



A quem se dá prioridade se não for possível socorrer todos os doentes? Médicos preparam critérios para decidir



Maria Barbosa Texto

A Ordem dos Médicos prepara um documento com os critérios para decidir — se for preciso — quem deve ter prioridade no tratamento de casos graves. Especialistas alertam: idade não pode ser um deles.

04 abr 2020, 22:00

Dois pacientes aguardam por uma cama na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O primeiro caso é o de uma mulher de 40 anos, mãe de dois filhos. O segundo é o de um homem de 35 anos com um filho. Ambos testaram positivo para o novo coronavírus e vão precisar de ajuda para respirar. No hospital, só há um ventilador disponível. **O sistema de saúde está sobrecarregado e não dá resposta a todas as urgências — porque todos os casos são urgentes.** É aqui que entra o momento crítico que qualquer profissional de saúde mais receia. **Qual dos dois doentes é internado nos Cuidados Intensivos?**

O que até agora não passava de um dilema colocado aos estudantes nas faculdades de medicina, no âmbito de um curso de medicina de catástrofe ou num cenário com múltiplas vítimas, está a acontecer em vários hospitais em Itália e Espanha, assim que as unidades de saúde das zonas mais afetadas pela pandemia atingiram o limite da sua capacidade. **Sem conseguirem responder a todos os pacientes mais graves, os médicos foram obrigados a escolher quem socorrer primeiro**, sabendo que poderiam estar a escolher sobre a vida e a morte — não com base em critérios de avaliação de prioridade estritamente clínicos, mas, sobretudo, éticos.

Um cenário que, por agora, não existe em Portugal — e que poderá não se colocar, se a progressão do surto se mantiver com a velocidade atual, mais lenta do que noutros países. Das onze camas de que, por exemplo, o hospital Egas Moniz dispõe nos cuidados intensivos, só sete estão ocupadas com doentes Covid-19. Dois utentes já não necessitam de ventilação evasiva e foram extubados.

Esse é o retrato do que lá se passa neste momento. Mas a situação pode inverter-se. **“Por agora, estamos a dar resposta aos pacientes que nos têm chegado. Ainda não atingimos a capacidade máxima do nosso serviço”**, explica Tomás Lamas, médico intensivista naquele hospital, antecipando a limitação do sistema de saúde português para responder à pressão da pandemia da Covid-19.



▲ "Nenhuma pessoa com Covid-19 menos grave passará à frente de uma pessoa com maior gravidade. Não está a ser feita essa discriminação", garantiu Graça Freitas
ALESSANDRO DI MARCO/EPA

Ordem dos Médicos prepara documento com “linhas orientadoras”

É nesse momento, sem data prevista de chegada — quando os profissionais de saúde forem confrontados com uma sobrelotação hospitalar generalizada e com a falta de camas e de ventiladores nos cuidados intensivos — que terão de ser tomadas decisões. Como fez Itália e Espanha. Um momento que nenhum médico gosta de antecipar, apesar de estarem treinados para fazer escolhas difíceis todos os dias, guiados pelos princípios de deontologia médica. **O que muda agora?**

“Na prática, não muda nada. A diferença está no *timing*. Num dia normal, os médicos intensivistas sabem o número de doentes que têm, a evolução do estado clínico de cada um deles e a quantidade de camas ou de ventiladores disponíveis. E tomam as suas decisões com base nesse planeamento. **Num cenário de pandemia, não há tempo para planear nada.** Não se consegue, sequer, antecipar quantos utentes vão chegar ao hospital ou quantos vão precisar de suporte respiratório”, responde Rui Nunes, presidente da Associação Portuguesa de Bioética.

Quando questionada sobre a possibilidade de os médicos portugueses, confrontados com um eventual colapso do sistema de saúde, terem de fazer escolhas, Graça Freitas foi clara: **“Nenhuma pessoa com Covid-19 menos grave passará à frente de uma pessoa com maior gravidade. Não está a ser feita essa discriminação, nem seria ético nem deontológico que fosse feito”**. Nessa conferência de imprensa, a 14 de março, a pergunta estava relacionada com mensagens que circulavam nas redes sociais, segundo as quais, em caso de escassez de ventiladores ou de qualquer outro recurso clínico necessário para tratar os pacientes, os médicos optariam por utilizá-los nos doentes mais novos.



