

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

SILÂNIA COSTA CORRÊA RIBEIRO

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS POR PARTE
DA EQUIPE DE SAÚDE EM CASOS DE COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO**

BRASÍLIA

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SILÂNIA COSTA CORRÊA RIBEIRO

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS POR PARTE
DA EQUIPE DE SAÚDE EM CASOS DE COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Dirce Bellezi Guilhem

BRASÍLIA
2021

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CR484p Corrêa Ribeiro, Silânia Costa
PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS POR
PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE EM CASOS DE COVID-19: REVISÃO DE
ESCOPO / Silânia Costa Corrêa Ribeiro; orientador Prof^a.
Dra. Dirce Bellezi Guilhem Guilhem. -- Brasília, 2021.
91 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2021.

1. Bioética. 2. Tomada de decisões. 3. Pessoal de Saúde.
4. Covid-19. 5. Acesso a Serviços de Saúde. I. Guilhem,
Prof^a. Dra. Dirce Bellezi Guilhem, orient. II. Título.

SILÂNIA COSTA CORRÊA RIBEIRO

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS POR PARTE
DA EQUIPE DE SAÚDE EM CASOS DE COVID-19: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 29 de junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Dirce Bellezi Guilhem
Presidente da Banca - Orientadora
Universidade de Brasília

Professor Doutor Rinaldo de Souza Neves
Membro Efetivo, Externo ao Programa
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS

Professora Doutora Andréia Guedes Oliva Fernandes
Membro Efetivo, Externo ao Programa
Instituto Euro Americano de Educação, Ciência e Tecnologia - Unieuro

Professora Doutora Maria do Socorro Nantua Evangelista
Membro Suplente, Interno ao Programa
Universidade de Brasília

*A Deus.
Nada seria possível sem o seu querer em minha vida.
O seu sim e o seu não me levam a lugares altos, me livram de todo o mal e restabelecem o
meu sucesso.
É com muita alegria Senhor, que te entrego o resultado do seu trabalho em minha vida para
o Mundo.
Às pessoas,
todas que perderam a vida por causa da Covid-19.
Aos profissionais de Saúde, em especial, todos os enfermeiros e equipe,
aos Professores,
a estes profissionais que fizeram e fazem parte da minha caminhada acadêmica.
A minha eterna gratidão para com aqueles que não fecharam as portas das oportunidades
quando eu mais precisei.
Dra. Dirce Bellezi Guilhem
Dra. Maria da Gloria Lima
Dra. Maria Aparecida Gussi
Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
Dr. Natan Monsores de Sá
Uma vez meu professor, para sempre meu professor, meu Mestre.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor e Salvador, meu tudo.

A Virgem Santíssima, minha Mãe, minha Intercessora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, por meio de concessão de bolsa de mestrado.

Meu esposo Daniel, anjo que Deus colocou em minha vida, meu amigo, meu amante.

Aos meus pais, Luzia e Silvério, pelo amor incondicional e aos meus sobrinhos.

A professora e Doutora Viviane de Oliveira Felizardo que me ajudou muito.

A minha professora e orientadora Doutora Dirce Bellize Guilhem, linda, meiga e gentil, o seu sim mudou a minha vida.

Todos os professores que dedicaram seus ensinamentos e conhecimentos durante o curso de mestrado e aos bons colegas e amigos.

Aos profissionais/trabalhadores da UnB pelo carinho e respeito, aos professores: Gloria, Gussi, Cláudio, Natan, vocês podem não lembrar, mas eu nunca vou esquecer.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta conquista em minha vida.

Muito obrigada!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.
Carl Jung

RESUMO

RIBEIRO, Silânia Costa Corrêa. **Processo de tomada de decisões ético-profissionais por parte da equipe de saúde em casos de Covid-19: revisão de escopo**. 2021. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

A Covid-19 sobrecarregou os Sistemas de Saúde Público e Privado de muitos países, suscitando questionamentos sobre a eticidade da alocação de recursos escassos, a triagem para o uso de equipamentos e de leitos de UTI e o processo de tomada de decisões por parte dos profissionais de saúde em relação aos padrões de atendimento em situação de crise. Objetivo: Traçar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões direcionado aos pacientes graves com Covid-19 descritos na literatura científica. Método: Trata-se de revisão de escopo incluindo-se documentos publicados entre dezembro/2019 a julho/2020 nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL e BVS. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves, incluindo “and” ou “or” entre elas, para a busca nas bases de dados: Bioética; Pessoal de Saúde; Autonomia Profissional; Tomada de Decisões; Cuidados Críticos; Protocolos Clínicos; Recursos em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Governo; Unidades de Terapia Intensiva, Betacoronavírus; Saúde Pública; Estresse Psicológico; Infecções por Coronavírus; Assistência à Saúde; Sinais e Sintomas; Respiração Artificial; Sistemas de Saúde; Morte; Organização Mundial da Saúde; Estratégias de Saúde; Compreensão, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola para captura dos manuscritos nas bases de dados. Utilizou-se o PRISMA-ScR Checklist para condução da pesquisa e apresentação dos resultados. Resultados: Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para revisão 28 documentos que foram organizados em cinco categorias: Requisito técnico-médico-científico, Justiça e Equidade, Histórico de Saúde, Comissão para tomada de decisão compartilhada e Quadro respiratório grave. Conclusão: Foram indicados vários critérios para priorizar o processo de atenção direcionado a pacientes graves com Covid-19, tais como: parâmetros técnico-médico-científico, a gravidade do quadro clínico, maior idade, ser profissional da saúde, presença de doenças de base incurável, realização de sorteio e pacientes com maior probabilidade de sobrevivência. Verificou-se que houve dificuldade em se padronizar um protocolo único para o processo de tomada de decisão no atendimento, tratamento e priorização de acesso aos serviços de saúde para pacientes graves com Covid-19.

Palavras-chave: Bioética; Tomada de decisões; Pessoal de Saúde; COVID-19; Infecções por Coronavírus; Síndrome Respiratória Aguda Grave; Acesso a Serviços de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

RIBEIRO, Silânia Costa Corrêa. **Ethical-professional decision-making process by the health team in cases of Covid-19: scoping review**. 2021. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

The Covid-19 has overwhelmed the Public and Private Health Systems in many countries, raising questions about the ethicality of the allocation of scarce resources, the screening for the use of Intensive Care Unit (ICU) equipment and beds, as well as the professionals' decision-making process in relation to standards of care in critical situations. Objective: To provide an overview of the ethical and professional criteria adopted by the healthcare team to support the decision-making process aimed at critically ill patients with Covid-19 described in the scientific literature. Method: This study was characterized by a scoping review including documents published between December/2019 and July/2020 in the following databases: Academic Google; PubMed; Scopus; Scielo; CINAHL; and BVS. The following keywords were used, including “and” or “or” among them, for the search in the databases: Bioethics; Healthcare Workers; Professional Autonomy; Decision-making; Critical Care; Clinical Protocols; Healthcare Resources; Access to Health Care Services; Quality of Health Care; Equity in Access to Health Care Services; Government; Intensive Care Units (ICU); Betacoronavirus; Public health; Psychological stress; Coronavirus Infections; Healthcare; Signs and symptoms; Artificial Ventilation; Health Systems; Death; World Health Organization (WHO); Health Strategies; Text Comprehension in Portuguese, English and Spanish to access the manuscripts available on research databases. The PRISMA-ScR Checklist was used to conduct the research and present the results. Results: After applying the inclusion and exclusion criteria, 28 documents were selected for review and organized into five categories: Technical, medical and scientific requirement; Justice and Equity; Health History; Commission for shared decision-making; and Chronic respiratory condition. Conclusion: Several criteria were indicated for prioritizing care process directed to critically ill patients with Covid-19, such as: technical, medical and scientific parameters; the severity of the clinical condition; older age; being a health professional; presence of incurable underlying diseases; drawing lots; and patients with higher probability of survival. It was found that there was a problem of standardizing a single protocol for the decision-making process in care, treatment and prioritization in the access to health services for critically ill patients with Covid-19.

Keywords: Bioethics; Decision Making; Health Personnel; COVID-19; Coronavirus Infections; Severe Acute Respiratory Syndrome; Health Services Accessibility; Intensive Care Units.

RÉSUMEN

RIBEIRO, Silânia Costa Corrêa. **Proceso de toma de decisiones ético-profesionales por parte del equipo de salud en casos de Covid-19: revisión de alcance.** 2021. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

El Covid-19 sobrecargó los Sistemas de Salud Públicos y Privados de muchos países, suscitando preguntas sobre la ética del reparto de los recursos escasos, la selección para el uso de los equipos y de las camas de UCI y el proceso de toma de decisiones por parte de los profesionales de salud en relación a los patrones de atención en situación de crisis. Objetivo: trazar un panorama sobre los criterios ético-profesionales adoptados por el equipo de salud para subsidiar el proceso de toma de decisiones direccionado a los pacientes graves con Covid-19 descritos en la literatura científica. Método: se trata de una revisión de alcance incluyéndose documentos publicados entre diciembre/2019 a julio/2020 en las siguientes bases de datos: Google Académico, PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL y BVS. Fueron utilizadas las siguientes palabras claves, incluyendo “and” o “or” entre ellas, para la búsqueda en las bases de datos: Bioética; Personal de Salud; Autonomía Profesional; Toma de Decisiones; Cuidados Críticos; Protocolos Clínicos; Recursos de Salud; Acceso a los Servicios de Salud; Calidad de la Asistencia a la Salud; Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud; Gobierno; Unidades de Terapia Intensiva, Betacoronavirus; Salud Pública; Estrés Psicológico; Infecciones por Coronavirus; Asistencia a la Salud; Señales y Síntomas; Respiración Artificial; Sistemas de Salud; Muerte; Organización Mundial de la Salud; Estrategias de Salud; Comprensión, en las lenguas portuguesa, inglesa y española para la captura de los manuscritos en las bases de datos. Se utilizó el PRISMA-ScR Checklist para la conducción de la pesquisa y presentación de los resultados. Resultados: después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados para revisión 28 documentos que fueron organizados en cinco categorías: Requisito técnico-médico-científico, Justicia y Equidad, Histórico de Salud, Comisión para toma de decisiones compartida y Cuadro respiratorio grave. Conclusión: Fueron indicados varios criterios para priorizar el proceso de atención direccionado a pacientes graves con Covid-19, tales como: parámetros técnico-médico-científico, la gravedad del cuadro clínico, mayor de edad, ser profesional de la salud, presencia de enfermedades de base incurable, realización de sorteo y pacientes con mayor probabilidad de sobrevivencia. Se verificó que hubo dificultad en estandarizar un único protocolo para el proceso de toma de decisiones en la atención, tratamiento y priorización de acceso a los servicios de salud para pacientes graves con Covid-19.

Palabras-clave: Bioética; Toma de Decisiones; Personal de Salud; COVID-19; Infecciones por coronavirus; Síndrome Respiratorio Agudo Severo; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Unidades de cuidados intensivos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para busca e seleção dos documentos em conformidade com o PRISMA-ScR	59
Figura 2 – Fluxograma do protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por Covid-19	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Bases de dados consultadas para a coleta de dados	39
Quadro 1 – Estratégia de busca	45
Quadro 1 – Documentos elegíveis para análise considerando-se autores, ano de publicação, título do artigo, periódico científico, tipo de publicação e base indexada.	59
Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados por autores, idiomas, tipo de estudos e síntese dos critérios pelas categorias de análise	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Definição da pergunta de pesquisa a partir do Acrônimo PCC e indicação dos descritores utilizados na busca	38
Tabela 1 – Definição da pergunta de pesquisa a partir do Acrônimo PCC e indicação dos descritores utilizados na busca	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMEDE	Associação Brasileira de Medicina de Emergência
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COVID-19	COrona VIRUS Disease, 19 se refere ao ano de 2019
CREMEPE	Conselho Federal de Medicina do Pernambuco
CREMERJ	Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DOU	Diário Oficial da União
EAGs	Eventos Adversos Graves
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
JBI	Joanna Briggs Institute
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
PCC	População, Conceito e Contexto
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	National Library Medicine
RNA	Ácido Ribonucleico
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 A COVID-19	18
3.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE E COVID-19 NO BRASIL	23
3.3 PROTOCOLOS DE TRIAGEM E CRITÉRIOS ÉTICO-PROFISSIONAIS.....	24
3.4 CÓDIGOS DE ÉTICA, ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CONFLITOS ÉTICO-CLÍNICOS.....	26
3.5 BIOÉTICA DELIBERATIVA	29
4 MÉTODO	37
5 RESULTADOS	40
5.1 PROTOCOLO DE PESQUISA	41
1. Resumo	41
2. Introdução	41
3. Método	43
4. Sumário dos resultados	49
5. Discussão	49
Conclusão	50
Referências.....	50
ARTIGO	53
RESUMO	54
ABSTRACT	54
INTRODUÇÃO	55
MÉTODO	56
RESULTADOS	59
DISCUSSÃO	64
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, começaram a aparecer casos de pneumonia por causa desconhecida. Após as avaliações dos pacientes portadores da enfermidade foi descoberto um novo tipo de Coronavírus (Sars-Cov-2), composto por quatro proteínas estruturais: envelope (E), espiga (S), membrana (M) e nucleocápside (N). As proteínas S, M e E formam o envelope do vírus (ZHU *et al.*, 2020).

