

Responsabilidade pela razoabilidade e critérios de admissão, triagem e alta em unidades de terapia intensiva: uma análise das recomendações éticas atuais

Accountability for reasonableness and criteria for admission, triage and discharge in intensive care units: an analysis of current ethical recommendations

RESUMO

Triagem para admissão em unidades de terapia intensiva é um evento frequente, especialmente em situações de escassez de recursos, e está associada a piores desfechos clínicos. O processo de triagem é variável e pode ser guiado por vieses e preconceitos, levando à tomada de decisão potencialmente injusta. O Conselho Federal de Medicina elaborou recentemente uma resolução com os critérios de admissão e alta em unidades de terapia intensiva. O objetivo deste artigo é avaliar os dilemas éticos associados

à implementação dessa resolução, tendo como prisma a abordagem do accountability for reasonableness (“responsabilização pela razoabilidade”), conhecido como A4R, conforme parâmetros elaborados por Norman Daniels. Apesar de a resolução em si contemplar as condições do A4R, ainda há espaço para que a norma indique critérios para que a operacionalização da resolução também contemple esses parâmetros.

Descritores: Bioética; Triagem; Racionamento em saúde; Norman Daniels; Unidades de terapia intensiva

1. Clínica Florence - Salvador (BA), Brasil.
2. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital São Rafael - Salvador (BA), Brasil.
3. Instituto de Pesquisa e Ensino D'OR - Salvador (BA), Brasil.
4. Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Cuidados Paliativos, Hospital Sírio-Libanês - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) têm como objetivo prestar atendimento a pacientes criticamente enfermos, ou seja, pacientes graves ou de alto risco.⁽¹⁾ Essas unidades são capazes de prover terapias e tecnologias sofisticadas, além de recursos humanos altamente especializados, sendo potencialmente capazes de reduzir a morbimortalidade dos pacientes criticamente enfermos de maneira custo-efetiva.⁽²⁾

Entretanto, existe uma escassez de leitos de UTI percebida globalmente,⁽³⁾ de forma que decisões de alocação desse recurso, envolvendo triagem e racionamento, são tomadas frequentemente.⁽⁴⁾ Estudos empíricos evidenciam que até 51% dos pacientes referenciados para internação em UTI não são admitidos, e, adicionalmente, essa recusa de admissão está associada a uma maior mortalidade hospitalar,⁽⁵⁾ embora tal associação possa estar sujeita a fatores de confusão, pois pacientes recusados na UTI são, geralmente, mais gravemente enfermos do que os pacientes admitidos.

Além disso, existem evidências de que triagem para admissões potencialmente inapropriadas em UTI são frequentes,⁽⁶⁾ levando a admissões não benéficas nessa unidade, ou inconsistentes com os desejos e valores do paciente e familiares.⁽⁷⁻⁹⁾ Essa situação pode ter impacto na assistência médica direta do paciente e

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 6 de abril de 2020

Aceito em 2 de junho de 2020

Autor correspondente:

João Gabriel Rosa Ramos
Unidade de Terapia Intensiva, Hospital São Rafael
Avenida São Rafael, 2.152
CEP: 41253-190 - Salvador (BA), Brasil
E-mail: jgrr25@gmail.com

Editor responsável: Felipe Dal-Pizzol

DOI: 10.5935/0103-507X.20210004



na alocação global de recursos, uma vez que cuidados inapropriados na UTI podem estar relacionados a atrasos nos cuidados de outros pacientes.^(10,11)

Mais preocupante, existem evidências de que esse processo de triagem é variável,⁽¹²⁾ sendo influenciado por uma série de fatores dos pacientes,⁽¹³⁾ incluindo os não clínicos, como personalidade,⁽¹⁴⁾ ou estruturais,⁽¹⁵⁾ como número de leitos de UTI disponíveis.⁽¹⁶⁾ Dessa forma, é possível que as decisões atuais de triagem sejam guiadas por vieses e preconceitos, levando a uma tomada de decisão potencialmente injusta. Além disso, o próprio processo de triagem, quando não estruturado, pode levar a situações de angústia e *burnout* para os profissionais de saúde envolvidos.^(17,18)

Na tentativa de ajudar a guiar essas tomadas de decisão, diretrizes sobre o processo de admissão, triagem e alta das UTIs foram criadas por sociedades médicas e, recentemente, referendadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil, por meio de uma resolução sobre o assunto, a de número 2.156/2016.⁽¹⁾ Essa resolução foi baseada na estrutura criada pela diretriz da *Society of Critical Care Medicine*,⁽¹⁸⁾ desenvolvida, inicialmente, entre outros objetivos, como um arcabouço para a criação de políticas institucionais específicas. Apesar desse esforço, estudos empíricos mostram que os profissionais de saúde podem não aderir a esses tipos de recomendações, tanto por desconhecimento ou discordância,⁽¹⁹⁾ quanto por dificuldades práticas de implementação.⁽²⁰⁾

Tendo em vista que, frequentemente, não é possível obter consenso sobre quais princípios subjacentes devem nortear as tomadas de decisão de triagem, uma estratégia de priorização baseada em um processo formal e justo vem sendo proposta como alternativa para alocação de recursos mais equitativa,^(21,22) conhecida como “*accountability for reasonableness*”, ou A4R, que pode ser traduzido livremente como “responsabilização pela razoabilidade”.

Neste trabalho, pretendemos avaliar a resolução do CFM 2.156/2016, sob a ótica da estratégia de priorização de responsabilização pela razoabilidade, com o intuito de verificar se a norma atende às condições necessárias para o estabelecimento de prioridades, conforme proposto por Norman Daniels.⁽²²⁾ Antes da avaliação específica da norma, faremos uma breve introdução ao trabalho proposto por Daniels, incluindo as limitações dos modelos clássicos de justiça distributiva, quando aplicados à saúde.

