



COMITÊ DE TERMINALIDADE DA VIDA E CUIDADOS PALIATIVOS DA AMIB

Comentário: Dra. Daniere Yurie Vieira Tomotani

A idade biológica deve ser levada em consideração para o processo de tomada de decisão de pacientes com COVID-19?

Em dezembro de 2019 a cidade chinesa de Wuhan começou a apresentar os primeiros casos de síndrome respiratória aguda grave provocada por uma nova cepa de Coronavírus. A doença fugiu ao controle, foi declarada como pandemia no dia 11 de março de 2020¹ e atualmente afeta 213 países ao redor do mundo, com mais de 6.259.248 casos confirmados e 373.697 óbitos.² No dia 24 de fevereiro o Brasil teve o seu primeiro paciente confirmado e em apenas três meses o número de acometidos já ultrapassou 514.849 com 29.314 mortes², número muito inferior ao real já que não é possível testar toda a população.

Segundo dados de maio do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - CNES o Brasil possui o total de 76.231 leitos complementares (unidades de terapia intensiva [UTI] de adultos, de pediatria, de neonatologia, coronarianas e de queimados, unidades de isolamento e de cuidados intermediários), com 15.131 descritos como leitos de cuidados intensivos para pacientes com COVID-19 (do inglês *Coronavirus disease 2019*).³ Apesar dos serviços de saúde lutarem para expandir sua capacidade, a demanda é alta e a rotatividade é baixa. O tempo mediano desde o início dos sintomas até óbito ou a recuperação clínica, podem variar, respectivamente, de duas a oito e de seis a oito semanas⁴, além disto os pacientes podem permanecer mais do que cinco semanas internados em ambiente de UTI.⁵

Com o objetivo de oferecer conhecimento técnico e ético para auxiliar no processo de triagem destes pacientes, recentemente a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) publicaram as “Recomendações de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19”. A primeira versão do protocolo orientava a utilização de três critérios para a elegibilidade dos pacientes que mais se beneficiariam de internação na UTI, sendo estes (1) sobrevida a curto prazo por meio do escore SOFA (do inglês, *Sequential Organ Failure Assessment*), (2) sobrevida a longo prazo e comorbidades por meio de ferramentas como o SPICT-BR (do inglês *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*) e (3) a idade.¹

Apesar de várias sociedades utilizarem a idade em seus critérios de triagem, a sua presença no documento gerou uma grande discussão ética que levou a publicação de uma segunda versão que substituía este critério pela avaliação da reserva fisiológica dos pacientes

por meio de escores da funcionalidade. Um dos principais motivos que corroborou com a mudança foi de que a manutenção da variável poderia ir contra a Constituição Federal que tem como objetivos fundamentais da República "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (art. 3º, inciso IV). Dessa forma, qualquer protocolo de alocação de recursos deveria levar em consideração que cada ser humano possui um valor único, ainda que não seja possível garantir-lhe a prioridade.¹

Frente a toda esta discussão surge a pergunta:

Existe alguma justificativa racional que suporte a utilização da idade no processo de tomada de decisão de pacientes com COVID-19?

Buscando a maximização dos benefícios globais na alocação e na utilização dos recursos, e considerando que estes devem ser direcionados a indivíduos com maior probabilidade de recuperação para aumentar o número de vidas salvas, faz sentido que a tomada de decisão para admissão na UTI leve em consideração a expectativa de vida a curto e longo prazo e a estimativa de anos de vidas salvas, como nos moldes da medicina de catástrofe.⁶⁻⁹ Embora a idade biológica por si só nunca deva ser o único critério para esta triagem, não se pode ignorar que este fator está relacionado à piores desfechos, já que pacientes com idade ≥ 60 anos são responsáveis por mais em 80% dos óbitos por COVID-19.⁴

Na série de casos de 1.591 pacientes internados em terapia intensiva por COVID-19 na Lombardia (Itália), a mediana de idade foi de 63 anos (56-70 anos). Os pacientes mais jovens tiveram mediana de FiO_2 10% menor (60% X 70%) e de PaO_2/FiO_2 7 pontos maior (163,5 X 156). A mortalidade na UTI também foi 21% maior em pacientes com idade ≥ 64 anos quando comparados a outros com idade inferior (15% x 36%), enquanto a porcentagem de indivíduos que receberam alta da UTI foi 9% menor (21% x 11%).⁵