O vírus se espalhou, rapidamente, por todo Mundo e a doença por esse provocada – a Covid-19 – passou a ser considerada Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020). O Sars-Cov-2, também denominado novo coronavírus, apresenta alta velocidade de disseminação, bem como grande capacidade de levar a óbito pessoas em um curto espaço de tempo (GALLASCH *et al.*, 2020).

A transmissão do novo coronavírus ocorre pelo contato direto de uma pessoa para outra, por meio de exposição a secreções, tais como: gotículas de saliva, tosse ou fala de portadores do vírus (OPAS BRASIL, 2020a).

As pessoas acometidas pela Covid-19 podem ser assintomáticas ou apresentar diferentes tipos de sintomas, que variam de sintomas clínicos leves a problemas de saúde mais graves. As manifestações leves são caracterizadas por cansaço, febre, tosse seca, mialgia, cefaleia, dor de garganta, diarreia, falta de paladar, falta de olfato e desconforto respiratório. Estes sintomas podem progredir para problemas mais graves, tais como: insuficiência respiratória aguda o que implica na necessidade de cuidados prestados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e, muitas vezes, de suporte respiratório por longos períodos de tempo (OPAS BRASIL, 2020b).

A propagação deste vírus na população conduziu a mudanças inesperadas nas rotinas dos Sistemas de Saúde de todo o Mundo, refletindo-se também em modificações no âmbito familiar e na vida em sociedade. Os serviços de saúde precisaram intensificar os cuidados prestados em um cenário de incertezas e de recursos escassos (GALLASCH *et al.*, 2020).

Em 4 de fevereiro de 2020, na Portaria nº 188, editada pelo Ministério da Saúde e publicada no Diário Oficial da União (DOU), foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em consequência da doença do novo coronavírus. Na representação popular sobre a doença, esse termo jurídico ficou conhecido apenas como emergência sanitária (BRASIL, 2020).

Por meio da declaração de ESPIN, o Ministério da Saúde comunicou à população medidas definidas pela OMS para o enfrentamento da Covid-19. Foram estabelecidas as seguintes estratégias: isolamento social, quarentena, realização de exames médicos e testes para

detectar a infecção por coronavírus, limitação à saída e entrada de pessoas no Brasil por aeroportos, rodoviárias, portos, entre outras medidas sanitárias (ANTUNES, 2020).

As Instituições de Saúde também tiveram que se adequar para o enfrentamento da Covid-19, tendo em vista que o momento demandava uma resposta coordenada dessas Instituições para garantir o atendimento a grande número de pacientes. Foi necessário criar fluxos específicos, mobilizar força de trabalho qualificada, disponibilizar insumos como máscaras e ventiladores mecânicos, construir Hospitais de Campanha e ampliar os leitos de UTI (TORELLY, 2020).

Durante o pico da Pandemia, que se iniciou em 2020 e permaneceu durante os primeiros meses de 2021, muitas regiões atingiram a taxa máxima de ocupação dos leitos de UTI. Em muitos locais, o número de leitos e de profissionais da saúde não foram suficientes para atender às necessidades do aumento de pacientes criticamente enfermos ao mesmo tempo (BARRETO *et al.*, 2021; LIN, 2021). Por causa dessa realidade se atribuiu aos profissionais de saúde a tarefa de tomar decisões sobre a ocupação de leitos de UTI, bem como efetuar uma classificação acerca da priorização do atendimento (CONASEMS, 2020).

Nesse cenário, as decisões passaram a ser embasadas em princípios bioéticos, que assumiram centralidade na resolução de questões conflitivas no contexto clínico. Contudo, tanto a análise como a resolução de situações de difícil mediação moral requerem apreciação abrangente (GUILHEM; DINIZ, 2017) e prudência para que os atores envolvidos possam escolher o melhor curso de ação a ser colocado em prática (ZOBOLI, 2012).

Na área da bioética clínica existem modelos diferenciados para a tomada de decisão ético-clínica, nos quais se declaram a restrição, a opinião e a sugestão de solução de problemas éticos, que surgem no cuidado individual do doente. Essa análise pode acarretar, também, situações de conflito que intensificam a preocupação e o estresse dos profissionais de saúde diante de sua responsabilidade para com a vida e a saúde do paciente (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2014).

A realização deste trabalho se justifica na medida em que o profissional de saúde se depara com situações ético-clínicas complexas e que exigem deliberações rápidas no processo de tomada de decisões. Por outro lado, o cuidado possível em situações de excepcionalidade pode ocasionar estresse para aqueles, que atuam na linha de frente, nos diferentes níveis do Sistema de Saúde. O exercício da autonomia, por parte dos profissionais, no processo de tomada de decisão se contrapõe à necessidade de ter que eleger quais os pacientes acometidos pela Covid-19, que terão prioridade no atendimento especializado em UTI.

Nesse contexto, foi elaborada a seguinte questão norteadora para desenvolvimento deste estudo: quais os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônomas frente à indisponibilidade de leitos/equipamentos para atender todos os pacientes graves com Covid-19?

2 OBJETIVOS

Para responder à pergunta de pesquisa foram definidos os seguintes objetivos.

2.1 GERAL

Traçar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões direcionado aos pacientes graves com Covid-19 descritos na literatura científica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Apresentar o processo de atendimento, de tratamento e de priorização adotados por profissionais de saúde para assistência a pacientes graves com Covid-19;
- Descrever os critérios ético-profissionais vigentes sobre a eleição para acesso ao tratamento dos pacientes graves acometidos pela Covid-19;
- Identificar quais seriam os requisitos bioéticos utilizados para subsidiar o processo de tomada de decisões na linha de frente do atendimento à Covid-19.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O vírus SARS-CoV-2 teve sua origem em Wuhan, Província de Hubei na China e se espalhou rapidamente por todo Mundo. A Covid-19, doença ocasionada pelo vírus, foi considerada como Pandemia pela Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020 (OMS-WHO, 2020a). Até o momento da elaboração deste trabalho não existe medicamento específico conhecido para a doença (BELASCO; FONSECA, 2020), mas houve uma corrida para a criação de vacinas, que foram disponibilizadas e estão em fase de aplicação em vários países (CASTILHO, 2021). Esta enfermidade tem sobrecarregado, e até mesmo colapsado, os Sistemas de Saúde da maioria dos países do Mundo (GALLASCH *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a bioética assumiu importante papel, pois em função de grande procura por assistência à saúde, os profissionais se depararam com difíceis escolhas sobre quem deveria ocupar os leitos disponíveis (PIMENTEL, 2020).

Sanches *et al.* (2020) afirmaram que, no contexto da Pandemia da Covid-19, uma das principais contribuições da bioética se relaciona diretamente à possibilidade de inclusão dos grupos sociais mais fragilizados, promovendo acesso aos Serviços de Saúde em um momento de sobrecarga, em que os espaços físicos para o tratamento estarão invariavelmente lotados.

Além disso, ainda há o ageísmo que se tornou mais evidente durante a Pandemia como forma de discriminação contra idosos, principalmente, no que se relaciona à busca de tratamento para a doença (SILVA *et al.*, 2021). O ageísmo é o preconceito contra alguém com base em sua idade. Embora essa definição possa abranger diferentes idades, a maioria dos pesquisadores afirma que o ageísmo é mais prevalente contra pessoas mais velhas (NELSON, 2016).

3.1 A COVID-19

A doença ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi denominada Covid-19 e pode desencadear o surgimento da síndrome respiratória aguda grave (ZHU *et al.*, 2020). É uma doença de origem zoonótica, tendo animais silvestres como hospedeiros iniciais passando, posteriormente, a infectar seres humanos. Testes laboratoriais demonstraram que o SARS-CoV-2 se originou, provavelmente, em morcegos do gênero *Rhinolophus* (BENVENUTO *et al.*, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, a síndrome gripal é a manifestação mais comum apresentada pelas pessoas infectadas pelo vírus. Nos quadros mais graves, os pacientes

desenvolvem um quadro de síndrome respiratória aguda grave, contemplando insuficiência pulmonar, menor oxigenação no sangue, quadros de pneumonia, que podem ocasionar a intubação do paciente (BRASIL, 2020b; MOREIRA, 2021).

Além de sintomas respiratórios, há outros sintomas comuns, que também podem surgir em pacientes com Covid-19. Entre esses podem ser citados: a anosmia e ageusia associadas à febre (VAIRA *et al.*, 2020), sintomas digestivos, como diarreia, vômitos, náuseas e falta de apetite, fraqueza (PAN *et al.*, 2020; JIN *et al.*, 2020; OMS, 2019) fadiga e cefaleia (JIN *et al.*, 2020; OMS, 2019).

Os pacientes com comorbidades preexistentes (CARNEIRO *et al.*, 2021), os idosos (NASCIMENTO *et al.*, 2020) e os imunodeprimidos (OMS, 2019) podem apresentar uma forma mais grave da doença, que pode se manifestar de forma rápida, propiciando a morte nesses grupos de pacientes.

Com o passar do tempo, a predominância de casos entre idosos, amplamente observada no pico da Pandemia no ano de 2020 (BASTOS *et al.*, 2020), deu lugar a uma realidade mais abrangente durante a segunda onda de contaminação da doença no Brasil, acometendo jovens e adultos na forma mais grave da Covid-19. De acordo com o Boletim da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (2021) houve um deslocamento para essas faixas etárias, tanto no número de contaminações como de óbitos, sendo observado um aumento de 352,62%, 419,23% e 317,08% para as faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, respectivamente.

O que tem causado muita preocupação às autoridades é o avanço rápido da doença, o que é demonstrado pelo seu perfil epidemiológico, que vem sendo acompanhado por observatórios, tais como o da Johns Hopkins - Coronavirus Research Center. Na data de 26 de maio de 2021, havia sido contabilizado globalmente 167.878.150 de casos, 3.487.817 mortes. O Brasil, com 16.194.209, ocupa o 3º lugar no número de casos, o 2º lugar no número de mortes, com 452.031 óbitos e 14.648.332 de pacientes recuperados (JOHNS HOPKINS, 2021).

O enfrentamento da Covid-19 tem sido um grande desafio para a sociedade em geral. Algumas dificuldades se iniciam em aspectos basais, tais como o diagnóstico da doença para o qual é necessário a utilização de testes diagnósticos e pessoal capacitado para sua realização. Paralelamente a isso, muitas nações dependem de tecnologias e insumos oriundos de outros países (CRODA *et al.*, 2020).

Isso se reflete nas Unidades de Saúde que, muitas vezes, não dispõem da quantidade de testes suficientes para atender a população que procura os serviços, fazendo com que haja uma seleção prévia dos pacientes que serão testados, a partir da observação dos sinais e sintomas clínicos apresentados (TOLIA *et al.*, 2020; ZITEK, 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde

afirma que a estratificação da gravidade dos casos suspeitos de Covid-19 deve ser realizada mediante consulta médica (BRASIL, 2020c) e pacientes com sintomas mais graves, como dispneia, devem realizar o teste laboratorial ou de imagens, para auxiliar no diagnóstico da doença (RODRIGUEZ-MORALES *et al.*, 2020).

Existem diferentes testes que podem ser realizados para a confirmação da infecção pelo SARS-CoV-2, mas um dos mais confiáveis são os testes moleculares, como os de transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase, o RT-PCR – *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (PAN *et al.*, 2020; JIN *et al.*, 2020; WOELFEL *et al.*, 2020). O teste sorológico por imunocromatografia (teste rápido) tem sido realizado em indivíduos que apresentam sintomas leves a moderados (TOLIA *et al.*, 2020) e para verificar a imunidade/recuperação dos casos confirmados (HADAYA *et al.*, 2020).

Algumas estratégias têm sido indicadas para diminuir o avanço da doença: isolamento social, uso de máscaras, utilização de álcool gel, lavagem das mãos, entre outras. Paralelamente a isso, as vacinas têm sido apontadas como um dos principais meios para desacelerar a disseminação da Covid-19 (DAUMAS *et al.*, 2020).

À época da elaboração deste trabalho existia cerca de setenta vacinas em fase de testes em seres humanos, sendo que algumas já foram aprovadas para uso emergencial pelos órgãos regulatórios de diversos países e estão sendo aplicadas para imunização da população (CASTILHO, 2021).