1. Decisões de racionamento em saúde sob a perspectiva de diferentes concepções de justiça

Os sistemas de saúde possuem recursos insuficientes para os cuidados de saúde, de forma que decisões de

priorização são tomadas frequentemente e em diferentes níveis decisórios, mediante escolhas hierarquizadas.^(4,23,24) É provável que essas decisões continuem sendo necessárias, ainda que se aumentem os recursos a serem gastos em saúde e se otimize a eficiência desses gastos.⁽²⁵⁾ Dessa forma, decisões de triagem e racionamento serão necessárias sempre que existir a distribuição de um recurso finito, incapaz de atender a todas as demandas, devendo-se definir quais as necessidades que devem ser prioritariamente atendidas em prejuízo de outras.⁽²⁵⁾

Por exemplo, decisões de priorização são realizadas em nível macro, governamental, no qual as decisões orçamentárias definem quais estratégias de saúde serão priorizadas e, mesmo, se a saúde será priorizada em comparação com outros itens do orçamento.⁽²⁴⁻²⁶⁾ Em nível meso, decisões sobre alocação de recursos dentro da organização de saúde ou relacionadas a políticas e diretrizes de atendimento a determinadas situações de saúde direcionam a organização e as prioridades dos serviços.^(4,24,25) Por exemplo, decisões a respeito de compra de equipamentos ou abertura de novos serviços, ou, ainda, definições em diretrizes sobre quais exames, dentre uma série de possibilidades disponíveis, deveriam ser solicitados em determinadas situações, ou quais pacientes deverão ter atendimento prioritário, impactam nas opções de priorização e racionamento nos sistemas de saúde. Em nível micro, por fim, estão as decisões tomadas pelos profissionais de saúde, à beira do leito, que são condicionadas por aquelas tomadas nas esferas hierárquicas superiores, mas também pelo próprio julgamento clínico e pelas idiosincrasias do profissional.^(4,24,26)

São poucos os outros contextos em que decisões de priorização sejam tão dramáticas quanto em situações de doença aguda, em que os resultados das decisões podem implicar em agravo imediato à saúde, ou, mesmo, à vida do paciente.^(4,27)

Tais decisões levantam uma série de questões éticas, uma vez que se espera que os profissionais de saúde respondam a uma moral profissional, a qual inclui a obrigação de interceder por seus pacientes pelo acesso ao melhor tratamento médico disponível.^(28,29) Essa obrigação moral pode entrar em conflito com o papel de *gatekeeper*, ou seja, de gerenciar o acesso dos pacientes aos serviços e aos tratamentos de saúde.^(24,30) Por isso, sugere-se que, sempre que possível, as decisões de racionamento sejam preestabelecidas por meio de soluções coletivas, com a participação dos agentes interessados na decisão.⁽³¹⁾

Entretanto, é pouco provável que todas as situações possíveis sejam previstas em soluções coletivas e, ainda que o fossem, seria o próprio profissional de saúde o

agente a implementar essas decisões à beira do leito, o que exigiria interpretação e julgamento clínico, a depender do contexto vivido.⁽⁴⁾ Assim, é necessário que haja alguma forma de arcabouço ético para auxiliar os profissionais de saúde nessas tomadas de decisão.

Segundo Fortes⁽²³⁾ e outros,^(26,28) algumas orientações para a análise bioética das decisões de distribuição de recursos em saúde podem ser evidenciadas (Tabela 1). Essas orientações não são obrigatoriamente excludentes entre si, podendo frequentemente ser mescladas na análises dos casos concretos.⁽³²⁾ Além das descritas na tabela 1, outras orientações de justiça ainda podem ser discutidas, como as concepções autocrática, democrática, por sorte, baseadas no bem-estar etc.^(23,25,26,28,33)

A presença de diferentes orientações de justiça distributiva reflete uma ausência de consenso sobre quais seriam os critérios mais relevantes para se resolverem os conflitos resultantes da necessidade de uma definição da forma de alocação de recursos escassos.^(22,34)

Segundo Daniels,⁽²²⁾ o acesso à saúde é de especial importância moral, devido ao impacto dela na proteção do acesso a oportunidades, que é a base fundamental da teoria de justiça como equidade, proposta originalmente por John Rawls.⁽³³⁾ Ao colocar a saúde como fundamental para a promoção de equidade, Daniels expande a concepção original de Rawls, segundo Paranhos et al.⁽³⁵⁾ no seguinte sentido: (1) garantir necessidades de saúde promove a saúde, (2) saúde promove oportunidade, de forma que (3) garantir necessidades de saúde promove oportunidades.⁽²²⁾

Na concepção de Daniels, em tradução livre, “se não existe consenso sobre os princípios distributivos, é necessário um processo justo para estabelecer legitimidade para decisões críticas de alocação de recursos”.⁽³⁶⁾ Para esse

autor, um processo justo deve contemplar os problemas relacionados à legitimidade pela abordagem ética A4R, conforme exposto na figura 1.^(21,36)

Essa abordagem foi proposta com o objetivo de garantir uma maneira robusta de responsabilização pública das decisões relacionadas à triagem e ao racionamento,⁽²²⁾ de forma que as razões ou racional por detrás dessas decisões estejam publicamente disponíveis. Além disso, espera-se que essas razões sejam aquelas que pessoas imparciais concordariam ser relevantes para um cuidado apropriado ao paciente dentro de uma situação de escassez de recursos.⁽²²⁾ Para garantir esses princípios, Daniels⁽³⁶⁾ estabelece quatro condições que devem ser preenchidas dentro da proposta do A4R:

1. Condição de publicidade: estabelece que as decisões sobre racionamento direto (ou indireto), e seus racionais devem estar publicamente disponíveis.
2. Condição de relevância: estabelece que os racionais para as decisões de racionamento devem ser razoáveis. Ou seja, esse construto é considerado razoável se for justificado pelas evidências disponíveis e se apelar a razões e princípios considerados relevantes pelas pessoas que “estão dispostas a encontrar termos de cooperação mutuamente justificáveis”.⁽³⁶⁾
3. Condição de revisão e apelação: estabelece que deve haver mecanismos para disputar as resoluções relacionadas a decisões de racionamento de recursos e, de forma mais ampla, que garantam oportunidades para revisão e melhoria das políticas, no caso de surgimento de novas evidências e novos argumentos.

