de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, pode criar dilemas éticos. Isso pode incluir a necessidade de fornecer cuidados e tratamento para pacientes mais graves, ao mesmo tempo em que atrasa o tratamento de outros que estão em melhores condições. A necessidade de tomar tais decisões pode fazer com que alguns profissionais de saúde sofram danos morais ou problemas de saúde mental. Torna-se muito desafiador quando tais decisões têm que ser tomadas à custa de valores éticos (TRITANY et al., 2021).

A escassez de profissionais de saúde e a escassez de recursos em países de renda baixa e intermediária levaram ao aumento das horas de trabalho e ao desgaste do pessoal de saúde nesses países e à deterioração econômica mais grave (TRITANY, et al., 2021).

A decisão de limitar o acesso a recursos escassos, como leitos de UTI, deve ser compartilhada e coordenada com o Diretor Técnico do hospital e com as autoridades de saúde em nível local, regional e nacional. Esta decisão somente pode ser tomada após o esgotamento de recursos de cuidados críticos no ambiente de saúde havendo declaração de catástrofe (RITCHEY et al., 2020).

Um dos grandes desafios da atual situação é estabelecer critérios justos para a alocação de recursos escassos. A realização de triagem é intrinsecamente vinculada às atividades desempenhadas pela Medicina Intensiva. O esgotamento da oferta de recursos para o atendimento de todas as pessoas que necessitem pode gerar situações de grande desconforto para os profissionais e para a própria sociedade (RITCHEY et al., 2020).

No contexto brasileiro, a avaliação da triagem de pacientes para admissão em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) fundamenta-se nos níveis de prioridade estabelecidos pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2.156/2016, conforme descrito por Ritchey et al., (2020).

No processo de triagem, conforme estabelecido pela Declaração de Ética Médica em eventos de Desastres da Associação Mundial de Medicina, revisada em 2017, destaca-se a necessidade de utilizar exclusivamente critérios médicos e assistenciais (RITCHEY et al., 2020).

Os profissionais envolvidos na triagem devem contar, na medida do possível, com o suporte de Equipes de Saúde Mental durante suas atividades. Mesmo em situações de catástrofe, todas as restrições éticas e legais para a prática da eutanásia e do suicídio assistido permanecem em vigor (RITCHEY et al., 2020).

A criação de um protocolo de triagem, destinado a identificar quais pacientes teriam prioridade na alocação de recursos em casos de esgotamento decorrente da pandemia de COVID-19, não é apenas um projeto técnico. Ao contrário, elementos técnicos são empregados somente na medida em que conseguem traduzir, à beira do leito, os princípios éticos e legais que orientam as relações entre indivíduos e entre o Estado e os cidadãos (KRETZER et al., 2020).

Visto a urgente necessidade de um modelo de triagem para a situação de emergência em saúde pública, a AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) formularam protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 (KRETZER et al., 2020).

O modelo proposto trata-se de triagem terciária, a ser conduzida dentro das unidades hospitalares. Composto por sistema de pontuação

baseado em alguns critérios, que representam diferentes objetivos éticos: salvar o maior número de vidas; salvar o maior número de anos/vida; e equalizar as oportunidades de passagem pelas diferentes fases da vida (KRETZER et al., 2020).

Tal protocolo, no ato de sua implantação, requer algumas condições, a citar: reconhecimento de estado de emergência em saúde pública e de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento, criação de comissões de triagem hospitalares, alinhamento da gestão do protocolo com o sistema de regulação de leitos, monitoração do início e encerramento do protocolo, incluindo anúncio público do mesmo. Já a aplicação do modelo de triagem, inicialmente, busca identificar a presença por parte do paciente de Diretivas Antecipadas de Vontade ou expressões de desejos prévios de limitação terapêutica, posteriormente calcular escores SOFA, ECOG e SPICOT e aplicar dados na tabela 1, em seguida comunicar de maneira empática a familiares e pacientes sobre a triagem, e registrar em prontuário (KRETZER et al., 2020).

Para otimizar a alocação dos recursos humanos e mitigar o risco de infecções, é recomendável que as equipes de Cuidados Paliativos (CP) desenvolvam estratégias específicas para lidar com a pandemia, como sugerido por Anneser (2020). Isso inclui a distinção entre diferentes níveis de cuidado, como "convencional", "contingência" e "crise". Na fase de "contingência", os recursos são suficientes para oferecer um cuidado paliativo funcionalmente equivalente, enquanto no cuidado do tipo "crise", os recursos são insuficientes, e os esforços devem se concentrar em proporcionar o melhor cuidado possível. Assim, as estratégias devem ser adaptadas de acordo com cada cenário específico (ANNESER, 2020; FAUSTO et al., 2020).