No Brasil estão sendo utilizadas as seguintes vacinas:

1. Coronavac: a CoronaVac começou a ser produzida pelo Instituto Butantã juntamente com o laboratório chinês Sinovac, tendo como base um vírus que passou por um tratamento químico que o torna incapaz de se replicar (CASTILHO, 2021);
2. AstraZeneca: desenvolvida pela Universidade de Oxford com a Fiocruz (CASTILHO, 2021), utiliza um adenovírus inofensivo como meio de transporte para uma proteína do Sars-CoV-2, a espícula S, que o coronavírus usa para invadir as células humanas (ANVISA, 2021);
3. Pfizer: a Pfizer Brasil é desenvolvida pela empresa e pela BioNTech, utiliza o mRNA, que foi sequenciado e publicado em 11 de janeiro de 2020 (LE *et al.*, 2020). Nesse caso, o mRNA leva a mensagem do gene da proteína “S” do Sars-CoV-2 para as células, ativando a resposta imune do corpo humano (ANVISA, 2021).

É importante destacar que as três vacinas apresentadas (Coronavac, AstraZeneca e Pfizer) exigem a aplicação de duas doses para atingir o grau de imunização desejado.

No ano de 2021, após a realização de testes e aprovação pela ANVISA, em 18 de janeiro, o Brasil iniciou a Campanha de Vacinação contra a Covid-19. Até meados do mês de maio do mesmo ano, 17% da população brasileira receberam a primeira dose da vacina e 8,1% da população já haviam recebido também a segunda dose. A gestão da campanha de vacinação contra a Covid-19 foi realizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O PNI é responsável por avaliar a dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos insumos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de insumos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição (PNI, 2021).

O PNI se consolidou, ao longo dos anos, como um importante instrumento na manutenção da Saúde, no cenário brasileiro, articulando-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir acesso, de forma gratuita, às vacinas previstas no Calendário Nacional de Vacinação contemplando crianças, adolescentes, jovens, idosos e gestantes (PNI, 2021)

Uma estratégia capitaneada pela OMS foi a criação um programa denominado: Iniciativa Covax, como forma de assegurar a distribuição equitativa de vacinas e contribuir para diminuir a desigualdade na aplicação dessas pelo Mundo, especialmente, em países de rendas baixa e média (ONU, 2021).

O Brasil está entre os países que adquiriram as vacinas (SANTOS, 2021). Até o início de maio de 2021, o país havia recebido um total de 3.981.600 doses de vacinas contra Covid-19 por meio da Iniciativa Covax (ONU, 2021).

Além das vacinas, estudos também têm sido realizados na busca de medicamentos que sejam eficazes tanto para a prevenção como para o tratamento da doença (SOUSA *et al.*, 2020). A estrutura do vírus contém a protease 3CL e pode ser o alvo de medicamentos, pois a inibição dessa protease bloqueia a replicação viral (LOBO-GALO *et al.*, 2021).

Entre os medicamentos, que têm sido pesquisados, encontra-se o antiviral Arbidol (LIU *et al.*, 2020), o Favipiravir, utilizado contra o vírus ebola (DONG; HU; GAO, 2020), o Remdesivir (SHEAHAN *et al.*, 2020). Outro medicamento é a Cloroquina (CLQ), que é usada no tratamento de malária, anti-inflamatório eficaz contra o lúpus eritematoso, artrite reumatoide e tem potenciais atividades antivirais de ampla ação (TIAN; YANG, 2020; OLSON *et al.*, 2020). Gautret *et al.* (2020) testaram uma associação de hidroxicloroquina (HCLQ) e azitromicina e verificaram que esses medicamentos têm efeitos positivos na prevenção da doença, embora o número amostral tenha sido muito pequeno.

Bonella, de Araujo e Dall’Agnoll (2020) afirmam que os estudos realizados sobre a utilização da Hidroxicloroquina (HCLQ), associada ou não à Azitromicina, para o tratamento da Covid-19, são ainda inconclusivos. Além disso, faltam evidências sobre o valor terapêutico do medicamento para tratar a Covid-19. Até o mês de maio de 2021 já haviam sido publicados 41 artigos com estudos envolvendo a Cloroquina, sendo este o mais pesquisado entre os medicamentos, porém os estudos não apresentaram nenhum resultado significativo (PAHO, 2021).

Mesmo diante de controvérsias sobre a utilização dos medicamentos preventivos para a Covid-19, no Brasil foi adotado um protocolo de tratamento precoce da doença, por meio da utilização do kit Covid. Este kit consiste em uma combinação de medicamentos como a Cloroquina, Hidroxicloroquina, Azitromicina, Ivermectina e Colchicina, que são propostos para serem utilizados na profilaxia ou no tratamento da Covid-19 (PINTO; MIRANDA; CASTRO, 2021).

A ANVISA autorizou o uso emergencial de dois medicamentos contra a Covid-19, o primeiro desses o Remdesivir e o mais recente se trata de um coquetel, que contém a combinação de Casirivimabe e Imdevimabe, conhecido como Regn-CoV2. Ambos os remédios são experimentais e foram desenvolvidos pela farmacêutica Roche, mas foram testados com eficácia comprovada contra a doença, em uso hospitalar, para minimizar sinais e sintomas (PALLOTTA *et al.*, 2021).

Bonella, Araujo e Dall’Angoll (2020) salientam que o avanço acelerado da Covid-19, em todo Mundo, aliado à gravidade da doença e à falta de medicamento específico para sua cura, tem motivado uma aceleração dos ensaios clínicos, nos quais determinadas etapas vêm sendo suprimidas. Conforme a bioética, isso “somente pode ser feito na medida que temos algumas indicações claras de que estamos produzindo algum benefício ao paciente” (BONELLA; ARAUJO; DALL’AGNOLL, 2020, p. 11).

Todavia, mesmo com o início da vacinação e a liberação de alguns medicamentos no combate da Covid-19, um fato vem trazendo preocupação para as autoridades internacionais de Saúde, que é a identificação de variantes da Covid-19 (BENITO *et al.*, 2021; FREITAS, 2021). As variantes conhecidas que mais causam preocupação são a B.1.1.7, do Reino Unido, a B.1.351, da África do Sul, as duas linhagens brasileiras, a P.1, originária de Manaus e P.2, identificada no Rio de Janeiro, e duas linhagens originadas nos Estados Unidos, a CAL.20C e a B.1.526. O problema das variantes é que essas parecem ser transmitidas mais rapidamente, e podem ser mais letais em relação as cepas mais antigas (RUBIN, 2021).

Além destas variantes citadas anteriormente, uma nova variante tem sido identificada recentemente na Índia, denominada de B.1.617. Esta variante se espalha mais facilmente do que as outras, tem um maior grau de infectabilidade e parece ter reduzida neutralização por anticorpos ou redução da eficácia do tratamento e vacinas. Essa variante já foi detectada em mais de 30 países fora da Índia, inclusive, no Brasil (THIAGARAJAN, 2021).

Com essa situação, Freitas *et al.* (2021) relatam que os desafios impostos pela Covid-19 não vão terminar com a introdução de vacinas. Os autores ressaltam que ainda há muito a ser feito nos próximos meses e anos em termos de Vigilância epidemiológica, virológica e estudos nas áreas de epidemiologia, clínica, imunologia, virologia e outras áreas do conhecimento para garantir a segurança da população mundial em relação a esta doença.

3.2 PROFISSIONAIS DA SAÚDE E COVID-19 NO BRASIL

No dia 30 de março de 2021, o Brasil atingiu a marca de 3.780 óbitos em um dia por força da Covid-19, até então número recorde para o país. Segundo Jansen (2021), este cenário reflete o colapso do Sistema de Saúde para o atendimento de pacientes que requerem cuidados intensivos para seu tratamento.

Nesse cenário, os profissionais da saúde estão enfrentando muitas situações difíceis, tendo que tomar decisões complexas, principalmente, àquelas relacionadas aos pacientes graves de Covid-19. Observou-se falta de leitos e de materiais disponíveis para o tratamento, conforme destacado por Sanches *et al.* (2020, p. 411):

[...] escolher quem será conduzido a tratamento com potencial de cura, sabendo que os pacientes excluídos estão sendo praticamente deixados à morte. Diante dessa situação angustiante, buscaram-se com afinco referenciais teóricos e técnicos que possam estabelecer critérios para a tomada de decisão. A reflexão exige análise rigorosa dos argumentos, franqueza e honestidade, para evitar que o debate se torne interminável e nada se concretize.

Ao se deparar com um cenário de eventual escolha sobre qual paciente será tratado ou não, o profissional de saúde se depara com questões sensíveis no tocante à proteção da vida e o pleno desempenho de suas atividades profissionais, podendo afetar seu estado emocional e aumentar, significativamente, um quadro de angústia (SANCHES *et al.*, 2020).

Os trabalhadores da área da saúde, que atuam na linha de frente do combate à Covid-19, têm vivido um tempo de doação, assumindo compromisso pessoal com a sociedade. Alguns são levados a realizarem sacrifícios, voluntariamente, para poder atender e acolher os que necessitam de ajuda (SANCHES *et al.*, 2020). Além do compromisso pessoal, convivem com

a escassez de recursos, de equipamentos de proteção individual (EPIs), trocas de turnos recorrentes, entre outros aspectos que poderiam ser mencionados (COFEN, 2020a).

Esta realidade impõe uma situação de sobrecarga para estes profissionais, que passaram a realizar plantões estendidos, em função do aumento significativo da carga de trabalho frente à limitação de pessoas capacitadas para realizar os procedimentos indicados para os pacientes infectados (RE; NICOLUSSI, 2020). Pelo contato direto com pacientes acometidos, profissionais de saúde se tornam mais susceptíveis à infecção e podem contribuir para disseminação do vírus em seu convívio social. A forma precípua de autoproteção é a utilização correta dos EPIs e de outros meios de proteção, que foram impostos por causa da Pandemia (SOUSA NETO; FREITAS, 2020). No entanto, o uso prolongado de EPI pode provocar lesões por pressão, urticária, dermatite de contato, ressecamento e agravamento de doenças de pele preexistentes (YAN *et al.*, 2020).

Para os profissionais da Medicina, além da sobrecarga do trabalho, ainda são confrontados com o fato de que são os principais agentes no processo de tomada de decisão sobre quais seriam os pacientes elegíveis para terem acesso ao tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva, quando leitos e equipamentos estejam se esgotando. Essas responsabilidades na luta contra a Covid-19 trazem à tona uma série de questões éticas de difícil resolução, pois a limitação para o tratamento vai além da atribuição justa de recursos humanos e materiais (ISERSON, 2020). Bonella, Araujo e Dall’agnoil (2020) afirmam que neste caso existe a necessidade da aplicação do rigor ético no fator de decisão quanto aos pacientes, que terão acesso ao tratamento.

Por isso, os profissionais de saúde que estão imersos neste cenário pandêmico, com sobrecarga de trabalho e tendo que tomar decisões críticas, diante de diversas situações, necessitam ter acesso a protocolos e evidências científicas, que vão sendo disponibilizadas no decorrer da Pandemia para dar suporte à execução de suas atividades.

3.3 PROTOCOLOS DE TRIAGEM E CRITÉRIOS ÉTICO-PROFISSIONAIS

No Brasil, um dos principais protocolos elaborado para o atendimento de pacientes com Covid-19, envolveu quatro entidades da área médica: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Este protocolo, reconhecido como Protocolo AMIB de Alocação de Recursos em Esgotamento Durante a Covid-19, apresenta sugestões para que a equipe de saúde

pudesse eleger os pacientes que teriam prioridades para serem encaminhados à UTI, requisito fundamental para conservação da vida de pacientes graves acometidos pela Covid-19 (TOSTA, 2020).

Em linhas gerais, o protocolo define recomendações visando diminuir a proliferação do vírus SARS-CoV 2, otimizar a utilização dos recursos materiais em um cenário restritivo e orientar os profissionais de saúde em sua atuação no sentido de organizar uma triagem da forma mais humana e ética possível (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020b).

A aplicação deste protocolo torna-se ainda mais essencial em um cenário de escassez de recursos, presente quando da elaboração deste trabalho, para não agravar ainda mais a realidade de lotação e falta de leitos em UTI e materiais de suporte de vida nos hospitais durante a pandemia (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020b).