Tabela 1 - Exemplos de orientações de justiça distributiva e suas definições

Orientações de justiça distributiva	Definições
Justiça baseada na liberdade contratual	“O princípio ético fundamental a ser observado na organização dos sistemas de saúde é o respeito à liberdade da pessoa humana de tomar decisões e fazer escolhas que afetem sua vida”. ⁽²³⁾ Essa orientação pode ser estendida para a máxima de: “para cada pessoa, de acordo com as leis do livre mercado”.
Justiça baseada na igualdade estrita e nas necessidades individuais	O princípio ético fundamental é o igualitarismo, ou seja, “aceitar que todas as pessoas são dignas”, invocando a igualdade de acesso aos recursos. Essa orientação pode ser estendida para a máxima de “para cada pessoa conforme suas necessidades” ⁽²³⁾
Justiça enquanto mérito e contribuição social	Diferenciação dos cidadãos, de forma que a distribuição de recursos levasse em conta “os dotes naturais, sua dignidade, nível de formação e posição na hierarquia organizacional” ⁽²³⁾
Justiça baseada na utilidade social e na maximização de benefícios	Decisões e normas têm como objetivo promover o bem, devendo, dessa forma, ser avaliadas por seus resultados. O princípio utilitarista prevê que se deva buscar “a maior felicidade de todos aqueles cujos interesses estão em jogo”, levando ao paradigma de “o maior bem-estar para o maior número possível de pessoas” ⁽²³⁾
Justiça enquanto equidade	Prevê dois princípios básicos. O primeiro diz que a cada pessoa deve ser permitida a quantidade máxima de liberdade básica compatível com uma quantidade similar para todas as outras pessoas. O segundo princípio define que desigualdades sociais, embora possam existir, devam satisfazer duas condições: que essas desigualdades só sejam permitidas se o montante global beneficiar a todos (por exemplo, é visto como justa a desigualdade proveniente de ações que levem a um enriquecimento da população, embora desigual) e que haja igualdade de acesso às oportunidades ^(23,28,33)

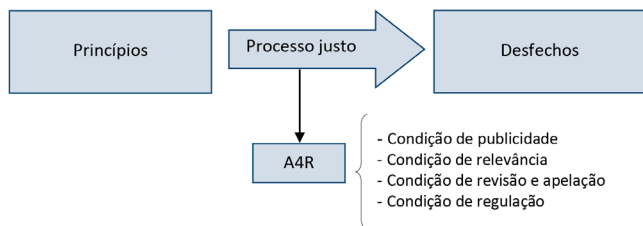


Figura 1 - Diagrama da abordagem responsabilidade pela razoabilidade.

A maior parte das orientações de justiça distributiva tem seu foco na definição dos princípios ou dos desfechos que devem ser priorizados. No entanto, a abordagem *accountability for reasonableness* muda o foco para o processo, que deve ser formal, legítimo e justo, respeitando as condições de publicidade, relevância, revisão e apelação e regulação. Isso parte do pressuposto de que é muito difícil (senão impossível) haver um consenso sobre quais os princípios e os desfechos que deveriam ser priorizados em todos os casos concretos.

A4R - *accountability for reasonableness*.

4. Condição de regulação: estabelece que deve haver regulação (pública ou voluntária) do processo, de forma a garantir que as condições 1 a 3 sejam preenchidas.

Dessa forma, esses princípios fazem com que as instituições sejam responsáveis pela razoabilidade das decisões relacionadas a processos de racionamento de recursos. Mais ainda, conforme Friedman,⁽³⁷⁾ Daniels se preocupa não apenas com a legitimidade e a equanimidade reais do processo, mas também com o fato de que é necessário que o processo seja percebido como legítimo, equânime e justo pelo público. Apesar disso, a abordagem A4R não é livre de críticas, havendo discussões a respeito da democratização das discussões dentro dessa abordagem, assim como da capacidade do A4R de estabelecer a real relevância dos racionais escolhidos para os sistemas de priorização, o que seria de pouco auxílio aos tomadores de decisão.⁽³⁷⁻³⁹⁾

No entanto, a busca pelo estabelecimento de prioridades baseadas em um processo justo parece ser crucial na tentativa de se resolverem discordâncias entre *experts*. Dessa forma, a abordagem do A4R vem sendo amplamente utilizada nos sistemas de saúde.⁽³⁸⁾ Tal abordagem ética vem sendo avaliada dentro e fora de UTIs.⁽⁴⁰⁻⁴³⁾ Esses estudos evidenciam que a utilização de um processo embasado no arcabouço A4R é geralmente percebido como justo e legítimo^(40,42) e pode ser utilizado para identificar boas práticas relacionadas ao estabelecimento de prioridades.⁽⁴¹⁾

2. Análise da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

A resolução 2.156/2016 do CFM estabelece os critérios de admissão e alta em UTIs e compreende 12 artigos. No que tange às decisões de racionamento de recursos, alguns artigos da resolução são de especial importância, a ver:

Art. 1º As admissões em unidades de tratamento intensivo (UTI) devem ser baseadas em:

- I) diagnóstico e necessidade do paciente;
- II) serviços médicos disponíveis na instituição;
- III) priorização de acordo com a condição do paciente;
- IV) disponibilidade de leitos;
- V) potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

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

(...)

Art. 4º A admissão e a alta do paciente da unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.

(...)

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º - Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º - Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º - Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º - Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º - Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

(...)

Art. 9º As decisões sobre admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser feitas de forma explícita, sem discriminação por questões de religião, etnia, sexo,

nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação.

(...)

Art. 11. O serviço de unidade de tratamento intensivo (UTI) de cada instituição hospitalar deve desenvolver protocolos, baseados nos critérios de internação e alta desta resolução, que estejam de acordo com as necessidades específicas dos pacientes, levando em conta as limitações do hospital, tais como tamanho da UTI e capacidade de intervenções terapêuticas.

