



## **CNEDM58. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES ÉTICAS RELACIONADAS COM AS SITUAÇÕES PROVOCADAS PELA PANDEMIA COVID19**

### **INTRODUÇÃO**

1. A OMS (Organização Mundial de Saúde) no dia 11 de Março 2020 declarou como pandemia a infeção provocada pelo vírus SARS-CoV2 e, apesar das suas recomendações, a evolução tem sido muito significativa na maioria dos países. Na Europa, a situação em Itália e em Espanha são de enorme gravidade e, não podemos afastar a eventualidade de em Portugal a situação evoluir no mesmo sentido.

2. Em Portugal, a capacidade de resposta dos serviços de saúde, públicos, privados ou outros, tem sido a possível, mas, num cenário de insuficientes recursos para todos os que dele necessitem, poderá ser necessário seguir os princípios a aplicar em cenários de “medicina de catástrofe”.

3. Face a esta conjuntura o CNEDM (Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos) reconhece a necessidade de fazer recomendações de natureza ética relativamente à situação que se está a passar em Portugal e às perspetivas evolutivas num futuro próximo, no sentido de, por um lado garantir equidade geográfica no acesso aos recursos, e por outro, providenciar a base para uma decisão ética mais prudente num cenário de enorme intensidade moral.

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

1. **DEVER DE INFORMAR:** Os médicos têm a obrigação ética de informar a população, de usar a sua liberdade de expressão, com realismo, mas sem alarmismo, e de colaborar com as autoridades para uma tomada de decisão mais informada, adequada e atualizada. Têm também o dever de propor medidas e de denunciar, sem provocar sobressaltos, em nome do bem comum, situações ou atitudes, das autoridades ou do público, que não correspondam ao que a ciência médica e a sua prática consideram e aconselham a cada fase da pandemia.

2. **DEVER DE PLANEAR:** Os médicos, bem como os outros profissionais de saúde, têm também o dever ético de se coordenarem entre si, de planificarem atividades, de partilharem informação e de colaborarem.

3. **DEVER DE CUIDAR:** Todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos, bem como outros profissionais de saúde, no ativo ou reformados, na medida das suas



possibilidades, condições de risco pessoais e competências, devem estar faseadamente disponíveis para cuidar com o seu saber e experiência da população que necessite da sua assistência.

4. **RECIPROCIDADE:** O dever de cuidar só poderá ser exigido em circunstâncias de reciprocidade. Assim, os profissionais de saúde têm o dever ético de exigir, para os próprios, enquanto técnicos indispensáveis na prestação de cuidados, para os doentes e para a comunidade, as condições para lidar com a situação de pandemia em que se vive, tendo, no entanto, em conta a escassez dos meios disponíveis. Nomeadamente para os serviços hospitalares, mas também para os Centros de Saúde, deverão exigir condições de equipamentos de proteção, de testes de diagnóstico, de aparelhagem terapêutica e de medicamentos, para assegurar uma prática consentânea com a emergência que o país enfrenta. Perante a inexistência ou carência de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, os médicos que estão na linha da frente na triagem, abordagem ou tratamento de doentes ou de eventuais portadores do vírus que, são eles próprios grupos de risco, poderão invocar direito de recusa. Aos médicos não poderá ser negado, em casos extremos, o direito a evocar recusa.
5. **TRIAGEM EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)** Em situações limite de descontrolo da progressão da pandemia, poderemos assistir em Portugal à limitação dos recursos existentes, nomeadamente ventilação assistida, sendo necessário estabelecer triagem dos doentes que terão acesso a esses recursos. Nesta situação os médicos necessitam de tomar a difícil decisão de condicionar esse acesso, maximizando os seus benefícios. Esta decisão deverá ter em consideração critérios clínicos e de avaliação de riscos incluindo os da própria medicina intensiva, bem como a maior probabilidade de eficácia do tratamento e sobrevida esperada (idade, comorbilidades, etc.), com proporcionalidade e justiça distributiva.
6. **A CENTRALIDADE DA PESSOA** Os cuidados centrados na pessoa doente têm marcado a conduta dos médicos portugueses noutras situações difíceis. Remetemos a este propósito para alguns postulados do nosso Código Deontológico particularmente pertinentes neste momento: artigos 4º, 5º, 7º e 95º. Assim, sublinhamos que, também nesta situação, é o doente com a doença e não a doença no doente que deve presidir às nossas decisões.
7. **A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA** Em suma, enquadrados no princípio fundamental da dignidade humana e no princípio/condição de vulnerabilidade imposto pelo difícil equilíbrio entre o bem individual e o bem comum que esta situação nos impõem, os princípios éticos que devem nortear a atuação ética e deontológica nesta pandemia incluem: da beneficência e não maleficência, que incluem o dever de bem cuidar e de administrar os recursos adequados (e disponíveis em emergência), os de justiça enquanto equidade, o da proporcionalidade, da responsabilidade, da verdade, da transparência e da consistência. Acresce recomendar que a prudência, o bom



senso, o diálogo, a colaboração e a solidariedade devem estar também sempre presentes no processo de tomada de decisão.