Para justificar a adesão deste protocolo de triagem, nas Instituições em contexto ético e colocá-lo em prática, é essencial que se tenha:

- Reconhecimento da compatibilidade do protocolo ao arcabouço bioético e legal brasileiro;
- Declaração de estado de emergência em saúde pública;
- Reconhecimento de que tenha havido esforços razoáveis em aumentar a oferta dos recursos em esgotamento;
- Envolvimento da direção técnica de cada hospital, com o objetivo de nomear os membros da comissão de triagem e garantir que o protocolo esteja alinhado com o sistema de regulação de leitos local/regional que permita encaminhamento de pacientes para outras unidades hospitalares com disponibilidade de leitos, incluindo a possibilidade de intercâmbio entre leitos públicos e privados; e
- Realização, pela direção técnica e gestores públicos de saúde, locais e regionais: (a) da contínua monitoração das condições de esgotamento de recursos e (b) de esforços apropriados de ampliação de serviços que permitam a identificação da necessidade de início da vigência da triagem assim como a possibilidade de seu fim (tanto o início quanto o fim da vigência da triagem devem ser publicamente anunciados) (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020b, p. 4).

A oferta de leitos nas UTI em Sistemas de Saúde é preconizada, em sua normalidade, na necessidade de terapias de suporte orgânicos aliada à probabilidade de recuperação do paciente. Portanto, quando existe destinação de leitos de UTI, essa demanda de recursos tem como objetivo contribuir para melhorar a real condição no que se refere ao estado de saúde do paciente (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020b).

Os protocolos são importantes para direcionar a prática clínica, mas é preciso considerar que os profissionais de saúde estão vinculados às entidades de classe que definem requisitos éticos e científicos para o exercício profissional. Os Códigos de Ética são documentos

fundamentais para subsidiar as atividades cotidianas nos Serviços de Saúde, incluindo-se as situações de excepcionalidade provocadas pela Covid-19 (TOSTA, 2020).

3.4 CÓDIGOS DE ÉTICA, ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CONFLITOS ÉTICO-CLÍNICOS

O Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução nº 0564/2017, divulgou o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), documento que delimita direitos, deveres, responsabilidades e proibições (COFEN, 2017). A equipe de enfermagem deve conhecê-lo em sua totalidade, mas alguns artigos são fundamentais para a discussão relacionada à Covid-19.

Entre os deveres estabelecidos no CEPE, três artigos merecem destaque para uma avaliação mais aprofundada do desempenho dos profissionais de Enfermagem:

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

[...]

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto (COFEN, 2017, p. 1).

No cenário Pandêmico houve o esgotamento das estruturas de atendimento dos Hospitais provocados pelo disparo da demanda dos Serviços de Saúde. A compreensão sobre a escassez de recursos logísticos, administrativos, humanos e de insumos, trouxe à tona conflitos éticos relevantes para a realização do atendimento adequado ao paciente acometido pela Covid-19 (TOSTA, 2020).

Nota-se o desafio colocado: como oferecer condições básicas que propiciem a devida segurança para que o atendimento seja realizado, de forma digna, para o paciente. Em uma situação de Pandemia, com escassez de recursos e leitos na rede hospitalar, corre-se, por exemplo, o risco de se caracterizar negligência tanto a ausência de atendimento quanto a realização deste atendimento em condições que possam ocasionar algum eventual dano (ISERSON, 2020).

O dever de cuidar pode, invariavelmente, ser maior do que o receio do oferecimento de cuidados em condições precárias. Por outro lado, o profissional também pode interpretar que a ausência de condições é uma justificativa razoável para não se prestar nenhum atendimento (TOSTA, 2020).

Nesse contexto, o processo de tomada de decisão deveria sempre estar balizado por preceitos éticos e clínicos. A segurança do paciente é primordial para que o profissional de Enfermagem execute, com confiança e eficiência, os procedimentos técnicos. Para isso, é importante conhecer riscos e limitações de cada paciente. Por meio de uma avaliação individualizada se torna mais seguro ofertar segurança e condições básicas para tratá-lo com dignidade, respeitando a sua essência como todo (MARQUES *et al.*, 2020).

O profissional de Enfermagem deve estar atento às necessidades de cada pessoa, ou seja, se torna importante efetuar uma mensuração do risco-benefício de cada decisão e/ou procedimento para direcionar o atendimento dos pacientes com Covid-19. Dessa forma, direcionamento dos cuidados obedecerá a requisitos éticos e científicos como forma de evitar danos ou malefícios (MARQUES *et al.*, 2020). No caso de pacientes graves se torna praticamente impossível seguir a premissa do oferecimento da autonomia compartilhada para o processo de tomada de decisões, uma vez que a gravidade do caso direciona para o profissional de saúde a prerrogativa no processo de tomada de decisões (MIRANDA *et. al*, 2020).

O CEPE indica, ainda, os direitos dos profissionais de Enfermagem, sendo importante mencionar dois artigos que visam, respectivamente, a manutenção de um local de trabalho livre de riscos e a suspensão de atividades quando à Instituição não oferecer um ambiente condizente com a devida segurança:

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem (COFEN, 2017, p. 1).

No entanto, em situações de urgência e emergência, presentes na excepcionalidade ocasionada pela Pandemia da Covid-19, esses direitos devem ser espelhados aos deveres para que os cuidados necessários sejam prestados com segurança para manter a dignidade das pessoas sob cuidados (SOUZA; RANGEL, 2019).

A realidade vivenciada pelos profissionais de Enfermagem pode propiciar situações de conflito com a degradação da capacidade do atendimento dos Sistemas de Saúde. O medo e a insegurança de uma contaminação remetem diretamente à primeira tomada de decisão entre o dever do atendimento, atividade essencial para a Saúde Pública, *versus* a inexistência de condições seguras e dignas para realizá-lo (MARQUES *et al.*, 2020).

Os profissionais de Enfermagem que mantêm a atuação profissional e seguem com a realização de atendimentos em cenário de precariedade, como na Pandemia da Covid-19, ainda se deparam com novas situações de conflito para tomada de decisão. Com o acúmulo de pacientes nos Hospitais, inúmeros pacientes permanecem à espera de atendimento, obrigando a equipe de Enfermagem a estabelecer critérios mínimos de priorização para o atendimento. Escolhas são feitas para definir quais seriam os pacientes, que teriam precedência para ocupação de leitos e utilização de equipamentos. Emergem situações de conflito no processo de tomada de decisão, que devem ser compartilhadas entre os profissionais de saúde para o estabelecimento de um consenso mínimo para priorização. Critérios podem ser discutidos e adotados pela equipe para se estabelecer uma ordem de precedência, como gravidade do quadro clínico, presença de doenças de base incuráveis e pacientes com maior probabilidade de sobrevivência, entre outros (GOMES *et al.*, 2020).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 divulgou o novo Código de Ética Médica (CEM). Este documento está embasado nos princípios deontológicos da categoria, com destaque especial para o reconhecimento sobre o respeito à dignidade humana (CFM, 2019).

Entre os deveres elencados no CEM se destacam as seguintes vedações para os médicos:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência

[...]

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria

[...]

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento (CFM, 2019, p. 1).

De forma semelhante aos profissionais de Enfermagem, a realidade imposta pela Pandemia da Covid-19 aos Médicos tornou visível os conflitos para o atendimento de pacientes face aos escassos recursos. Como consequência é possível que as condições de trabalho e a infraestrutura disponível pode contribuir para que a indicação de encaminhamento para UTI não possa ser cumprida pela ausência circunstancial de leitos. Essa situação exerce sobre o profissional o aumento de sobrecarga física, psíquica, cognitiva e emocional com reflexos para sua Saúde Mental (BEZERRA *et al.*, 2020).

Por sua vez, o Código de Ética Médica apresenta os direitos do Médico, com destaque para os incisos IV e V:

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina (CFM, 2019, p. 1).

O médico tem a consciência de que a doença, que acomete o paciente, pode trazer riscos para sua saúde. Os profissionais, que atuam no cuidado das pessoas que têm Covid-19, principalmente, nos casos mais graves, correm risco de vida e o processo de atenção deve ser célere, baseado em evidências científicas e no atendimento aos requisitos éticos (ISAILĂ; HOSTIUC, 2020).

O Código de Ética apresenta elementos norteadores sobre a atuação profissional em cenários de epidemias. Alguns conflitos emergem nesse contexto: ambientes inadequados em função da precariedade dos sistemas de atendimento ao paciente, falta de insumos, equipamentos e recursos humanos que limitam a atuação profissional, o qual se depara com a necessidade de tomar decisões sobre quem deveria ter acesso aos escassos recursos disponíveis (ISAILĂ; HOSTIUC, 2020).

3.5 BIOÉTICA DELIBERATIVA

Para a seleção de um paciente com Covid-19, em estado grave, ter acesso à UTI, devem ser adotados critérios previamente estabelecidos com o objetivo de apoiar o processo de tomada de decisões. No contexto da prática clínica se torna mandatória uma análise ampliada de requisitos técnicos e éticos por parte dos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento aos pacientes (TORRES; FÉLIX; OLIVEIRA, 2020).

A bioética clínica é aplicável quando o profissional de saúde se depara com situações nas quais o exercício legal requer atendimento de pessoa enferma, de modo individualizado e preciso, frente ao diagnóstico do paciente e o tratamento requerido. Exige o estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, o que promove a confiança entre ambos. O objetivo da bioética clínica é estabelecer perguntas e ações éticas emergentes do trabalho laboral clínico, contribuindo para um atendimento humanizado em cuidados essenciais à Saúde, buscando-se solucionar problemas éticos, que surgem no cotidiano das práticas de saúde, como forma de embasar o processo de tomada de decisão (OLIVEIRA, 2013).

A bioética deliberativa é utilizada para analisar e solucionar conflitos éticos que emergem no cotidiano das práticas de Saúde. Justamente por isso se torna elemento fundamental para alicerçar o processo de tomada de decisões ético-clínicas. Busca efetuar uma análise ampliada das situações conflitivas, incluindo-se a opinião de diferentes atores, evitando-se extremos para que possa ser encontrada a solução que atenda os melhores interesses das pessoas envolvidas (GRACIA, 2003).

Diego Gracia (2002) apresenta uma proposta sobre a bioética deliberativa, na qual aponta importantes contribuições para a bioética clínica, quando considera que a deliberação consiste em procedimento intelectual para eleger alternativas prudentes para a resolução de situações conflitivas.

Gracia (2003) defende que as decisões devem englobar as questões emocionais, valores e crenças:

a deliberação é a pedra angular de qualquer metodologia adequada. Isso se deve ao fato de que as decisões morais devem levar em consideração não apenas princípios e ideias, mas também emoções, valores e crenças. Deliberação é o processo em que todos os envolvidos na decisão são considerados agentes morais válidos, obrigados a fundamentar seus próprios pontos de vista e a ouvir as razões alheias (GRACIA, 2003, p. 227).

De acordo com sua proposta, Gracia argumenta que a bioética é o lócus para a identificação, análise e construção de valores que irão subsidiar o processo de tomada de decisão (GRACIA, 2011). É um processo fundamentado na ética da responsabilidade pública e individual e que deve ser compartilhado por diferentes atores envolvidos na prática clínica e na vida em sociedade. É aplicável a situações que dependem da intervenção humana para sua resolubilidade (GRACIA, 2009). O autor enfatiza que a metodologia utilizada na ética clínica deve ser deliberativa em contraposição à teoria da tomada de decisão para que os resultados encontrados possam atender plenamente às necessidades de solucionar os problemas encontrados (GRACIA, 2001).

Na proposta deliberativa de Diego Gracia (2009), os conflitos morais podem ser considerados como problemas ou dilemas éticos. Por isso, é essencial entender a diferenciação dessas abordagens. A abordagem dilemática se embasa na teoria da eleição racional e objetiva, do qual são escolhidas entre duas alternativas opostas e irreduzíveis para se obter uma meta. Já na abordagem problematizadora, a atenção é voltada para os procedimentos, tendo em vista que se entende que nem todos os problemas éticos têm solução, mas podem indicar alternativas que melhor atendam o problema em análise. As abordagens deliberativas são aplicadas para se alcançar decisões prudentes (GRACIA, 2009).

Gracia (2001) afirma que a deliberação exige conhecimentos, habilidades, respeito mútuo, humildade ou modéstia intelectual e desejo de enriquecer a própria compreensão dos fatos por meio de ouvir a posição dos outros, envolvendo a análise crítica dos pontos de vista. Afirma, assim, que a deliberação moral abrange a metodologia, a pedagogia para o autoconhecimento, a autoanálise e a tolerância (GRACIA, 2003).

Diego Gracia (2003, p. 230) aponta os métodos para avaliar o processo de deliberação:

1. Identificação do problema: verbalizá-lo claramente.
2. Análise dos fatos: quanto mais claros estiverem, mais fácil será a análise ética;
3. Identificação dos valores implicados.
4. Identificação dos valores em conflito: reformulação do problema
5. Identificação do conflito de valor fundamental
6. Deliberação sobre o conflito fundamental: deliberar sobre cursos de ação possíveis: reduzi-los a propostas reais e não ideais; deliberar sobre o curso ótimo de ação
7. Tomada de decisão.
8. Critérios de segurança: Defender a decisão publicamente; verificar se a decisão é antijurídica.