Parágrafo único. Os protocolos de admissão e alta na UTI devem ser divulgados pelo diretor clínico ao corpo clínico do hospital e aos gestores do sistema de saúde.⁽¹⁾

A resolução apresenta, ainda, uma exposição de motivos, na qual o conselheiro relator evidencia o racional que levou às recomendações ali apresentadas, explicitando que

Os recursos de UTI são limitados e de alto custo. Por isso, a ocupação dos leitos de UTI é essencial e necessita ser utilizada com racionalidade, o que é complexo e um grande desafio, motivo pelo qual se justifica o estabelecimento de critérios claros de admissão e alta de pacientes em UTI.⁽¹⁾

Analisando-se a resolução do CFM sob o prisma da responsabilização pela razoabilidade, pode-se avaliar se a ela contempla as condições atribuídas para a definição de um processo justo e equânime.

1. Condição de publicidade: a resolução do CFM é pública, de acesso ilimitado e foi publicada no Diário Oficial da União em 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139, além de disponível nos sítios eletrônicos dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina.
2. Condição de relevância: em conjunto com a exposição de motivos, a resolução tenta trazer, de maneira explícita, os motivos para as recomendações feitas nos artigos da resolução. O relator estabelece as razões de internamento em UTI, os perfis de paciente com potencial benefício, assim como potenciais alternativas para os pacientes que tenham vaga de UTI recusada.
3. Condição de revisão e apelação: ela não traz qualquer mecanismo para favorecer a possibilidade de revisão das decisões tomadas baseadas nela. A resolução estabelece que o médico intensivista é o responsável pela decisão, segundo indicação médica, não deixando margem específica para

discussão de outros profissionais de saúde ou paciente/responsáveis. Por outro lado, o próprio funcionamento normativo das resoluções do CFM permite revisão de suas normas internas, por meio de alterações e revogações, conforme surjam novas evidências e discussões na sociedade.

4. Condição de regulação: o CFM é uma autarquia e sofre regulação do poder judiciário e da sociedade, de forma geral (regulação externa), assim como dos próprios conselhos regionais e seus médicos cadastrados (regulação interna).

Dessa maneira, se vê que a resolução, em si, contempla as condições necessárias para garantia dos princípios da A4R. Entretanto, essa resolução é uma recomendação geral de princípios, não sendo aplicável diretamente, necessitando de protocolos institucionais de cada serviço, para operacionalização da norma, conforme definido no Art. 11. Cabe discutir, então, se a resolução 2.156/2016 do CFM estabelece ferramentas adequadas para que a operacionalização de suas recomendações seja feita com base nos princípios da A4R.

3. Análise das recomendações para a operacionalização da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

O Art. 11 da resolução 2.156/2016 do CFM versa sobre a operacionalização de suas recomendações e estabelece que protocolos institucionais devem ser realizados pelas UTIs de cada serviço. Observa, ainda, que esses protocolos devem levar em consideração as necessidades específicas dos pacientes e limitações do hospital. Por fim, antevê que os protocolos sejam divulgados para o corpo clínico do hospital e gestores do sistema de saúde.

Tendo como base as condições componentes da lógica A4R, é possível analisar essas recomendações.

3.1. Condição de publicidade na operacionalização da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

Quanto à condição de publicidade, a resolução estabelece que os protocolos institucionais tornem-se públicos para o corpo clínico do hospital e gestores do sistema de saúde. Por corpo clínico, entendem-se os médicos que trabalham no hospital em questão.⁽⁴⁴⁾ Por gestores do sistema de saúde, não fica claro se a referência é feita aos diretores do hospital, ou, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), às esferas municipais, estaduais e federais responsáveis pela gestão direta ou indireta do hospital em questão. Especificamente, em se pensando no sistema suplementar de saúde, não há referência a como

essa publicidade deva ser feita para as fontes pagadoras (operadoras de saúde). Em ambos os casos (sistema público ou suplementar de saúde), não há clareza sobre o papel dos gestores, se apenas consultivo ou deliberativo. Especificamente, não fica claro se tais documentos precisam receber aprovação ou apenas ciência por parte dos gestores.

Mais importante, talvez, é o fato de que os maiores interessados no assunto, os pacientes e seus familiares, não sejam contemplados entre aqueles que devam ter acesso a essa política. Embora haja alguma discussão sobre o caráter ético de se omitirem detalhes específicos nas discussões com os pacientes quando potencialmente não alterariam as decisões,⁽⁴⁵⁾ não parece ser esse o caso em questão. Ainda, do ponto de vista da A4R, a condição de publicidade é indispensável para garantir a responsabilização pela razoabilidade do processo. Essa publicidade é também indispensável para uma tentativa de redução de conflitos em situações de discordâncias, a respeito dos resultados do processo de triagem para UTI nos casos concretos.

3.2. Condição de relevância na operacionalização da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

Quanto à condição de relevância, a resolução estabelece, de forma genérica, que as necessidades do paciente e limitações do hospital sejam levadas em consideração na elaboração do protocolo. Essa recomendação, quando associada à recomendação do Art. 6º, leva ao entendimento de que as decisões de triagem para admissão em UTI devam levar em consideração: (a) a disponibilidade de leitos da unidade; (b) a necessidade de admissão em UTI, lida como a necessidade de acesso a recursos que só podem ser oferecidos dentro desse tipo de unidade; (c) a probabilidade de recuperação e (d) a presença de limitação de suporte terapêutico.

Fica claro que a premissa (a) é imperativa. Afinal, só se pode falar em triagem em uma situação em que a demanda supera a oferta do recurso. Dessa forma, efetivamente, as decisões de triagem acabam por levar em consideração a oferta de leitos de UTI disponíveis, com maior taxa de recusa de admissão em situações de escassez de leitos nessa unidade.⁽⁴⁶⁾ O ponto de atenção é que a responsabilidade do profissional de saúde não termina, necessariamente, no momento em que há ausência de disponibilidade do recurso necessário.