▲ Sem conseguirem responder a todos os pacientes mais graves, os médicos foram obrigados a escolher a quem socorrer primeiro

AFP VIA GETTY IMAGES

É por isso que muitos consideram vital definir as **linhas orientadoras que vão guiar os profissionais de saúde no pico da pandemia**, quando o número de infetados com Covid-19 aumentar e for preciso optar — perante uma eventual falta de camas ou ventiladores — entre quais os doentes a internar nos cuidados intensivos. Esse **documento está a ser preparado pela Ordem dos Médicos (OM)**, à semelhança do que Itália, Espanha e Inglaterra fizeram.

Em declarações à CMTV, o presidente da secção regional do sul da OM, Alexandre Valentim Lourenço, explicou que “todos os doentes têm tratamento, mas há alguns para os quais o tratamento viável vai pôr em causa o tratamento de outros com melhores oportunidades de vida”. “Entubamos um doente que tem uma esperança de média de vida de dois ou três meses, porque já tem uma doença terminal, e deixamos de parte um homem de 40 anos com Covid-19?”, questionou, para exemplificar os cenários que podem surgir.

A pergunta, porém, ficou sem resposta. Ao Observador, Alexandre Lourenço não quis avançar que princípios éticos constariam no documento que a Ordem dos Médicos está a preparar, precisamente porque essas orientações ainda estão a ser discutidas. Só depois de votadas pelos conselheiros — num grupo que inclui o bastonário, Miguel Guimarães — e pelos presidentes dos Conselhos Regionais, serão reveladas. O facto de Portugal não estar ainda a viver uma situação de sobrecarga extrema do sistema de saúde, como Espanha e Itália, dá tempo aos médicos para fazerem “**uma reflexão ética**” antes da decisão.

“Os espanhóis e italianos tiveram de elaborar as linhas orientadoras numa situação de caos. O que não é o nosso caso. Além disso, temos de ter em conta que essas *guidelines* podem nem vir a ser necessárias”, explica ao Observador fonte próxima da Ordem dos Médicos.

“Os nossos valores éticos não mudaram”

Um otimismo que não é partilhado por Miguel Oliveira da Silva, professor de Ética Médica na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. “Todos desejamos que as camas e os ventiladores disponíveis nos cuidados intensivos sejam suficientes para o número de infetados. E que também não falem técnicos para supervisionar os ventiladores, porque as máquinas não trabalham sozinhas. Isso é o que todos desejamos. Mas temos de estar preparados para o pior”. Antecipar o pior dos cenários é definir os critérios que vão decidir quem tem prioridade em alguns tipos de tratamento. E que não serão diferentes dos que já constam no Código Deontológico.

“Os nossos valores éticos não mudaram. Nem esse documento vai ser diferente das regras já ensinadas nas faculdades. O que mudou foi a possibilidade real de o sistema de saúde não acompanhar o aumento exponencial de casos graves”, explica Miguel Oliveira da Silva.



▲ "Os médicos vão sempre fazer tudo para ultrapassar a falta de meios", garante Maria do Céu Machado

LUCA ZENNARO/EPA

O debate está lançado e Miguel Oliveira da Silva estranha o “silêncio” do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida — do qual foi presidente entre 2009 e 2015. Sobre o conteúdo do documento que está a ser delineado pela Ordem dos Médicos, antecipa alguns dos critérios, que deverão ser claros e explícitos: como a **esperança de vida com qualidade** e o **estado clínico do indivíduo**, especialmente a existência de comorbilidades (outras doenças associadas). Essa avaliação, segundo o médico, terá de ser feita logo na triagem e por “uma equipa de especialistas experientes em cuidados intensivos e medicina interna”.