Tomando como base algumas publicações de Gracia (2001; 2004), Zoboli (2010), é possível descrever as etapas da deliberação como um procedimento para análise de problemas morais, incluindo as seguintes etapas e passos:

- A) Deliberação sobre os fatos: (1) apresentação do caso; e (2) esclarecimento dos fatos do caso;
- B) Deliberação sobre valores: (3) identificação dos problemas morais do caso; (4) indicação do problema moral fundamental; e (5) identificação dos valores em conflito;
- C) Deliberação sobre os deveres: (6) identificação dos cursos de ação extremos; (7) identificação dos cursos de ação intermédios; e (8) identificação do curso de ação ótimo;
- D) Deliberação sobre as responsabilidades: (9) aplicação das provas de consistência ao curso de ação ótimo, que são as provas de: tempo, publicidade e legalidade; (10) decisão final (ZOBOLI, 2010, p. 180).

Zoboli (2010) descreve mais detalhadamente como as deliberações citadas acima podem e devem ser implementadas.

A) Deliberação sobre os fatos:

1. Apresentação do caso: a pessoa responsável pelo caso apresenta-o aos membros do comitê de ética, contando a história clínica, com certa ênfase para os aspectos éticos. A pessoa responsável por essa apresentação, usualmente, é a que descobriu o caso clínico como problema ético, não sabendo como deveria proceder. Esta fase lembra muito uma sessão clínica e, em certa medida, ocorre de maneira semelhante a essa. Entretanto, o foco não está no problema clínico, mas no problema moral. É preciso explorar detidamente os fatos clínicos, a história clínica, pois sustentam os valores em conflito no caso. A história clínica constitui o suporte material do problema ético a ser analisado, tendo, então, de ser suficientemente conhecida e entendida pelos membros do comitê, a fim de que possam deliberar sobre os fatos. Além dos aspectos clínicos, como o foco é a questão moral, é recomendável acrescentar na apresentação do caso os aspectos relativos às condições sociais,

familiares, culturais, educacionais, religiosas e outros pontos importantes à compreensão e problematização da situação em seus aspectos morais, preparando terreno para a etapa seguinte: a deliberação de valores. Em relação aos dados clínicos, exploram-se: o diagnóstico, o que ocorre; o prognóstico, o que poderá ocorrer; e o tratamento, as alternativas terapêuticas.

2. Esclarecimento dos fatos do caso: Após a apresentação do caso, abre-se a palavra para que os participantes da sessão de deliberação esclareçam, com quem apresentou o caso, pontos que considerem pouco explicados, pouco claros. Eles, também, podem perguntar por pontos que consideram importantes para a compreensão do caso, mas que não foram incluídos na sua apresentação, explorando, até mesmo, o motivo de sua não inclusão.

Este passo é fundamental para o sucesso do procedimento deliberativo, porque, se o caso não for bem entendido, os erros dessa etapa arrastar-se-ão para as demais, impossibilitando a deliberação prudente. Da mesma forma que no passo anterior, os participantes da deliberação não podem se ater aos fatos clínicos apenas, mas têm de explorar os aspectos éticos, religiosos, sociais, culturais, étnicos implicados no caso clínico. Isso não significa ‘julgar’ o caso ou as pessoas envolvidas no conflito. O objetivo desse passo é que quem participa da deliberação possa entender o caso da maneira mais clara possível, abrangendo de maneira compreensiva as diversas perspectivas implicadas na situação. O propósito é reduzir ao máximo possível as áreas de incerteza da situação, segundo as peculiaridades de cada caso. Com isso, facilitam-se a exploração e a identificação dos recursos disponíveis, para poder propor cursos de ação realizáveis, em uma apreensão compreensiva das possibilidades, segundo a própria realidade do caso (ZOBOLI, 2010, p 181-183).

B) Deliberação sobre os fatos:

3. Identificação dos problemas morais: listam-se todos os problemas morais que os participantes percebem no caso. Em princípio, será um problema moral tudo que for, de maneira quase que intuitiva, percebido como tal por qualquer um dos participantes da sessão de deliberação. Por ser o problema sempre uma dificuldade, uma dúvida, as perguntas são indicadas para enunciar os problemas morais na listagem.

A ‘pergunta-problema’ tem de ser formulada em linguagem precisa, clara, de forma a evitar ambiguidades. Assim, não é recomendável o uso de termos potencialmente polissêmicos como: autonomia, beneficência, não-maleficência, equidade, integralidade, entre outros. A imprecisão da linguagem usada no enunciado da ‘pergunta-problema’ dificulta encontrar os valores em conflito.

Quanto ao uso de termos próprios da linguagem dos princípios (autonomia, beneficência, não maleficência), além da imprecisão, há o risco de provocar a redução do conflito a uma pendência de direitos, que fecha o espaço à abordagem problemática, que possibilita a deliberação. Um exemplo de como formular uma ‘pergunta-problema’ seria: ‘até onde chega a responsabilidade de um médico diante de um paciente que não quer que lhe façam uma transfusão?’. Recomenda-se evitar questões binárias que levam a respostas do tipo ‘sim’ ou ‘não’. Como exemplo: ‘O médico deve respeitar a decisão de um paciente que não quer receber transfusão?’, ou ‘É lícito respeitar a decisão de um paciente que não quer receber transfusão?’. Também se recomenda evitar fórmulas do tipo ‘é ético...?’. Retomando o exemplo, teríamos de evitar: ‘é ético o profissional respeitar a vontade de um paciente que não quer receber transfusão?’. Esta pergunta, ainda que com uma roupagem da ética, não deixa de ser do tipo binária. Em uma reformulação da questão: ‘até que ponto é correto ou incorreto o profissional desrespeitar a recusa de transfusão feita pelo paciente?’; ‘até que ponto é melhor respeitar a vontade do paciente e não lhe transfundir?’. Também, não devem ser feitas perguntas de cunho legal, jurídico: ‘É legal não transfundir um paciente que precise do procedimento e que não o queira?’ ou ‘É legal respeitar a vontade do paciente, ainda que isso possa lhe levar à morte?’. Esses tipos de perguntas induzem à falácia jurídica da Bioética.

A ‘pergunta-problema’ tem de ser feita com base na concretude da realidade do caso em discussão, ou seja, tem de se referir às pessoas nele envolvidas e considerar suas peculiaridades e circunstâncias. Assim, a ‘pergunta-problema’ não pode ser formulada

de maneira ‘genérica’, ‘padronizada’. Quanto mais adequada à realidade e quanto mais precisa for a pergunta, mais fácil será encontrar os valores em conflito e a resposta que buscamos na deliberação: o ‘deve realizável’. Nem todas as ‘perguntas-problema’ listadas nesse passo corresponderão a um ‘verdadeiro’ problema ético; entre as perguntas listadas somente algumas dirão respeito a situações de conflitos de valores. Entretanto, no momento de efetivação desse passo no procedimento deliberativo, isso não tem importância. É útil que identifiquemos mais que sete e menos que quatorze ‘perguntas-problema’. Uma lista reduzida de ‘perguntas-problema’ pode excluir os ‘verdadeiros problemas éticos’. Uma lista extensa pode ser repetitiva.

4. Indicação do problema moral fundamental: dentre os problemas identificados no passo anterior, elege-se um para ser alvo de deliberação. Por não ser possível analisar todos os problemas listados, o mais indicado é escolher um, ou dois, como ‘problema moral fundamental’, antes de prosseguir com o procedimento deliberativo. Usualmente, quem indica o ‘problema moral fundamental’ é a pessoa que apresentou o caso para o comitê, pois se compreende que foi ela quem reconheceu o caso como problema.

5. Identificação dos valores em conflito: antes de identificar os valores em conflito, os participantes têm de verificar se a ‘pergunta-problema’ escolhida no passo anterior, como ‘problema moral fundamental’, representa, de fato, um conflito de valores, podendo ser objeto da deliberação. Em caso afirmativo, prossegue-se com o procedimento; em caso contrário, é preciso retomar a lista elaborada no passo 3 e repetir o passo 4.

Para identificar os valores em conflitos, é preciso colocar-se no lugar de quem apresentou o caso, pois foi essa pessoa quem o descobriu como um problema, vendo nele um conflito de valores e deveres. Não se trata de ser empático ou simpático, mas de exercitar um rápido ‘role-playing’ mental, interno, no qual assumimos o papel, o lugar, de quem apresentou o caso. Por exemplo, se quem apresentou o caso foi uma enfermeira, há de se tentar ver o problema sob a ótica dessa profissional, da peculiaridade de sua profissão, de sua função na equipe e na instituição de saúde.

Um conflito de valores mal definido compromete o restante do processo deliberativo, pois se perde a essência do caso. Assim, na identificação dos valores em conflito, é indispensável usar uma linguagem bastante clara e precisa. Requer-se, dos participantes, atenção redobrada nesse passo, pois os valores implicam, para sua expressão, uma linguagem mais abstrata, mais propícia às imprecisões e à qual não estamos habituados, já que somos mais acostumados a lidar com a esfera dos fatos e a utilizar a sua linguagem. Para expressar, linguisticamente, a identificação dos valores em conflito, temos de transpor, sem perder precisão, a linguagem concreta dos problemas para uma mais abstrata. Pela impossibilidade de lidar com muitos valores de uma só vez, convém isolar na identificação dos valores em conflito apenas dois ou, no máximo, quatro. Embora reconheçamos que há muitos valores implicados na situação, isolar uma quantidade maior que a recomendada pode levar à dispersão da discussão, em razão da extensão da lista, comprometendo o procedimento deliberativo e, conseqüentemente, a ação moral prudente (ZOBOLI, 2010, p. 183-186).

C) Deliberação sobre os deveres:

6. Identificação dos cursos de ação extremos: por ‘curso de ação’, entende-se cada uma das alternativas de solução para o caso. Os valores em conflito são dispostos em dois polos opostos e a cada um deles corresponde um ‘curso de ação’ extremo. Um ‘curso de ação’ extremo é o que opta por um dos valores em conflito e o realiza, à custa do aniquilamento do outro. Por serem os mais imprudentes, os cursos de ação extremos consistem em caminhos a serem evitados. Para podermos evitá-los, temos que tê-los, claramente, elucidados.

Evitar os extremos não é tarefa fácil, porque a tendência da mente humana é pender, ‘naturalmente’, para os extremos, reduzindo problemas a dilemas e vislumbrando somente duas vias possíveis para a solução dos conflitos.

7. Identificação dos cursos de ação intermédios: tratamos de apreender as várias possibilidades da realidade, apontando ‘cursos de ação’ que se movem entre os polos

extremos, por isso, chamados ‘cursos de ação intermédios’. Partem dos extremos, rumo ao centro, ao ‘justo meio’, onde está a prudência. Nesse passo, fica patente a racionalidade problemática que fundamenta a deliberação, permitindo vislumbrar os ‘cursos intermédios’. No espaço dos ‘cursos intermédios’, situa-se a prudência.

8. Identificação do curso de ação moralmente ótimo: dentre os ‘cursos intermédios’, elegemos o ‘curso ótimo’, o que realiza ao máximo, ou prejudica o menos possível, todos os valores envolvidos no conflito. A ética não trata do ‘bom’, mas do ‘melhor’, da ‘excelência’, do ‘ótimo’. Eleger o ‘curso ótimo’ requer da consciência moral de cada participante um exercício, cuidadoso, delicado e atencioso de comparação das opções. Por corresponder à eleição do ‘ótimo’, esse passo do procedimento deliberativo configura o momento moral propriamente dito. O ‘curso ótimo’ equivale à alternativa mais prudente e responsável, e costuma ser o ‘melhor’ dos cursos intermédios ou uma mescla de alguns.

Escolher o curso ótimo, e atuar segundo ele, não significa que, na prática, não ocorrerão falhas. Essas podem acontecer, por isso, é recomendável listar, a partir dos cursos intermédios, uma sucessão de ‘cursos de ação’ subsequentes ao ‘ótimo’, a ser percorrida em caso de falha do ‘curso ótimo’. Diego Gracia recomenda que, nesse passo, pense-se, também, para qual dos polos extremo se tenderá, se falharem todos os ‘cursos intermédios’ da sucessão proposta. Explica-nos, que, às vezes, a solução extrema é necessária, mas poderemos aplicá-la apenas depois de esgotarmos todos os cursos intermédios. E antes de optar pelo extremo, Diego Gracia recomenda que, no caso de falha do ‘curso ótimo’ e de outros ‘cursos intermédios’, volte-se a analisar a situação, pois, muitas vezes, as circunstâncias mudaram, tornando possível o vislumbre de novos cursos intermédios.

Os extremos são sempre, e em qualquer situação, soluções extraordinárias, de exceção. Um problema ético pode não ter solução, seja extrema ou intermédia, mas isso só poderá ser percebido depois de percorrermos o processo de deliberação (ZOBOLI 2010, p. 186-188).