A premissa (b) também parece ser racional. Uma vez que os pacientes podem ser admitidos em UTIs para monitorização intensiva ou intervenções de suporte à vida e a monitorização intensiva possa ser, potencialmente, disponibilizada em outros setores do hospital, parece lógico

que os pacientes com necessidade de intervenções que são específicas de UTI devam ter prioridade para admissão na unidade. Cabe ressaltar, no entanto, que aceitar essa condição significa aceitar o princípio subjacente de que os pacientes mais graves devam ser sempre atendidos primeiro, o que não necessariamente é aceito universalmente, haja vista que, nessa estratégia de alocação de recursos, sempre há um *trade-off* entre dedicar mais recursos para pacientes agudos *versus* expandir a capacidade para o atendimento de mais pacientes subagudos.⁽⁴⁷⁾ Ao partir do princípio de que pacientes mais graves devem ser atendidos primeiro e os menos graves não seriam prejudicados ao serem atendidos em outras unidades, como as semi-intensivas, a resolução pressupõe uma maximização global do benefício (maior número de vidas salvas) com essa estratégia. Essa estratégia pode gerar controvérsias, uma vez que, especialmente em situações de escassez absoluta de recursos, deve haver um balanço entre a necessidade (gravidade) e probabilidade de sobrevivida (benefício) para atendimento do maior número de pessoas possível.

A premissa (c), apesar de fazer sentido *prima facie*, é de complexa elaboração prática. Os profissionais de saúde têm acurácia ruim em prever desfecho para pacientes críticos, principalmente no momento de deterioração aguda e solicitação de vaga de UTI.⁽⁴⁸⁾ A acurácia prognóstica tende a aumentar com maior tempo de observação, especialmente após a utilização de tentativas de tratamento por tempo limitado,⁽⁴⁹⁾ porém essas soluções podem não estar disponíveis em situações de escassez extrema de recursos. A utilização de escores objetivos é uma potencial estratégia para incrementar a acurácia prognóstica, mas não é livre de riscos.⁽⁵⁰⁾ A utilização de escores probabilísticos populacionais para prever potenciais benefícios da admissão na UTI em indivíduos é de difícil interpretação.⁽⁵¹⁾ Ainda, no contexto de triagem, mais importante do que prever a probabilidade de sobrevivida de determinado paciente é prever a probabilidade de aumento de sobrevivida proporcionada pela terapia intensiva.⁽⁵²⁾ Além disso, os escores podem não ter o mesmo grau de desempenho nas diferentes patologias encontradas em pacientes críticos.⁽⁵²⁾ Como exemplo, a utilização do *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) para triagem de admissão na UTI de pacientes durante a pandemia de influenza⁽⁵³⁾ levaria à recusa de admissão de pacientes que potencialmente poderiam se beneficiar da intervenção.⁽⁵⁴⁾

Além disso, a própria definição sobre o que seria uma alta ou baixa probabilidade de recuperação não é consenso, mesmo dentro da especialidade de medicina intensiva, já que *experts* não são capazes de concordar sobre qual limiar de probabilidade de sobrevivida seria suficiente para

admissão ou recusa de admissão na UTI.⁽⁵⁵⁾ O próprio princípio subjacente de destinar recursos para aqueles que têm maior probabilidade de benefício (maximizar a utilidade total) também é questionável, especialmente em situações em que não há clareza sobre qual seria o resultado mais justo e a métrica de benefício a ser utilizada (sobrevida, qualidade de vida, funcionalidade, capacidade laboral etc.).⁽³⁴⁾

A utilização do benefício esperado, empregando-se modelos de estratificação de risco, especialmente quando não há definição clara sobre qual seriam os parâmetros objetivos a serem utilizados para a definição do que seria um “benefício esperado”, pode, paradoxalmente, incorrer no risco de aumentar a injustiça perante grupos específicos.⁽⁵⁶⁾ Esta pode acontecer mesmo quando há aumento da utilidade total (ou benefício total esperado, do ponto de vista consequencialista). Isso acontece pois, ainda assim, poderá haver consequências negativas sistemáticas para os grupos preteridos. Esse efeito é conhecido como “perfilização moral”,⁽⁵⁷⁾ podendo levar a atos discriminatórios, incorrendo em riscos como (1) estigmatização de grupos com situações sociais ou de saúde específicas (exemplo: pacientes com AIDS e homossexuais); (2) violação de privacidade (devido à necessidade de utilização de dados pessoais sensíveis para estratificação de risco); (3) aumentar a injustiça distributiva, uma vez que grupos que já tenham algum grau de desvantagem tendem a chegar em pior situação e podem correr o risco de serem preteridos no acesso ao recurso específico (exemplo: pacientes com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e que cheguem em hospital com maior gravidade da doença aguda e, portanto, menor chance de recuperação, podem ter maior risco de não serem admitidos em UTI, o que apenas ampliaria a injustiça inicial) e (4) pode colocar em perigo a autonomia do paciente. Cabe ressaltar que esse risco não é mitigado pelo exposto no Art. 9º, que se coloca contra qualquer tipo de discriminação, uma vez que a discriminação exposta aqui é uma “discriminação estatística”, ou seja, o tratamento diferencial de pessoas baseado em uma característica, independente se esse tratamento diferencial causa prejuízo ao indivíduo.⁽⁵⁷⁾

Decisões referentes a benefício e recuperação podem ser subjetivas e variáveis,^(4,12,20) de maneira que há uma recomendação de tentativa de estruturação do processo decisório, como a definição de quais informações deveriam ser levadas em consideração durante a tomada de decisão⁽⁵⁸⁾ ou a utilização de instrumentos de apoio à tomada de decisão nesse processo.⁽⁵⁹⁾

A premissa (d) também faz sentido inicialmente, uma vez que pacientes que não irão utilizar as monitorizações e os tratamentos avançados disponíveis na UTI dificilmente terão um benefício adicional da internação nessa unidade. Essa premissa reflete, de certo modo, a premissa (c) e pode incorrer, dessa forma, em riscos semelhantes.