"Um doente pode ter acesso aos melhores cuidados de saúde, mas isso não ser suficiente para sobreviver. Como acontece com a insuficiência respiratória aguda".

Maria do Céu Machado, Alta Comissária para a Saúde entre 2006-2011

O que significa que, à luz deste critério, um jovem com várias doenças crónicas poderia não ter acesso ao ventilador se dele também precisasse uma pessoa idosa saudável. E caso conste no documento a ser apresentado pela OM, isso iria **permitir aos utentes com maior probabilidade de sobrevivência ter prioridade no acesso aos cuidados intensivos**. E, desta forma, evitar o critério *first come, first user* (os que chegam primeiro

são os primeiros a serem tratados, numa tradução livre) e que “não faz sentido nenhum” num contexto de pandemia, frisa o ex-presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Para Maria do Céu Machado, Alta Comissária para a Saúde entre 2006 e 2011, a opção de quem vive e de quem morre é “difícil e pouco justa”. Na sua opinião, deve-se olhar para as **probabilidades de sobrevivência do paciente**. E ter em conta as suas **comorbidades**. Mas não há garantias: “Um doente pode ter acesso aos melhores cuidados de saúde, mas isso não ser suficiente para sobreviver. Como acontece com a insuficiência respiratória aguda”.

O mais importante para a ex-presidente do Infarmed é deixar claro que, mesmo quando faltam recursos, os médicos não deixam morrer ninguém por falta de ajuda para respirar. Se faltarem ventiladores, recorrem à ventilação não invasiva — até conseguirem transferir o doente ou encontrarem um ventilador disponível. “Vão sempre fazer tudo para ultrapassar a falta de meios.”

Tomar decisões num contexto de catástrofe

Unânime entre os vários clínicos contactados pelo Observador foi a opinião de que a **idade nunca poderá ser um fator determinante**. Para o presidente da Associação Portuguesa de Bioética, Rui Nunes, “há doentes e não doenças”. E acrescenta: “Não é por se ter mais de 80 anos que se cria uma linha vermelha arbitrária”. A associação a que preside prepara-se para pôr por escrito e publicar um conjunto de “critérios éticos para a admissão nos cuidados intensivos.” Assim se chama o documento, que não deve ocupar mais do que uma página, mas tem de ser consensual. “O que está agora em causa, além dos critérios clínicos são os éticos”. E isso implica não discriminar ninguém em razão de uma característica arbitrária.

Numa situação limite, como a que se assiste em Itália e Espanha, as linhas orientadoras têm de ser consensuais entre os profissionais de saúde. “Não podem ser atos de gestão”, acrescenta ainda Rui Nunes. E devem ser tomadas em equipa, propõe Miguel Oliveira da Silva. Para que nenhum médico tenha de carregar sozinho essa carga emocional.

“Somos treinados para tomar decisões que levam à recuperação dos doentes, de forma a devolvê-los à sociedade com o mínimo de sequelas da doença. Isso é ponto assente. É o que nos guia todos os dias. O que não quer dizer que já não ponderássemos se um paciente com uma reversibilidade reduzida do seu estado clínico deveria ou não entrar nos cuidados intensivos. Isso já acontecia. Agora vamos de ter de tomar essas decisões num contexto de catástrofe”, justifica o médico intensivista, Tomás Lamas.



▲ Numa situação limite, como a que se assiste em Itália e Espanha, as linhas orientadoras têm de ser consensuais entre os profissionais de saúde

PEDRO CORREIA/GLOBAL IMAGENS

"Há doentes e não doenças. Não é por se ter mais de 80 anos que se cria uma linha vermelha arbitrária."