D) Deliberação sobre as responsabilidades:

9. Aplicação das provas de consistência: depois de escolhido o ‘curso ótimo’, temos de submetê-lo a uma comprovação de sua consistência. Faz-se isso por meio das provas de: (a) Legalidade: ‘essa decisão é legal?’; (b) Publicidade: ‘estaria disposto a defender publicamente a decisão tomada?’; (c) Temporalidade: ‘tomaria a mesma decisão se tivesse mais tempo para decidir?’. Esses critérios de consistência, em conjunto, visam a comprovar a prudência e a responsabilidade do ‘esboço moral’ contido no ‘curso de ação ótimo’. A prova do tempo tenta assegurar, em um exercício mental, que a decisão não seja precipitada, impulsiva, excessivamente movida pelas emoções, o que impediria sua prudência. A legalidade tenta evitar que se tomem decisões ilegais, pois há decisões morais, ilegais. A prova da publicidade visa a verificar se a decisão é passível de argumentação pública, responsável e justa. A decisão mais prudente é a que passa pelas três provas: legalidade, publicidade e temporalidade.

10. Decisão final: esse passo cabe a quem apresentou o caso ao comitê. Quem decide, sempre, são os envolvidos no caso e não o comitê de Bioética consultado para a ‘assessoria deliberativa’. A decisão final é sempre de quem descobriu o caso como um problema moral. Durante toda a sessão de deliberação, espera-se que cada participante: mantenha-se em escuta atenta; esforce-se para compreender a situação, analisar os valores implicados, argumentar razoável e consistentemente sobre os ‘cursos de ação’; evite conversas e discussões paralelas, muito comuns para aliviar a tensão e a angústia provocadas pela situação. Cabe ao coordenador da sessão, nas deliberações coletivas em comitês, cuidar para que a sessão não se disperse ou se tumultue, assegurando a palavra de todos que queiram se manifestar (ZOBOLI, 2010, p. 188-189).

A aplicabilidade da bioética deliberativa, defendida pelo bioeticista Diego Gracia adota o pressuposto de que existe uma insuficiência da linguagem dos quatro princípios: Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça, elencados na Bioética Principlialista proposta por Tom Beauchamp e James Childress (SCHRAMM; PALÁCIOS, REGO, 2008). Aponta, ainda, para a inadequação da linguagem dos deveres e direitos (ZOBOLI, 2016).

Finkler (2019), ao analisar as principais características da bioética deliberativa de Gracia, argumenta que:

Sua “Bioética Deliberativa ou Bioética de Responsabilidade” possui três características fundamentais: 1. A globalidade, porque considera a dignidade uma qualidade moral de todos; porque toma a bioética como primeira tentativa de se pensar a ética em modo global; e porque advoga por uma bioética ecológica; 2. A autonomia em relação às religiões, às leis e à técnica, e 3. Seu caráter prudencial e deliberativo (FINKLER, 2019, p. 5).

De acordo com Pose (2011), as obras de Gracia contribuíram muito para a tomada de decisões no que se refere à vida do paciente, do qual se aplica um modelo de democracia deliberativa envolvendo a bioética (POSE, 2011). Nesse sentido, Zoboli (2012) afirma que na bioética clínica se deve verificar o que está envolvido em uma dada situação, o que contribuirá para o processo de tomada de decisão no contexto da prática clínica.

Alguns aspectos se tornam relevantes e, algumas vezes, impeditivos para a utilização da bioética deliberativa na íntegra em contextos de Pandemia, que podem ser divididas em aspectos mais amplos e outros mais específicos: 1) colapso dos Sistemas de Saúde ocasionado pela alta demanda de atendimento; 2) falta de evidências iniciais para o manejo dos pacientes acometidos pela Covid-19, uma vez que este é um conhecimento em construção. 3) ausência de medicamentos específicos para o tratamento da infecção; 4) capacitação profissional para o enfrentamento da Pandemia; 5) falta de insumos, de equipamentos e de recursos humanos (incluindo-se EPIs); 6) necessidade de apropriação de princípios e teorias éticas para subsidiar o processo de tomada de decisão, entre outros que poderiam ser mencionados; 7) necessidade de escolher quem irá ter acesso aos recursos disponíveis (GRACIA, 2003, 2016).

Outro aspecto subjacente à prática da bioética deliberativa diz respeito aos demais atores envolvidos no processo de tomada de decisão – familiares, profissionais externos às Instituições de Saúde, por exemplo - para que se possa chegar a um consenso razoável sobre o melhor interesse das pessoas enfermas, o que poderia trazer incertezas sobre as decisões tomadas (GRACIA, 2003, 2016).

É preciso considerar que o processo de tomada de decisões não deve ser motivado por fatores emocionais, mas deve se basear em critérios éticos e científicos aplicáveis à situação

analisada. Somando-se a isso, sempre que seja possível, é aconselhável que a tomada de decisão seja realizada de forma compartilhada pela equipe e demais atores envolvidos (FINKLER, 2019).

4 MÉTODO

O método utilizado neste estudo foi o de revisão de escopo (*Scoping Review*), conforme modelo proposto pelo Instituto Joanna Briggs (do Inglês, JBI). Trata-se de método que permite realizar um mapeamento dos principais conceitos sobre o tema analisado, clarificando áreas de pesquisa e identificando lacunas do conhecimento (JBI, 2020), tal como indicado no seguinte trecho:

Para os propósitos de uma revisão de escopo, a “fonte” de informações pode incluir qualquer literatura existente, por exemplo: pesquisas primárias, revisões sistemáticas, meta-análises, cartas, documentos oficiais, etc. O revisor pode querer deixar a fonte de informação “aberta” para permitir a inclusão de todas e quaisquer fontes. Caso contrário, o revisor pode querer impor limites sobre os tipos de fontes que desejam incluir. Isto pode ser feito com base em ter algum conhecimento dos tipos de fontes que seriam mais úteis e apropriadas para um tópico específico (JBI, 2020, p. 418).

A Revisão de Escopo é a metodologia que pode responder os objetivos e a pergunta norteadora deste trabalho em razão de sua amplitude e da proposta, que permite identificar as lacunas existentes na literatura científica sobre o tema analisado. Essa ideia é reiterada pela argumentação de Tricco *et al* (2016), que apontam para o fato de que as revisões de escopo apresentem grande utilidade para a síntese de evidências de pesquisa, sendo muitas vezes utilizadas para o mapeamento de temas específicos a partir da literatura.

A revisão de escopo apresenta diversas características que a aproxima da revisão sistemática – algo metódico, transparente e replicável –, porém existem diferenças pontuais entre ambas, conforme apontam Levac, Colquhoun e O’Brien (2010): enquanto a revisão sistemática pode, tipicamente, focar uma questão bem definida, em que os desenhos de estudo apropriados podem ser identificados antecipadamente, a revisão de escopo tende a abordar tópicos mais amplos, em que muitos desenhos de estudo diferentes podem ser elegíveis para compor o *corpus* de análise.

Ring *et al.* (2010) também apresentam diferenças entre as metodologias, a partir da seguinte explicação: enquanto a revisão sistemática fornece respostas à pergunta norteadora definida previamente para os estudos, as análises de escopo são mais comumente usadas para reconhecimento e estabelecimento de definições de limites conceituais a respeito de um tópico ou campo. Os autores indicam que as revisões de escopo têm uma particularidade que se expressa no fato de delinarem resultados, mesmo quando um corpo de literatura ainda não foi amplamente revisto ou exhibe uma natureza complexa, heterogênea, não passível de uma revisão sistemática mais precisa.

Os estudos de escopo obedecem a cinco etapas metodológicas para o seu desenvolvimento. São essas as seguintes: 1. definição da pergunta da pesquisa, da qual se partirá para conduzir a busca; 2. identificação dos estudos relevantes, considerando-se o norteamento aplicado à pesquisa; 3. seleção dos documentos; 4. aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para definir os documentos que irão compor o *corpus* de análise; e 5. etapa de sistematização, categorização, resumo e relato dos resultados (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

Para esta dissertação foi definida a pergunta de pesquisa se utilizando o acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto), conforme consta na Tabela 1: quais os critérios éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônoma na triagem, atendimento, tratamento e priorização de serviços para pacientes graves com Covid-19?

Tabela 1 – Definição da pergunta de pesquisa a partir do Acrônimo PCC e indicação dos descritores utilizados na busca

Acrônimo	Descritores
População (P)	Profissionais de saúde Pessoal de Saúde
Conceito (C)	Requisitos éticos-profissionais Bioética
Contexto (C)	Processo de tomada de decisões autônomas na triagem para priorização de serviços para pacientes graves com Covid-19 Autonomia Profissional, Tomada de Decisões; Cuidados Críticos; Protocolos Clínicos; Recursos em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva, Infecções por Coronavírus

Fonte: elaborado pela autora.

Este estudo foi realizado no período de dezembro de 2019 a julho de 2020. Tomou-se como referência para a definição do período primeiro relato sobre a Covid-19 publicado na China. As bases de dados consultadas para captura de documentos publicados sobre a Covid-19 e sua relação com o processo de tomada de decisões dos profissionais de saúde estão apresentadas no Quadro 1.

Cumprir destacar que o período de encerramento da pesquisa em julho de 2020 foi estabelecido visando o cumprimento do cronograma previsto para finalização deste trabalho, incluindo a elaboração e submissão de artigo.

Quadro 1 – Bases de dados consultadas para a coleta de dados

Base de Dados	Descrição
BVS	Base de dados de acesso livre e gratuito, com informações técnico-científicas que são produzidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por instituições acadêmicas. Além disso, ela indexa resultados de variadas bases de dados, tais como Lilacs e Pubmed, entre outras
CINAHL	É uma base de dados de literatura principalmente em Enfermagem. Possui mais de 1.000.000 de registros e recupera artigos científicos, livros, capítulos de livros e dissertações de Enfermagem
Embase	É uma base de pesquisa biomédica com registros provenientes de mais de 7.000 revistas científicas de 70 países
Google acadêmico	Visa a busca de artigos, teses, livros dissertações, TCCs e materiais de bases de dados acadêmicos aberto como Altametric, Wiley e Google Books
Lilacs	É uma base de dados de literatura da América Latina e Caribe
PsycInfo	É uma base de dados de literatura principalmente, em psicologia e áreas a fim. Possui Mais de 4 milhões de registros bibliográficos centrados na Psicologia e nas Ciências Comportamentais e Sociais
PubMed	Contêm mais de 26 milhões de citações da literatura biomédica do MEDLINE, Life Science Journal se online books. MEDLINE é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América
<i>Sites</i>	Literatura cinzenta como reportagens, informações, notícias, entrevistas
<i>Web of Science</i>	Essa é uma base multidisciplinar que oferece acesso a mais de 12.000 revistas de Ciências, Ciências Sociais, Artes, Humanidades, Anais de Conferências Internacionais, Simpósios, Seminários, Colóquios, Oficinas e Convenções

Fonte: elaborado pela autora.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados na modalidade de dois produtos distintos: o primeiro desses é a apresentação do protocolo de pesquisa, que norteou a realização do estudo e o segundo é o artigo produzido e submetido para avaliação por um periódico científico.

5.1. PROTOCOLO DE PESQUISA

RIBEIRO, S. C. C.; GUILHEM, D.; FERREIRA, G. I.; SALLAS, J.; NOVAES, M. R. C. G. Covid-19 e o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde: revisão de escopo. Registrado Plataforma OPEN SCIENCE FRAMEWORK - OSF. Disponível em: <https://osf.io/9yd2s/>.

1. Resumo

Introdução: diante da chegada da Pandemia da Covid-19, os Sistemas de Saúde se mostraram sem condições em prestar atendimento aos pacientes acometidos pela enfermidade, tendo, portanto, que tomar a decisão sobre quais pacientes com a sintomas graves da Covid-19 teriam acesso aos Serviços de Saúde. O objetivo deste estudo é o de apresentar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de Saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na triagem, atendimento, tratamento e priorização de Serviços de Saúde para pacientes graves com Covid-19.

Método e Análise: trata-se de revisão de escopo que incluirá documentos publicados entre dezembro/2019 a julho/2020 nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL, BVS, LILACS, PsycINFO, Embase, Web of Science e internet em geral. Se utilizará o PRISMA-ScR Checklist para condução da pesquisa e apresentação dos resultados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os documentos selecionados serão organizados em categorias.

Ética e disseminação: serão indicados os critérios para priorizar o processo de atenção direcionado aos pacientes graves com Covid-19.

Descritores: Bioética; Pessoal de Saúde; Síndrome Respiratória Aguda Grave; Unidades de Terapia Intensiva.