3.3. Condição de revisão e apelação na operacionalização da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

A resolução não normatiza condições de revisão ou apelação para situações de conflitos entre os profissionais de saúde ou entre os profissionais de saúde e familiares.

A resolução estabelece que a admissão em UTI é ato médico de competência do médico intensivista, porém é frequente a discordância quanto à adequação da internação em UTI de pacientes específicos, mesmo entre *experts*.⁽¹²⁾ Dessa forma, é possível prever situações de discordâncias entre os médicos que solicitam a vaga de UTI e aqueles responsáveis pela decisão de admissão. A resolução não sugere e nem estabelece ferramentas para dirimir essas discordâncias, como a apelação ao diretor técnico, ou comitê de bioética/ética médica.

Como já discutido na condição 1, a resolução não traz, de maneira clara, qual a participação do paciente e dos responsáveis nos processos de tomada de decisão referentes à triagem para admissão em UTI, com o Art. 4º estabelecendo apenas que as decisões devam ser comunicadas ao paciente e familiares. Na exposição de motivos, a argumentação do relator passa pela percepção de uma alta taxa de internações inapropriadas em UTI. Essa percepção é corroborada pela literatura médica,⁽⁷⁾ porém não há consenso sobre o que deveria ser considerado como internação potencialmente inapropriada.^(12,60)

Tratamentos fúteis são aqueles considerados como incapazes de atingir seus objetivos fisiológicos e, portanto, não devem ser oferecidos pelos profissionais de saúde.⁽⁶¹⁾ Por outro lado, tratamentos potencialmente inapropriados são aqueles em que, apesar de potencialmente capazes de atingir seus objetivos fisiológicos, existem outros imperativos éticos que possivelmente justifiquem a não administração desses tratamentos,⁽⁶²⁾ na maior parte das vezes porque esses tratamentos levam à baixa expectativa de sobrevivência fora do hospital ou de melhora neurológica para percepção do benefício.⁽⁶¹⁾ Como a capacidade preditiva do benefício da internação em UTI é limitada e não há consenso sobre qual seria um limiar prognóstico a partir do qual a permanência em UTI seria considerada como fútil,⁽⁵⁵⁾ na maioria das situações, as admissões em UTI

recusadas o são por serem consideradas potencialmente inapropriadas – e não fúteis.

Cabe ressaltar que, nos casos dos tratamentos potencialmente inapropriados, é preferível que o processo de tomada de decisão seja compartilhado entre os profissionais de saúde e o paciente/responsáveis legais, levando em consideração a evidência biomédica disponível, a biografia, os valores e desejos do paciente, o contexto situacional e o processo deliberativo entre as duas partes, com foco nos objetivos do cuidado.⁽⁶³⁾ O próprio CFM⁽⁶⁴⁾ estabelece que, na fase terminal de enfermidades graves, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, porém ressaltando que isso só pode se dar caso respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Essa posição foi reforçada no Art. 41 do Código de Ética Médica.⁽⁶⁵⁾ Assim, tratamentos incapazes de atingir os objetivos do cuidado definidos para o paciente, mais do que uso inapropriado de recursos de saúde, são contrários aos valores éticos e profissionais de não maleficência e respeito à autonomia,⁽⁶⁶⁾ uma vez que parte do princípio de não maleficência é a definição da ausência de necessidade de se prover, ou, segundo alguns, a obrigação em não se prover um tratamento ineficaz.⁽⁶⁷⁾

Dessa maneira, fica claro que a recusa da admissão em UTI só poderia se dar, em condições habituais, respeitada a vontade do paciente e de seus responsáveis. A resolução, no entanto, não faz menção a processo decisório ou apelativo em caso de conflitos, ou em situações fora do habitual (como em situações de catástrofes),⁽⁶⁸⁾ ainda que outras sociedades de especialidades médicas já tenham criado recomendações a esse respeito.⁽⁶²⁾ Segundo essas recomendações, é possível seguir uma abordagem para resolução desses conflitos, que envolvem (1) consultas de *experts* em negociação para acompanhar o processo, (2) tornar público o processo decisório para o paciente e responsáveis, (3) obtenção de uma segunda opinião médica, (4) obtenção de revisão por um comitê hospitalar interdisciplinar, (5) oferecer a possibilidade de transferência para outro serviço hospitalar, (6) informar a possibilidade de apelação extramuros (i.e., judicial) e (7) implementação da decisão após resolução do processo.

Essas últimas recomendações são especialmente importantes, pois obrigações morais *prima facie*, quando sobrepujadas por outras obrigações, não somem simplesmente, mas deixam um “resíduo moral”.⁽²⁸⁾

Quando qualquer agente realiza uma ação que parece ser a melhor ação realizada sob circunstâncias específicas de conflitos entre obrigações distintas, esse agente pode não ser capaz de resolver todos os aspectos de obrigação moral relacionados à ação, deixando um “resíduo moral”, que deve ser resolvido posteriormente de diversas maneiras, como por meio de resolução ou prevenção de outros conflitos ou de compensação adequada. No caso da triagem para admissão na UTI, pode haver um conflito entre os princípios de justiça distributiva e autonomia, devendo fazer parte do processo decisório a garantia da melhor alternativa possível de tratamento para os pacientes cuja admissão na UTI tenha sido recusada, assegurando o não abandono e a continuidade dos cuidados, de acordo com os objetivos do cuidado.

3.4. Condição de regulação na operacionalização da resolução 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina

Quanto à condição de regulação do processo, a resolução não estabelece normas para garanti-la.