Além das dificuldades impostas pela escassez de recursos, nesta pandemia o tempo mostrou-se um verdadeiro vilão em algumas situações, em que pacientes rapidamente sofriam deterioração do quadro de saúde, os profissionais no cuidado encontraram-se sobrecarregados e, somado a isto, o isolamento obrigatório e orientação aos familiares para não tocar ou mesmo ficar próximo aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação dos cuidados paliativos no planejamento durante a pandemia é essencial para dotar os profissionais de saúde dos recursos necessários, preparando-os para lidar com situações inesperadas.

Em circunstâncias normais de prestação de serviços de saúde, a disponibilidade de leitos de UTI é determinada pela necessidade de terapias de suporte orgânico e pela probabilidade de recuperação. No entanto, reconhece-se que medidas como o suporte ventilatório não têm um impacto significativo na trajetória natural da doença em estágios avançados, próximos à morte. Mesmo quando não há escassez de leitos de UTI, a alocação desse recurso deve considerar o benefício prognóstico das terapias. Não é considerado uma violação ética se medidas de suporte orgânico não forem oferecidas a pacientes em fase terminal.

As vulnerabilidades de nossa sociedade, amplamente conhecidas, foram particularmente evidenciadas durante a pandemia de COVID-19, afetando tanto aspectos físicos quanto espirituais. Diante desse cenário, torna-se crucial um planejamento adequado em todos os níveis de gestão para lidar com situações de catástrofes. Isso implica uma alocação correta e racional de recursos, abrangendo aspectos humanos, técnicos e materiais.

Para que exista uma justificativa na tomada de decisão e na adequação de ações visando o uso racional e equitativo de recursos em casos ou situações emergenciais como durante a Pandemia de COVID-19, os princípios de autonomia, beneficência e da não maleficência com base no respeito à dignidade da pessoa humana, à autodeterminação e à integridade e à vulnerabilidade, assim como à religiosidade e espiritualidade são alguns referenciais éticos que devem ser sempre mantidos, independentemente da situação clínica dos pacientes.

Tabela 01 - Passo a passo do modelo de triagem AMIB/ABRAMEDE/SBGG/ANCP.

Passos	Critérios	Pontuação				Total
		SOFA ≤ 8	SOFA 9-11	SOFA 12-14	SOFA > 14	
1	Calcular SOFA (total:____) e pontuar conforme estratificação ao lado.					
2	Tem comorbidades graves, com expectativa de sobrevida < que um ano? Fazer a avaliação preferencialmente através do SPICTBR.	-----	-----	Sim	-----	
3	Aplicar a ECOG e pontuar conforme a estratificação ao lado.	0-1	2	3	4	
4	Calcular a pontuação total dos critérios 1 a 3.					
5	Alocar o leito de UTI ou VM ao paciente com menor pontuação total desde que não tenha havido empate.					
6	Em caso de empate utilizar os seguintes critérios hierarquicamente.					
6a	Menor escore SOFA total.					
6b	Julgamento clínico da equipe de triagem.					

Fonte: Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 (2020).
10.1016/j.jpainsymman.2020.03.025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANNESER, J. Dying patients with COVID-19: What should Hospital Palliative Care Teams (HPCTs) be prepared for? *Palliative and Supportive Care*, v. 18, n. 4, p. 382–384, 2020. doi: 10.1017/S1478951520000450. PMID: 32631469; PMCID: PMC7324302.

Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Recomendações para os Cuidados Paliativos em UTI nas Situações de Catástrofes. Particularidades do COVID-19. AMIB. https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2021/marco/23/Recomendacao_Comite_de_Cuidados_Paliativos_COVID_19_AMIB_2021.pdf.

ALHALASEH, Y. N.; ELSHABRAWY, H. A.; ERASHDI, M.; SHAHAIT, M.; ABU-HUMDAN, A. M.; AL-HUSSAINI, M. Allocation of the "Already" Limited Medical Resources Amid the COVID-19 Pandemic, an Iterative Ethical Encounter Including Suggested Solutions From a Real Life Encounter. *Front Med (Lausanne)*. v. 14, n. 7, 2021. doi: 10.3389/fmed.2020.616277. PMID: 33521023; PMCID: PMC7840687.

BEZERRA, M. R.; MELLO, M. J. G. de; LIMA, J. T. O.; CAVALCANTI et al. Priorização para garantir cuidado na pandemia COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 21, n. 2, p. 529-537, 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200011>.

CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud. psicol.* 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

CUI, J.; LI, F.; SHI, Z, L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* v.17, n. 3, p.181-192, 2019.

DAVIES, A.; HAYES, J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clinical Medicine*, v. 20, n. 3, p. 274–277. DOI: 10.7861/clinmed.2020-0157.