2. Introdução

A doença causada pelo novo coronavírus é conhecida como Covid-19. Em 2019, quando os primeiros casos em Wuhan, na China, foram divulgados publicamente se desencadeou uma emergência sanitária global, classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um evento de dimensão Pandêmica¹. É um vírus extremamente contagioso transmitido pelo contato direto com secreções contaminadas, com destaque para gotículas de saliva, que ficam em suspensão no ar².

A doença varia de quadros assintomáticos com possibilidade de transmissão e sintomas clínicos que podem ser leves, mas com possibilidade de progressão para quadros mais graves, demandando cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)³. Um dos fatores que pode

influenciar, no quadro clínico dos pacientes, são as variantes do vírus, o que pode torná-los mais ou menos agressivos⁴.

Os pacientes com casos graves da Covid-19 sobrecarregaram os Sistemas de Saúde públicos e privados de vários Países e Estados brasileiros, suscitando questionamentos sobre a eticidade adotada no processo de tomada de decisões (alocação de recursos, priorização em triagem, atendimentos e oferta de UTI) por parte dos profissionais da saúde em relação aos padrões de atendimento em situação de crise⁴⁻⁵.

O Sistema de Saúde da Itália, por exemplo, tem 3,2 leitos hospitalares por 1.000 pessoas, enquanto os Estados Unidos têm 2,8 leitos para cada 1.000 habitantes⁶. No Brasil, os leitos de SUS são de 1,4 para cada 1.000 habitantes e quando se consideram leitos públicos e privados se alcança a marca de 2,1 leitos⁷. Em relação aos leitos de UTI, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira indica que a disponibilidade do SUS é de 1 leito para cada 10.000 habitantes e da rede particular é de 4 leitos para cada 10.000 habitantes⁸. Antes da Pandemia, a recomendação da OMS era de 1 a 3 leitos para cada 10.000 habitantes⁹.

Durante o pico da Pandemia e, atualmente, no início do ano de 2021, muitas regiões estão atingindo a taxa máxima de ocupação dos leitos de UTI, como ocorreu no Rio de Janeiro¹⁰ e Ceará¹¹. Nesses locais, o número de leitos e de profissionais da saúde não foram e nem têm sido suficientes para atender as necessidades de tantos pacientes criticamente enfermos ao mesmo tempo. Além disso, o número total de cuidadores e recursos do sistema de emergência apareceu inadequada para enfrentar a emergência Covid-19, não apenas no Brasil, mas também em países ricos como os Estados Unidos¹².

Dessa forma, a Pandemia impõe aos profissionais da saúde novos desafios ético-profissionais, especialmente, quando se trata de avaliar as vulnerabilidades sociais e econômicas de pacientes e deliberar quais deveriam se beneficiar de serviços e de produtos disponíveis com o objetivo de garantir sua sobrevivência¹³⁻¹⁴.

A tomada de decisão ético-profissional se embasa em protocolos clínicos e em princípios bioéticos, que assumem centralidade na resolução de questões conflitivas no contexto clínico. A análise e a resolução de situações de difícil mediação moral requer visão abrangente e prudência para que os atores envolvidos possam escolher o melhor curso de ação a ser colocado em prática¹⁵.

A bioética clínica tem como objetivo promover ações éticas para as situações que emergem da clínica, contribuindo para o atendimento humanizado nos cuidados essenciais à Saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões e favorecendo o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes¹⁶.

Considerando-se esse contexto, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: quais os critérios éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônomas frente à indisponibilidade de leitos/equipamentos para atender todos os pacientes graves com Covid-19? Para responder a essa pergunta se definiu como objetivo para este estudo: apresentar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônomas na triagem, atendimento, tratamento e priorização de Serviços de Saúde para pacientes graves com Covid-19.

3. Método

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão de escopo conforme protocolo proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Esse método permite realizar um mapeamento das principais evidências disponíveis sobre o tema analisado, clarificando as áreas de pesquisa e identificando lacunas de conhecimentos¹⁷.

A revisão de escopo é a metodologia que pode responder o objetivo e a pergunta de pesquisa deste trabalho, em razão de sua amplitude e da proposta, que permite identificar as evidências existentes e lacunas existentes na literatura científica sobre o tema analisado. Essa ideia é reiterada na literatura, ao apontar para o fato de que as revisões de escopo apresentam grande utilidade para a síntese de evidências de pesquisa¹⁸.

O estudo será norteado pelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist.

Protocolo

As revisões de escopo obedecem a cinco etapas metodológicas para o seu desenvolvimento: 1. definição da pergunta da pesquisa, da qual se partirá para conduzir a busca; 2. critérios de elegibilidade; 3. estratégia de busca; 4. extração dos dados; e 5. análise dos dados e divulgação dos resultados¹⁹⁻²¹. A partir do protocolo, a pesquisa será conduzida seguindo com o processo de seleção dos artigos e sistematização, categorização, relato dos resultados e recomendações.

Questão de Pesquisa

O estudo irá adotar para a estrutura da sua pergunta avaliativa o acrônimo PCC (população, conceito e contexto). A pergunta será: “quais os critérios éticos-profissionais

adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônoma na triagem, atendimento, tratamento e priorização de serviços para pacientes graves com Covid-19?”

Estratégia de Busca

A estratégia de busca utilizará operadores booleanos, identificados pelos termos AND, OR e NOT. O uso de operadores booleanos permite obter combinações entre os termos a serem usados na pesquisa. Desse modo, é possível reunir termos tanto para ampliar como para reduzir a extensão da pesquisa, com a exclusão de termos dos resultados. Por tal perspectiva, o termo AND é aplicado para combinar conceitos distintos e/ou blocos da pesquisa; o termo OR para buscar termos relacionados ao pesquisado ou sinônimos; e o termo NOT para excluir resultados.

Neste estudo serão utilizados os DECS e os *Mesh Terms*, em combinação com sinônimos mapeados a partir dos subtemas que integram o trabalho, utilizando-se operadores booleanos representados pelos termos: AND, OR e NOT. Os descritores e palavras-chave (sinônimos) utilizados serão os seguintes, com suas respectivas traduções em espanhol:

- DECS: Bioética; Pessoal de Saúde; Autonomia Profissional; Tomada de Decisões; Cuidados Críticos; Protocolos Clínicos; Recursos em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Governo; Unidades de Terapia Intensiva, Betacoronavírus¹; Saúde Pública; Estresse Psicológico; Infecções por Coronavírus²; Assistência à Saúde; Sinais e Sintomas; Respiração Artificial; Sistemas de Saúde; Morte³; Organização Mundial da Saúde; Estratégias de Saúde; Compreensão;
- Mesh Terms: Bioethics; Health Personnel; Professional Autonomy; Decision Making; Critical Care; Clinical Protocols; Health Resources; Health Services Accessibility; Quality of Health Care, Government; Intensive Care Units; Betacoronavirus; Public Health; Stress, Psychological; Delivery of Health Care; Signs and Symptoms; Respiration, Artificial; Death; World Health Organization; Comprehension.

¹ Sinônimos: 2019-nCov, Novo Coronavírus (2019-nCoV), SARS-CoV-2.

² Sinônimos: COVID-19, Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV), Doença por Coronavírus 2019-nCoV, Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV), Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV), Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019, Epidemia por 2019-nCoV, Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV), Epidemia por Novo Coronavírus 2019, Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV, Infecção por Coronavirus 2019-nCoV, Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV), Surto pelo Novo Coronavírus 2019, Surto por 2019-nCoV, Surto por Coronavírus 2019-nCoV, Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV), Surto por Novo Coronavírus 2019.

³ Sinônimo: óbito.

Se utilizará, ainda, o recurso “termo exato” nas buscas, considerando-se apenas uma vez os documentos que tenham sido indexados em mais de uma base de dados. A estratégia de busca em cada base de dados está identificada no Quadro 1⁴:

Quadro 1 – Estratégia de busca

Base de Dados	Estratégia de busca
BVS	(tw:(Pessoal de Saúde)) AND (tw:(Bioética)) AND (tw:(Autonomia Profissional)) AND (tw:(Tomada de Decisões)) AND (tw:(Cuidados Críticos)) OR (tw:(Protocolos Clínicos)) OR (tw:(Recursos em Saúde)) OR (tw:(Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Qualidade da Assistência à Saúde)) OR (tw:(Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Governo)) AND (tw:(Unidades de Terapia Intensiva)) AND (tw:(Betacoronavírus)) OR (tw:(2019-nCov)) OR (tw:(Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(SARS-CoV-2)) AND (tw:(Saúde Pública)) AND (tw:(Estresse Psicológico)) OR (tw:(Infecções por Coronavírus)) OR (tw:(Covid-19)) OR (tw:(Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Doença por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Epidemia por 2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Infecção por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV),)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Surto por 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus 2019)) AND (tw:(Assistência à Saúde)) OR (tw:(Sinais e Sintomas)) AND (tw:(Respiração Artificial)) OR (tw:(Sistemas de Saúde)) AND (tw:(Morte)) OR (tw:(Óbito)) OR (tw:(Organização Mundial da Saúde)) OR (tw:(Estratégias de eSaúde)) OR (tw:(Compreensão))
CINAHL	(tw:(Pessoal de Saúde)) AND (tw:(Bioética)) AND (tw:(Autonomia Profissional)) AND (tw:(Tomada de Decisões)) AND (tw:(Cuidados Críticos)) OR (tw:(Protocolos Clínicos)) OR (tw:(Recursos em Saúde)) OR (tw:(Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Qualidade da Assistência à Saúde)) OR (tw:(Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Governo)) AND (tw:(Unidades de Terapia Intensiva)) AND (tw:(Betacoronavírus)) OR (tw:(2019-nCov)) OR (tw:(Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(SARS-CoV-2)) AND (tw:(Saúde Pública)) AND (tw:(Estresse Psicológico)) OR (tw:(Infecções por Coronavírus)) OR (tw:(Covid-19)) OR (tw:(Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Doença por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Epidemia por 2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Infecção por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV),)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Surto por 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus 2019)) AND (tw:(Assistência à Saúde)) OR (tw:(Sinais e Sintomas)) AND (tw:(Respiração Artificial)) OR (tw:(Sistemas de Saúde)) AND (tw:(Morte)) OR (tw:(Óbito)) OR (tw:(Organização Mundial da Saúde)) OR (tw:(Estratégias de eSaúde)) OR (tw:(Compreensão))
Embase	(tw:(Pessoal de Saúde)) AND (tw:(Bioética)) AND (tw:(Autonomia Profissional)) AND (tw:(Tomada de Decisões)) AND (tw:(Cuidados Críticos)) OR (tw:(Protocolos Clínicos)) OR (tw:(Recursos em Saúde)) OR (tw:(Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Qualidade da Assistência à Saúde)) OR (tw:(Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Governo)) AND (tw:(Unidades de Terapia Intensiva)) AND (tw:(Betacoronavírus)) OR (tw:(2019-nCov)) OR (tw:(Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(SARS-CoV-2)) AND (tw:(Saúde Pública)) AND (tw:(Estresse Psicológico)) OR (tw:(Infecções por Coronavírus)) OR (tw:(Covid-19)) OR (tw:(Doença pelo Novo

⁴ Em todos os bancos de dados foram consideradas os descritores informados, com suas respectivas traduções para o inglês e espanhol.