CONCLUSÃO

A resolução 2.156/2016, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, preenche uma lacuna importante em um tema altamente relevante. A resolução *per se* parece contemplar, de maneira geral, as condições referentes a um processo justo e equânime, conforme preconizado pela estratégia A4R. A resolução recomenda a elaboração de protocolos institucionais para operacionalização das recomendações, porém ainda parece haver espaço a se percorrer quanto à operacionalização justa e efetiva das recomendações estabelecidas na resolução, conforme o paradigma A4R. Especificamente, parece haver lacunas na forma de (1) garantir a publicização dos protocolos institucionais de triagem, admissão e alta da unidade de terapia intensiva; (2) estabelecer uma definição operacional de benefício esperado da admissão na unidade, visando reduzir a variabilidade e a subjetividade da decisão, possivelmente definindo-se as categorias de variáveis a serem identificadas ou utilizando-se instrumentos de auxílio à tomada de decisão; (3) garantir o respeito à autonomia do paciente, tornando-o parte integrante do processo decisório; (4) estruturar o processo de revisão e apelação das decisões de admissão em UTI e (5) estabelecer um processo de regulação (voluntária ou externa) do processo.

ABSTRACT

Triage for intensive care unit admission is a frequent event and is associated to worse clinical outcomes. The process of triage is variable and may be influenced by biases and prejudices, which could lead to potentially unfair decisions. The Brazilian Federal Council of Medicine (*Conselho Federal de Medicina*) has recently released a guideline for intensive care unit admission and discharge. The aim of this paper is to

evaluate the ethical dilemmas related to the implementation of this guideline, through the accountability for reasonableness approach, known as A4R, as elaborated by Norman Daniels. We conclude that the guideline contemplates A4R conditions, but we observe that there is a need for indication of A4R-concordant criteria to operationalize the guidelines.

Keywords: Bioethics; Triage; Health care rationing; Norman Daniels; Intensive care units

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. [citado 2021 Fev 9]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>
2. Edbrooke DL, Minelli C, Mills GH, Iapichino G, Pezzi A, Corbella D, et al. Implications of ICU triage decisions on patient mortality: a cost-effectiveness analysis. *Crit Care*. 2011;15(1):R56.
3. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet*. 2010;376(9749):1339-46.
4. Truog RD, Brock DW, Cook DJ, Danis M, Luce JM, Rubenfeld GD, Levy MM; Task Force on Values, Ethics, and Rationing in Critical Care (VERICC). Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34(4):958-63; quiz 971.
5. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM; Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force. Rationing critical care beds: a systematic review. *Crit Care Med*. 2004;32(7):1588-97.
6. Mery E, Kahn JM. Does space make waste? The influence of ICU bed capacity on admission decisions. *Crit Care*. 2013;17(3):315.
7. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, Michalsen A, Maia PA, Owczuk R, Rubulotta F, Depuydt P, Meert AP, Reyners AK, Aquilina A, Bekaert M, Van den Noortgate NJ, Schrauwen WJ, Benoit DD; APPROPRIUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*. 2011;306(24):2694-703.
8. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995;274(20):1591-8.
9. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(9):1166-72.
10. Khandelwal N, Benkeser DC, Coe NB, Curtis JR. Potential influence of advance care planning and palliative care consultation on ICU costs for patients with chronic and serious illness. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1474-81.
11. Huynh TN, Kleerup EC, Raj PP, Wenger NS. The opportunity cost of futile treatment in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(9):1977-82.
12. Ramos JG, Perondi B, Dias RD, Miranda LC, Cohen C, Carvalho CR, et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: a clinical vignette and retrospective cohort study. *Crit Care*. 2016;20:81.
13. Iapichino G, Corbella D, Minelli C, Mills GH, Artigas A, Edbrooke DL, et al. Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality. *Intensive Care Med*. 2010;36(10):1772-9.
14. Escher M, Perneger TV, Chevolet JC. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *BMJ*. 2004;329(7463):425.
15. Ramos JG, Passos RD, Baptista PB, Forte DN. Factors potentially associated with the decision of admission to the intensive care unit in a middle-income country: a survey of Brazilian physicians. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):154-62.
16. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P, Moreau D, Montesino L, Duguet A, Boussat S, Ede C, Monseau Y, Paule T, Misset B, Carlet J; French ADMISSIONREA Study Group. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med*. 2005;33(4):750-5.
17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
18. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016;44(8):1553-602.
19. Oerlemans AJ, Wollersheim H, van Sluiveld N, van der Hoeven JG, Dekkers WJ, Zegers M. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiol*. 2016;16(1):25.
20. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, Thuong M, Paugam C, Apperle C, De Cagny B, Brun F, Bornstain C, Parrot A, Thiamon F, Lacherade JC, Bouffard Y, Le Gall JR, Herve C, Grassin M, Zittoun R, Schlemmer B, Dhainaut JF; PROTOCETIC Group. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med*. 2001;29(11):2132-6.
21. Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ*. 2000;321(7272):1300-1.
22. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University Press; 2008.
23. Fortes PA. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. *Rev Bioética*. 2008;16(1):25-39.
24. Hunter D. Am I my brother's gatekeeper? Professional ethics and the prioritisation of healthcare. *J Med Ethics*. 2007;33(9):522-6.
25. Fortes PA. [Bioethics reflection on prioritization and rationing of health care: between social utility and equity]. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(3):696-701. Portuguese.
26. Rubenfeld GD. Resource allocation in the intensive care unit. In: Vincent JL, Abraham E, Moore FA, Kochanek PM, Fink MP, editors. *Textbook of critical care*. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2011.
27. Knaus WW. Ethical implications of risk stratification in the acute care setting. *Camb Q Healthc Ethics*. 1993;2(2):193-6.
28. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
29. Hope T, McMillan J, Hill E. Intensive care triage: priority should be independent of whether patients are already receiving intensive care. *Bioethics*. 2012;26(5):259-66.