FAUSTO, J.; HIRANO, L.; LAM, D.; MEHTA, A.; MILLS, B.; OWENS, D.; PERRY, E.; CURTIS, J. R. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19-The UW Medicine Experience. *J Pain Symptom Manage.* v. 60, n. 1, p. 21-26. Doi:

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GUIMARÃES, H. P.; LOBO, S. M. A.; SHUBERT, D. U. C.; DAL-PIZZOL, F. Recomendações em Medicina de Emergência e Medicina Intensiva para o Atendimento à COVID-19. ABRAMEDE - AMIB. 1ª Edição. Editora dos Editores, São Paulo, 2021.

HEATH, L; YATES, S; CAREY, M; MILLER, M. Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, v.37, n. 11, p. 988-991. DOI: 10.1177/1049909120943577

HOSSEINI, E. S.; KASHANI, N. R.; NIKZAD, H.; AZADBAKHT, J.; BAFRANI, H. H.; KASHANI, H. H. The novel coronavirus disease-2019 (COVID-19): Mechanism of action, detection and recent therapeutic strategies. *Virology*, v. 55, n. 1. p. 1-9. DOI: 10.1016/j.virol.2020.08.011, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33010669/>

KOWALCZYK, A.; PRZYCHODNA, M.; SOPATA, S.; BODALSKA, A.; FECKA, I. Thymol and Thyme Essential Oil-New Insights into Selected Therapeutic Applications. *Molecules*, v. 25, n. 18, 2020 doi: 10.3390/molecules25184125.

KRETZER, L. E.; BERBIGIER, E.; LISBOA, R.; GRUMANN, A. C.; ANDRADE, J. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Disponível em: <https://crmsc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Versa%CC%83o-2-0106-Protocolo-AMIB-de-alocac%CC%A7a%CC%83o-de-recursos-emesgotamento-durante-a-pandemia-por-COVID.pdf>

MERCADANTE, S.; GREGORETTI C, C. A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol.* v. 18, n. 1, doi: 10.1186/s12871-018-0574-9. PMID: 30111299; PMCID: PMC6094470.

MINAYO, M. C. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, O. V. S.; FROSSARD, A. G. S.; SILVA, A. V.; NASCIMENTO, J. B. L. MACIEL, M.V. Dilemas bioéticos da espiritualidade/religiosidade como cuidado em saúde no contexto dos cuidados paliativos: reflexões em tempo de Pandemia do SARS-CoV-2. Online em: <https://>

enfoncologica2021.sld.cu/index.php/enfoncologica/2021/paper/view/58/3

PERLMAN, S. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med*. v. 382, n. 8, p. 760-762. doi: 10.1056/NEJMe2001126.

RITCHEY, K. C.; FOY, A.; MCARDEL, E. Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *Am J Hosp Palliat Care*. v. 37, n. 11, p. 992-997, 2020. Doi: 10.1177/1049909120948235.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade nos Cuidados Paliativos. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. 2021.

SANTI, W. S. Educação de jovens e adultos: reflexões teóricas sobre os seus sujeitos. XIX Encontro de História da Anpuh- Rio. 2020. Disponível em: https://www.encontro2020.rj.anpuh.org/resources/anais/18/anpuh-rjerh2020/1600619977_ARQUIVO_682c3a0d3beed91a08b04c5edc64f9ce.pdf. Acesso em: 20 out 2021.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Novo Coronavírus (COVID-19) Documento Científico. Rio de Janeiro. Departamento Científico de Infectologia (2019-2021), Nº 14, Fevereiro de 2020.. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22340d-DocCientifico_-_Novo_coronavirus.pdf

SESE, D.; MAKHOUL, A.; HOEKSEMA, L.; SHOEMAKER, L. The role of palliative care in Covid-19. *Cleve Clin J Med* 2020 May 29. doi: 10.3949/ccjm.87a.ccc036.

SILVA, C. C.; SAVIAN, C. M.; PREVEDELLO, B. P.; ZAMBERLAN, C.; DALPIAN, D. M.; SANTOS, B. Z. Access and use of dental services by pregnant women: An integrative literature review. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 827-835. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01192018>.

TRITANY, E. F.; FILHO, B. A. B. S.; MENDONÇA, P. E. X. Fortalecer os cuidados paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface (Botucatu)*. v. 25 n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/Interface.200397>

WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; HO, R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 5, p. 17-29. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

WIT, E.; VAN DOREMALEN, N.; FALZARANO, D.; MUSNTER, V. J. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* v. 14, p. 523-534, 2016. <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>

World Health Organization (WHO). Weekly epidemiological update on COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-oncovid-19---8-february-2022>.