Pacientes idosos são os que mais sofrem as consequências dessa infecção. Sua vulnerabilidade clínica é exacerbada pelas alterações fisiológicas relacionadas à idade, à presença de doenças crônicas (insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, diabetes e demência) e à polifarmácia. Naqueles com muita idade, a ativação da resposta imune inata e adaptativa ocorre de forma mais lenta e menos eficaz. Quando acometidos de um processo infeccioso, muitos têm apenas manifestações atípicas ou sutis, como aumento do número de quedas ou perda de funcionalidade, e nem sempre apresentam febre. Sintomas como tosse e dispneia podem ser facilmente confundidos com exacerbações de doenças crônicas, como insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, e muitos podem desenvolver hipoxemia sem desconforto respiratório, o que pode aumentar as chances de retardos no diagnóstico e a procura de atendimento médico em fases mais avançadas da doença. Idosos frágeis e institucionalizados estão entre aqueles com maiores riscos, devido ao ônus das

doenças crônicas, a presença próxima de outros idosos e ao contato direto com profissionais de saúde.¹⁰

A insuficiência respiratória aguda hipoxêmica secundária a síndrome de desconforto respiratório agudo é a complicação mais frequente dos pacientes com COVID-19 (60-70% dos indivíduos internados em UTI)⁴, assim como a necessidade de ventilação mecânica invasiva (VM) está associada a alta probabilidade de óbito, com séries de casos mostrando mortalidades tão altas quanto 88%, sendo ainda maiores em pacientes com idade \geq 65 anos, quando comparados a outros com idades entre 18 e 65 anos.¹¹

Não é novidade que a VM esteja relacionada a piores prognósticos na população mais idosa. Um estudo de coorte retrospectivo multicêntrico americano avaliou os desfechos de 41.463 pacientes (35.036 foram incluídos na análise final) com idade \geq 65 anos que foram intubados no pronto-socorro. Os autores encontraram uma mortalidade geral de 33%, com chances de óbito maiores conforme o avançar da idade, de tal modo que o grupo de indivíduos de 65 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 a 84 anos, 85 a 89 anos e \geq 90 anos tiveram, respectivamente, 29%, 34%, 40%, 43% e 50% de mortalidade. Do total, apenas 24% retornaram para casa, enquanto 41% foram desospitalizados para instituições.¹²

Outra dúvida que pode surgir é se os cuidados em ambiente de terapia intensiva estão relacionados a melhores evoluções. Um ensaio realizado na França, multicêntrico e randomizado, avaliou pacientes críticos com idade \geq 75 anos, sem neoplasias, com funcionalidade e estado nutricional preservados, que procuraram o departamento de emergência (\leq 24 horas) e apresentavam critérios para internação na UTI. Os autores randomizaram os pacientes em dois grupos, o primeiro promovia a admissão sistemática na UTI enquanto o segundo seguia os cuidados usuais. A intervenção também realizava sessões educacionais formais, estimulava a internação dos pacientes na UTI, buscava ativamente a transferência para outros hospitais nos casos de indisponibilidade de vagas, estimulava a comunicação entre o intensivista, o emergencista e a família, e fazia reuniões mensais de *feedback*.¹³ Três mil e trinta e sete pacientes foram incluídos, com mediana de idade de 85 anos e maior gravidade pelo SAPS III no grupo intervenção. Como o esperado, a intervenção levou a maior número de admissões na UTI (61 X 34%), porém também levou a maior mortalidade hospitalar (30 X 21%) e em seis meses (45 X 39%). Após ajuste para a gravidade inicial da doença as diferenças se mantiveram, com exceção da mortalidade em 6 meses que se tornou não significativa. Não houve diferenças no estado funcional ou na qualidade de vida. Apesar dos problemas metodológicos e da desigualdade de *baselines*, o estudo nos faz pensar de forma crítica na possibilidade da internação na UTI trazer mais riscos que benefícios para esta população.¹³