30. Strosberg MA, Teres D. Gatekeeping in the intensive care unit. Chicago, IL: Health Administration Press; 1997.
31. Weinstein MC. Should physicians be gatekeepers of medical resources? *J Med Ethics*. 2001;27(4):268-74.
32. Sandel MJ. Justice: what's the right thing to do? New York: Farrar, Straus and Giroux; 2010.
33. Rawls J. Uma teoria da justiça. 3a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
34. Harris J. Deciding between patients. In: Kuhse H, Singer HK, editors. *A companion to bioethics*. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd; 2009. p. 335-50.
35. Paranhos DG, Matias EA, Monsorens N, Garrafa V. The theories of justice, of John Rawls and Norman Daniels, applied to health. *Saúde Debate*. 2018;42(119):1002-11.
36. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth*. 2001;1(2):2-16.
37. Friedman A. Beyond accountability for reasonableness. *Bioethics*. 2008;22(2):101-12.
38. Kieslich K, Littlejohns P. Does accountability for reasonableness work? A protocol for a mixed methods study using an audit tool to evaluate the decision-making of clinical commissioning groups in England. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007908.
39. Rid A. Justice and procedure: how does "accountability for reasonableness" result in fair limit-setting decisions? *J Med Ethics*. 2009;35(1):12-6.
40. Martin DK, Giacomini M, Singer PA. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*. 2002;61(3):279-90.
41. Mielke J, Martin DK, Singer PA. Priority setting in a hospital critical care unit: qualitative case study. *Crit Care Med*. 2003;31(12):2764-8.
42. Jansson S. Implementing accountability for reasonableness—the case of pharmaceutical reimbursement in Sweden. *Health Econ Policy Law*. 2007;2(Pt 2):153-71.
43. Maluka S, Kamuzora P, San Sebastian M, Byskov J, Olsen OE, Shayo E, et al. Decentralized health care priority-setting in Tanzania: evaluating against the accountability for reasonableness framework. *Soc Sci Med*. 2010;71(4):751-9.
44. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM 1.481/97, de 8 de agosto de 1997. [citado 2021 Fev 9]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1481_1997.pdf
45. Epstein RM, Korones DN, Quill TE. Withholding information from patients—when less is more. *N Engl J Med*. 2010;362(5):380-1.
46. Kim SH, Chan CW, Olivares M, Escobar GJ. Association among ICU congestion, ICU admission decision, and patient outcomes. *Crit Care Med*. 2016;44(10):1814-21.
47. Mathews KS, Long EF. A conceptual framework for improving critical care patient flow and bed use. *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12(6):886-94.
48. Ramos JG, Dias RD, Passos RD, Batista PB, Forte DN. Prognostication in urgent intensive care unit referrals: a cohort study. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;10(1):118-21.
49. Vink EE, Azoulay E, Caplan A, Kompanje EJ, Bakker J. Time-limited trial of intensive care treatment: an overview of current literature. *Intensive Care Med*. 2018;44(9):1369-77.
50. Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, Kisson N, Hupert N, Niven AS, King MA, Rubinson LL, Hanfling D, Hodge JG Jr, Marshall MF, Fischkoff K, Evans LE, Tonelli MR, Wax RS, Seda G, Parrish JS, Truog RD, Sprung CL, Christian MD; ACCP Task Force for Mass Critical Care. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2020;158(1):212-25.
51. Lemeshow S, Klar J, Teres D. Outcome prediction for individual intensive care patients: useful, misused, or abused? *Intensive Care Med*. 1995;21(9):770-6.
52. Christian MD, Fowler R, Muller MP, Gomersall C, Sprung CL, Hupert N, Fisman D, Tillyard A, Zygun D, Marshal JC; PREEDICCT Study Group. Critical care resource allocation: trying to PREEDICCT outcomes without a crystal ball. *Crit Care*. 2013;17(1):107.
53. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*. 2006;175(11):1377-81.
54. Shahpori R, Stelfox HT, Doig CJ, Boiteau PJ, Zygun DA. Sequential Organ Failure Assessment in H1N1 pandemic planning. *Crit Care Med*. 2011;39(4):827-32.
55. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et al. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med*. 2013;39(11):1916-24.
56. Lippert-Rasmussen K. Is health profiling morally permissible? *J Med Ethics*. 2016;42(5):330.
57. Braithwaite RS, Stevens ER, Caplan A. Is risk stratification ever the same as "profiling"? *J Med Ethics*. 2016;42(5):325-9.
58. Sprung CL, Baras M, Iapichino G, Kesecioglu J, Lippert A, Hargreaves C, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: part I—European Intensive Care Admission Triage Scores. *Crit Care Med*. 2012;40(1):125-31.
59. Ramos JG, Ranzani OT, Perondi B, Dias RD, Jones D, Carvalho CR, et al. A decision-aid tool for ICU admission triage is associated with a reduction in potentially inappropriate intensive care unit admissions. *J Crit Care*. 2019;51:77-83.
60. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Max A, Michalsen A, Azevedo Maia P, Owczuk R, Rubulotta F, Meert AP, Reyners AK, Decruyenaere J, Benoit DD; Appropicus Study Group of the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest*. 2014;146(2):267-75.
61. Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, et al. Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med*. 2016;44(9):1769-74.
62. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, Curtis JR, Ford DW, Osborne M, Misak C, Au DH, Azoulay E, Brody B, Fahy BG, Hall JB, Kesecioglu J, Kon AA, Lindell KO, White DB; American Thoracic Society ad hoc Committee on Futile and Potentially Inappropriate Treatment; American Thoracic Society; American Association for Critical Care Nurses; American College of Chest Physicians; European Society for Intensive Care Medicine; Society of Critical Care. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191(11):1318-30.
63. Forte DN, Kawai F, Cohen C. A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):78.
64. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.805/2006, de 9 de novembro de 2006. [citado 2021 Fev 9]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
65. Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.931/2009, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. [citado 2021 Fev 9]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
66. Saric L, Prkic I, Jukic M. Futile treatment-A review. *J Bioeth Inq*. 2017;14(3):329-37.
67. Thompson DR. Principles of ethics: in managing a critical care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(2 Suppl):S2-10.
68. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Recomendações da 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) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. [citado 2021 Fev 9]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/dezembro/16/Protocolo_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_Pandemia_por_COVID.pdf