## **RECOMENDAÇÕES RELATIVA A SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)**

1. A pandemia de COVID19 poderá causar escassez de camas de UCI, de ventiladores e de recursos humanos disponíveis por motivo de doença ou quarentena. Neste sentido é necessário estabelecer prioridades no processo de triagem dos doentes.
2. Limitar o acesso a recursos escassos, baseado em critérios de *proporcionalidade e justiça distributiva*, ou seja, quando se verifique um desequilíbrio extremo entre procura e disponibilidade, está eticamente justificado pela natureza extraordinária da pandemia, apenas e enquanto perdurarem as circunstâncias típicas de catástrofe ou emergência.
3. Cada doente deve ser avaliado de forma individual.
4. O critério clínico de admissibilidade a terapia intensiva deverá presidir sempre a este tipo de escolhas. Não se trata de tomar decisões de valor, mas de reservar os recursos que podem tornar-se extremamente escassos para aqueles que têm, antes do mais, *maior probabilidade de sobrevivência após o tratamento*. Na circunstância de usando critérios clínicos termos mais candidatos (com condições médicas e necessidades equiparáveis) do que os meios disponíveis deverá ser privilegiando o prognóstico vital seguindo o princípio da proporcionalidade. Salvar mais vidas e mais anos de vida é consistente, tanto com perspetivas éticas utilitárias que enfatizam os resultados baseados no bem comum, quanto, com visões não-utilitárias, que prevalecem nos médicos portugueses, que enfatizam o valor único de cada vida humana.
5. Os critérios aplicam-se a todos os doentes que necessitem de terapia intensiva, não só aos doentes infetados pelo coronavírus.
6. Não podem ser critérios de prioridade: a ordem de chegada do pedido de admissão ou da chegada aos serviços de urgência hospitalar.
7. Apesar de muitos dos doentes serem idosos, esta por si só, nunca pode ser usada como critério. A presença de co-morbilidades e o estado funcional dos múltiplos órgãos devem ser cuidadosamente avaliados, juntamente com a idade.
8. Os doentes onde o benefício é mínimo e improvável por doença avançada ou terminal não devem, tal como em situações de não emergência, fazer terapia intensiva.
9. Todas as decisões de limitação de acesso deverão ser devidamente fundamentadas e resultar de um consenso da equipa de saúde. Esta decisão deverá ser comunicada (ao próprio (sempre que possível) e aos familiares) e registada no processo. Nas situações de tomada de decisões que se apresentem de particular



- dificuldade e incerteza clínica ou moral, deve ser procurada (por telefone ou outro meio), tanto quanto possível, uma segunda opinião de pares experientes.
10. Os critérios definidos devem ser revistos periodicamente e adaptados localmente de acordo com a disponibilidade de recursos, com a possibilidade de transferência do doente e o número de admissões, naquele momento ou previstas.
  11. O apoio, onde esteja disponível o respetivo equipamento e técnicos, de qualquer meio de oxigenação extracorporal, deve ser reservado para casos estritamente selecionados e com previsão razoável de um abandono relativamente rápido.
  12. A limitação ou suspensão da ventilação controlada ou assistida, ou a extubação endo-traqueal ou da via não-invasiva, não constitui em si mesmo, indicação para suspender o restante tratamento.
  13. Deverá ser verificado aquando da admissão do doente a existência de diretivas antecipadas de vontade, que, se existirem, devem ser respeitadas, como forma de reconhecimento autonomia e autodeterminação daqueles que já não se encontrem capazes de expressar a sua vontade.
  14. No caso de decisões de suspensão de atitudes curativas, o médico não pode abandonar nenhum doente que necessite dos seus cuidados, devendo sempre garantir acompanhamento paliativo adequado.
  15. Se for previsível um período agónico a curto prazo, deve considerar-se a transferência para um ambiente fora da UCI e tanto quanto possível respeitador da sua intimidade.
  16. A sedação paliativa em doentes em deterioração fisiológica, deve ser considerada seguindo as recomendações existentes a respeito, e, sempre que possível, com a colaboração de um especialista em cuidados paliativos. A este propósito, estando o doente ainda consciente e vigo, deve atender-se à necessidade de suporte espiritual adequado.
  17. No caso de os doentes que morram numa situação de total ausência ou restrição de visitas, deverá ser garantida, sempre que possível, a possibilidade de se despedir, ainda que através do telefone, dos seus familiares. Os familiares de todos os doentes que morram durante este período deverão receber apoio psicológico e/ou espiritual adequados à sua necessidade e vontade.
  18. Sempre que solicitada deverá ser disponibilizada a presença e a assistência de um ministro da sua religião, devendo o referido ministro sujeitar-se a todas as medidas de proteção individual, tal como todos os demais.
  19. Os responsáveis máximos dos serviços onde sejam admitidos doentes desta pandemia, devem estar particularmente atentos e providenciar, tanto quanto lhes for possível, apoio psicológico a todos os profissionais de saúde que dele necessitem. Este apoio deverá ser mantido durante o período que for considerado relevante.
  20. Numa fase posterior e de maior acalmia das circunstâncias da pandemia COVID-19, toda a informação disponível deverá ser partilhada e discutida entre todos os profissionais, no sentido de avaliar o que poderá ser melhorado no desenho de uma estratégia nacional para uma situação idêntica no futuro.