Cientes de que os idosos são os mais afetados pelo COVID-19,^{5,10-11} que grande parte dos que são intubados não irão sobreviver e parte dos sobreviventes terão perda importante de qualidade de vida;¹² e de que a internação na UTI pode não melhorar os desfechos e tem o potencial de piora-los,¹³ fica claro que a idade biológica não pode ser desconsiderada e que

buscar a terapia curativa plena para pacientes muito idosos de forma obstinada nem sempre será a melhor proposta terapêutica. Infelizmente 56% a 99% da população geriátrica não têm diretrizes antecipadas disponíveis quando chegam nas unidades de emergência,¹⁴ fazendo com que muitas vezes esta abordagem seja realizada por profissionais não treinados e em condições não ideais ou simplesmente seja negligenciada.

Em condições ótimas a definição dos objetivos de cuidado deve levar em consideração a avaliação médica, a funcionalidade, as morbidades, a gravidade da doença aguda, os valores e a autonomia do paciente.¹⁵ Porém em um contexto de indisponibilidade e racionalização de recursos, a avaliação rigorosa de quem irá se beneficiar mais dos cuidados na UTI obrigatoriamente terá um alto peso no processo de tomada de decisão.⁶⁻⁹ A expertise dos cuidados paliativos é fundamental neste cenário, seja para a definição das diretivas antecipadas de vontade, para o manejo de sintomas, para melhorar a comunicação com o paciente e seus familiares, ou para o acolhimento ao luto.¹⁶⁻¹⁷

Por fim, embora possam existir questionamentos éticos a respeito da utilização da idade biológica, de forma isolada, como ferramenta para triagem para a alocação de recursos, não podemos esquecer que os idosos apresentam piores desfechos. A depender do contexto clínico, muitos pacientes com idade avançada não irão se beneficiar de internação na UTI e deverão ser priorizados para acompanhamento com uma equipe de cuidados paliativos. Deve-se ter em mente que aqueles que forem submetidos a um “*trial* terapêutico na UTI” possivelmente necessitarão, em algum momento do tratamento e dependendo da resposta clínica ao mesmo, de uma decisão compartilhada entre a manutenção ou a retirada de suporte artificial de vida. Independente do caminho a ser seguido, manejar agressivamente os sintomas em todas as suas esferas de sofrimento (físico, psicológico, social / familiar e espiritual), reforçar o não abandono e respeitar o paciente como ser humano são primordiais e essenciais para a manutenção da boa prática médica.

Referências

1. Kretzer L, et al. 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. AMIB. 2020. Disponível em: <<https://www.amib.org.br/>> Acesso em: 24 de maio de 2020.
2. COVID-19 coronavirus pandemic. Worldometers. Last updated: June 01, 2020, 00:24. Disponível em: <<https://www.worldometers.info/coronavirus/>> Acesso em: 01 de junho de 2020.

3. Centro nacional de estabelecimentos de saúde. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00> Acesso em: 31 de maio de 2020.
4. Phua J , et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med*. 2020 May;8(5):506-517.
5. Grasselli G at al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020 Apr 6;323(16):1574-1581.
6. Emanuel EJ et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 May 21;382(21):2049-2055.
7. Archard D et al. Is It Wrong to Prioritise Younger Patients With covid-19? *BMJ*. 2020 Apr 22;369:m1509.
8. Clarfield AM et al. Israel Ad Hoc COVID-19 Committee: Guidelines for Care of Older Persons During a Pandemic. *J Am Geriatr Soc*. 2020 May 11.
9. Satomi E et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. *einstein (São Paulo)*. 2020;18:1-5
10. Nikolich-Zugich J, et al. SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *Geroscience*. 2020 Apr;42(2):505-514.
11. Richardson S, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020 Apr 22;e206775.
12. Ouchi K, et al. Prognosis After Emergency Department Intubation to Inform Shared Decision-Making. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Jul;66(7):1377-1381.
13. Guidet B et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017 Oct 17;318(15):1450-1459.
14. Oulton, J et al. Advance Directives for Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 18(6), 2015. 500–505.
15. Marik, P. E. at al. Should Age Limit Admission to the Intensive Care Unit? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(1), 2007. 63–66.
16. Borasio GD, et al. COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly*. 2020.
17. Walshe C. COVID-19: A personal perspective. *Palliat Med*. 2020 Jun;34(6):687-688.