Rui Nunes, Associação Portuguesa de Bioética

Apesar da pandemia, as prioridades do serviço de saúde não mudaram. Para atrasar as “decisões num contexto de catástrofe” (ou nunca ter de as tomar) foi preciso aumentar a capacidade das unidades de cuidados intensivos, com a compra de mais 535 ventiladores à China — que se vão juntar aos 1.142 ventiladores já disponíveis e às centenas de doações e empréstimos que também foram feitos — e criar mais espaços para o tratamento de doentes críticos. **“Para que os médicos não tenham de escolher a quem vão aplicar o ventilador, como vimos em Itália”**, assumiu o primeiro-ministro, António Costa, no Programa da Cristina, na SIC.

Esta quinta-feira, foi a vez do secretário de estado da Saúde, António Lacerda Sales, revelar que Portugal está em condições de duplicar a capacidade de ventilação. “Estamos a reforçar a nossa capacidade de ventilação porque, como sabemos, as situações mais graves de Covid-19 levam a cuidados intensivos”, explica o governante. Foram oferecidos “400 ventiladores invasivos, muitos dos quais já chegaram aos hospitais” e os restantes devem chegar “muito em breve”.

Os critérios que podem e que já estão a ser usados

Os critérios de prioridade no acesso aos cuidados clínicos definidos por outros países podem ajudar a definir os que serão escolhidos em Portugal. Aqui encontra um resumo dos principais pontos — o que foram fixados no estrangeiros e os que poderão constar na linhas orientadoras portuguesas.

Portugal

Médicos ainda aguardam um documento da Ordem. O Observador reúne aqui alguns dos critérios antecipados pelos especialistas que foram contactados.

- Prioridade aos doentes com **maior esperança de vida com qualidade**
- Olhar para o **doente como um todo** e ter em conta a existência de comorbilidades (doenças prévias)
- A **idade não pode ser um fator determinante** nem discriminatório
- **Avaliação do prognóstico** do paciente deve ser feita na **triagem** e por **especialistas experientes em cuidados intensivos** e medicina interna.
- Decisões difíceis tomadas **em equipa**
- Critério da **universalidade** (critérios iguais em todo o país, tanto em hospitais públicos como privados)

Itália

Foi o primeiro país a definir critérios para decidir quem tratar. O documento foi elaborado pela Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimação e Terapia Intensiva e distribuído aos clínicos.

- Privilegia “**a maior esperança de vida**” para que não se siga o critério de acesso aos cuidados intensivos do *first come, first user* (os que chegam primeiro são os primeiros a serem tratados)
- Pode ser estabelecido um “**limite de idade**” no acesso aos tratamentos intensivos
- O **estado de saúde** do indivíduo deve ser tido em conta, assim como a **existência de outras doenças prévias** (comorbilidades)
- Estimula-se o pedido de **segundas opiniões**
- O documento refere ainda que estas decisões só devem ser tomadas depois de terem sido feitos **todos os esforços para aumentar os recursos** e depois de avaliada a possibilidade de transferência dos pacientes

Espanha

A Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva e Crítica e Unidades Coronárias criou um guia ético para ajudar os clínicos a tomar decisões e disponibilizou-o no seu site.

- Prioridade nos cuidados intensivos às **peessoas com maior esperança de vida com qualidade**
- Excluem-se os pacientes que já estejam em **situação muito debilitada**, como falência de órgãos, e com risco de morte elevada
- Prioridade aos que têm **melhores prognósticos de recuperação** e de anos de vida.
- **Idade não deve ser critério**. O guia diz ainda que deve ser tido em conta a “sobrevivência sem deficiência, acima da sobrevivência apenas”

Reino Unido

A estação televisiva Sky News divulgou os detalhes de um documento redigido pela British Medical Association no qual constam as linhas condutoras a seguir pelos médicos no combate ao surto de Covid-19.

- Recomenda aos clínicos dar prioridade a “**pacientes com maior probabilidade de sobrevivência**”
- Aconselha-se o tratamento de doentes com base na premissa “**todos importam de maneira igual, mas isto não significa que todos sejam tratados da mesma maneira**”.
- O documento admite a possibilidade de os médicos serem **obrigados a revogar a assistência clínica a alguns pacientes** de forma a permitir o tratamento de outros doentes com maior probabilidade de sobrevivência”