	<p>Coronavírus (2019-nCoV)) OR (tw:(Doença por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Epidemia por 2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Infecção por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV),)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Surto por 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus 2019)) AND (tw:(Assistência à Saúde)) OR (tw:(Sinais e Sintomas)) AND (tw:(Respiração Artificial)) OR (tw:(Sistemas de Saúde)) AND (tw:(Morte)) OR (tw:(Óbito)) OR (tw:(Organização Mundial da Saúde)) OR (tw:(Estratégias de eSaúde)) OR (tw:(Compreensão))</p>
Google acadêmico	<p>(tw:(Pessoal de Saúde)) AND (tw:(Bioética)) AND (tw:(Autonomia Profissional)) AND (tw:(Tomada de Decisões)) AND (tw:(Cuidados Críticos)) OR (tw:(Protocolos Clínicos)) OR (tw:(Recursos em Saúde)) OR (tw:(Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Qualidade da Assistência à Saúde)) OR (tw:(Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde)) OR (tw:(Governo)) AND (tw:(Unidades de Terapia Intensiva)) AND (tw:(Betacoronavírus)) OR (tw:(2019-nCov)) OR (tw:(Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(SARS-CoV-2)) AND (tw:(Saúde Pública)) AND (tw:(Estresse Psicológico)) OR (tw:(Infecções por Coronavírus)) OR (tw:(Covid-19)) OR (tw:(Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Doença por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Epidemia por 2019-nCoV)) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Epidemia por Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Infecção por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV),)) OR (tw:(Surto pelo Novo Coronavírus 2019)) OR (tw:(Surto por 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Coronavírus 2019-nCoV)) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (tw:(Surto por Novo Coronavírus 2019)) AND (tw:(Assistência à Saúde)) OR (tw:(Sinais e Sintomas)) AND (tw:(Respiração Artificial)) OR (tw:(Sistemas de Saúde)) AND (tw:(Morte)) OR (tw:(Óbito)) OR (tw:(Organização Mundial da Saúde)) OR (tw:(Estratégias de eSaúde)) OR (tw:(Compreensão))</p>
Lilacs ⁵	<p>Pessoal de Saúde [Palavras] and Bioética [Palavras] and Autonomia Profissional [Palavras] Tomada de Decisões [Palavras] and Cuidados Críticos [Palavras] or Protocolos Clínicos [Palavras] Recursos em Saúde [Palavras] or Acesso aos Serviços de Saúde [Palavras] or Qualidade da Assistência à Saúde [Palavras] Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde [Palavras] or Governo [Palavras] and Unidades de Terapia Intensiva Betacoronavírus [Palavras] or 2019-nCov [Palavras] or Novo Coronavírus (2019-nCoV) Saúde Pública [Palavras] and Estresse Psicológico [Palavras] Infecções por Coronavírus [Palavras] or Covid-19 [Palavras] or Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) Doença por Coronavírus 2019-nCoV [Palavras] or Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV) Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) [Palavras] or Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019 [Palavras] or Epidemia por 2019-nCoV Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV) [Palavras] or Epidemia por Novo Coronavírus 2019 [Palavras] or Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV Infecção por Coronavírus 2019-nCoV [Palavras] or Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) [Palavras] or Surto pelo Novo Coronavírus 2019 Surto por 2019-nCoV [Palavras] or Surto por Coronavírus 2019-nCoV [Palavras] or Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV) Surto por Novo Coronavírus 2019 [Palavras] and Assistência à Saúde [Palavras] or Sinais e Sintomas [Palavras] Respiração Artificial [Palavras] or Sistemas de Saúde [Palavras]</p>

⁵ As pesquisas são feitas de 3 em 3 palavras-chave/descriptores informados.

	Morte [Palavras] or Óbito [Palavras] and 2019-nCov [Palavras] Organização Mundial da Saúde or Estratégias de eSaúde and 2019-nCov [Palavras] Compreensão [Palavras] and 2019-nCov [Palavras]
PsycInfo	Any Field: Pessoal de Saúde AND Any Field: Bioética AND Any Field: Autonomia Profissional AND Any Field: Tomada de Decisões AND Any Field: Cuidados Críticos OR Any Field: Protocolos Clínicos OR Any Field: Recursos em Saúde OR Any Field: Acesso aos Serviços de Saúde OR Any Field: Qualidade da Assistência à Saúde OR Any Field: Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde OR Any Field: Governo AND Any Field: Unidades de Terapia Intensiva AND Any Field: Betacoronavírus OR Any Field: 2019-nCov OR Any Field: Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: SARS-CoV-2 AND Any Field: Saúde Pública AND Any Field: Estresse Psicológico OR Any Field: Infecções por Coronavírus OR Any Field: Covid-19 OR Any Field: Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Doença por Coronavírus 2019-nCoV OR Any Field: Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019 OR Any Field: Epidemia por 2019-nCoV OR Any Field: Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Epidemia por Novo Coronavírus 2019 OR Any Field: Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV OR Any Field: Infecção por Coronavírus 2019-nCoV OR Any Field: Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Surto pelo Novo Coronavírus 2019 OR Any Field: Surto por 2019-nCoV OR Any Field: Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV) OR Any Field: Surto por Novo Coronavírus 2019 AND Any Field: Assistência à Saúde OR Any Field: Sinais e Sintomas AND Any Field: Respiração Artificial AND Any Field: Sistemas de Saúde AND Any Field: Morte OR Any Field: Óbito OR Any Field: Organização Mundial da Saúde OR Any Field: Estratégias de Saúde OR Any Field: Compreensão
PubMed	((Pessoal de Saúde) AND (Bioética)) AND ((Autonomia Profissional) AND (Tomada de Decisões)) AND (Cuidados Críticos) OR (Protocolos Clínicos) OR (Recursos em Saúde) OR (Acesso aos Serviços de Saúde) OR (Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde) OR (Governo) AND (Unidades de Terapia Intensiva) AND (Betacoronavírus) OR (2019-nCov) OR (Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (SARS-CoV-2)) AND (Saúde Pública) AND (Estresse Psicológico) OR (Infecções por Coronavírus) OR (COVID-19) OR (Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Doença por Coronavírus 2019-nCoV) OR (Doença por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Epidemia pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019) OR (Epidemia por 2019-nCoV) OR (Epidemia por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Epidemia por Novo Coronavírus 2019) OR (Infecção pelo Coronavírus 2019-nCoV) OR (Infecção por Coronavírus 2019-nCoV) OR (Surto pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Surto pelo Novo Coronavírus 2019) OR (Surto por 2019-nCoV) OR (Surto por Coronavírus 2019-nCoV) OR (Surto por Novo Coronavírus (2019-nCoV))) OR (Surto por Novo Coronavírus 2019) AND (Assistência à Saúde)) OR (Sinais e Sintomas) AND (Respiração Artificial) OR (Sistemas de Saúde) AND (Morte) OR (Óbito) OR (Organização Mundial da Saúde) OR (Estratégias de eSaúde) OR (Compreensão)
Sites	Bioética, Pessoal de Saúde, Autonomia Profissional, Tomada de Decisões Cuidados Críticos, Protocolos Clínicos Recursos em Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde, Governo, Saúde Pública, Assistência à Saúde, Sistemas de Saúde, Estratégias de Saúde Unidades de Terapia Intensiva Betacoronavírus, Infecções por Coronavírus, Sinais e Sintomas Respiração Artificial Morte Organização Mundial da Saúde Estresse Psicológico, Compreensão
Web of Science	Bioética Pessoal de Saúde Autonomia Profissional Tomada de Decisões Cuidados Críticos

	Protocolos Clínicos Recursos em Saúde Acesso aos Serviços de Saúde Qualidade da Assistência à Saúde Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde Governo Saúde Pública Assistência à Saúde Sistemas de Saúde Estratégias de Saúde Unidades de Terapia Intensiva Betacoronavírus Infecções por Coronavírus Sinais e Sintomas Respiração Artificial Morte Organização Mundial da Saúde Estresse Psicológico Compreensão
--	---

Fonte: elaborado pela autora.

Critério de inclusão e exclusão

Serão incluídos estudos sem restrição de desenho, podendo ser artigos ou notas técnicas disponibilizadas na íntegra, que apresentam, em seu resumo, título ou palavras-chaves referência aos requisitos éticos-profissionais adotados pela equipe de Saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na assistência aos pacientes graves com Covid-19, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de dezembro de 2019 a julho de 2020. A definição do período se deve ao primeiro relato documentado da Covid-19 na China.

Foram excluídos os estudos cujo conteúdo não atendia ao objetivo desta pesquisa, estudos repetidos, duplicados, resumos simples, prefácios e documentos disponíveis em outros idiomas.

Tipos de estudo

Documentos disponibilizados na íntegra, que fazem referência aos requisitos éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na assistência aos pacientes graves com Covid-19.

Seleção dos estudos

Serão selecionados estudos que apresentam, em seu resumo, título ou palavras-chaves referência aos requisitos éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na assistência aos pacientes graves com Covid-19, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de dezembro de 2019 a julho de 2020.

Os artigos recuperados serão consolidados em Excel 2013 para a análise de duplicidade. A primeira e segunda leitura serão realizadas em pares, a partir dos critérios de elegibilidade. Em caso de divergência relacionada à inclusão e/ou exclusão da publicação no estudo, um terceiro avaliador irá definir sobre sua elegibilidade.

Extração

A extração dos achados será realizada identificando-se autores, ano, título, periódico, tipo de publicação, base indexada, idioma, tipo de estudo, critérios éticos-profissionais adotados para pacientes graves com Covid-19, consolidados em categorias, cuja síntese de resultados ocorrerá a partir da técnica de categorização dos dados.

A síntese de resultados ocorrerá a partir da técnica de categorização dos dados.

Será adotada análise descritiva para a síntese dos achados, a partir das categorias de análises definidas. Os resultados serão apresentados em números absolutos e em porcentagem de forma a quantificar os achados.

4. Sumário dos resultados

Os resultados desta revisão de escopo serão apresentados por meio de Figura (Fluxograma), Quadros e Tabelas e em formato descritivo. As análises dos documentos incluídos no estudo também serão apresentadas na forma de gráficos ou tabelas indicando sua distribuição por ano ou período de publicação, países de origem e por categorias elaboradas para agrupar os achados. Um resumo narrativo acompanhará os resultados apresentados em tabelas, descrevendo os resultados de cada estudo incluído e que estão relacionados ao objetivo e à questão desta revisão. As lacunas encontradas nas pesquisas e as possíveis limitações desta revisão serão apontadas.

5. Discussão

Aplicação

O objetivo principal desta revisão é explorar as evidências disponíveis sobre a aplicação dos princípios bioéticos, no contexto geral da assistência ao paciente em estado grave da Covid-19. Acredita-se que ter uma visão mais clara sobre os critérios éticos-profissionais que têm sido adotados, nas Unidades de Saúde, para promover a seleção dos pacientes graves de Covid-19, que terão acesso ao tratamento da doença, sendo fundamental para o enfrentamento da

problemática que envolve a garantia de acesso à Saúde e à Vida, no contexto da Pandemia. O colapso dos Sistemas de Saúde para atendimento aos pacientes acometidos por essa enfermidade imprime a necessidade de discussão ampliada sobre o respeito à dignidade das pessoas que procuram os Serviços de Saúde.

Disseminação

A síntese dos resultados obtidos será divulgada por meio da publicação dos resultados em formato de artigo submetido às Revistas Científicas revisadas por pares, além de apresentações em Congressos e Eventos Científicos.

Conclusão

As conclusões desta revisão de escopo informarão os tomadores de decisão, serviços de Saúde e profissionais de saúde sobre a inclusão da bioética como referência para o processo de tomada de decisão no que se relaciona à priorização de atendimento de pacientes graves da Covid-19.

Os pontos fortes deste estudo se referem a uma pesquisa bibliográfica abrangente realizada em vários bancos de dados, fontes eletrônicas de estudos difíceis de localizar e não publicados (ou literatura cinzenta) e publicações em qualquer idioma, seguindo o manual metodologicamente rigoroso do Joanna Briggs Institute. Também serão usadas diferentes estratégias para divulgar amplamente os resultados. Como potencial limitação se poderia citar o grande número de artigos, que têm sido publicados abordando o contexto da Pandemia, e por isso, a cada dia novos artigos são disponibilizados, sendo, portanto, necessária a imposição de data limite para a inclusão dos artigos.

Referências

1. Gallasch CH, Cunha LM, Pereira ALS, Junior JSS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals' workers in the Covid-19 scenario. Rev Enferm Uerj. 2020; 28(1):1-6.
2. Alessi G. O que já se sabe até agora sobre o novo coronavírus no Brasil [Internet]. El País, 2020 [acessado 2020 abr 14]. Disponível em: <https://bityli.com/InXAd>
3. Opas Brasil. Folha informativa – Covid-19 [Internet]. OMS/OPAS Brasil, 2020. Site de Referência da Organização Mundial da Saúde no Brasil. 2020a. [acessado 2020 maio 14]. Disponível em: <https://cutt.ly/ayRhr6>

4. Mederos LA, Almarales DC, Gotay DA. Rol de los genes ACE2 y TMPRSS2 en la susceptibilidad o gravedad de la Covid-19. *An Acad Cienc Cuba*. 2020; 10(2):1-6.
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the Covid-19 pandemic? *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):1-15.
6. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy-ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med*. 2020; 382(20):1873-1875.
7. Observatório de Política e Gestão Hospitalar OPGH. Debates e opiniões [Internet]. 2019 [Acessado 2021 fev 19]. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/em-relacao-ao-acesso-leitos-o-brasil-esta-proximo-da-india-ou-dos-paises-da>.
8. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB. Comunidade da AMIB sobre o avanço do Covid-19 e a necessidade de leitos em UTIs no future [Internet]. 2020 [Acessado 2021 fev 19]. Disponível em: <http://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicação/noticias/2020/Covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-Covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf>
9. Gass SLB, da Silva DM. Análise geográfica da distribuição dos serviços de saúde de Terapia Intensiva para atendimentos dos casos de Covid-19 no Rio Grande do Sul, Brasil [artigo da internet]. 2020 [Acessado 2020 out 20]. Disponível em: file:///C:/Users/viviane/Downloads/texto_UTIs_e_ambul%C3%A2ncias_20200426.pdf
10. Fortes A, Oliveira LDD, Sousa GMD. A Covid-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. *Espaço e Economia. Rev Bras Geog Econ*. 2020; ano IX(18):1-18.
11. Lemos DRQ, D'angelo SM, Farias LABG, Almeida MM, Gomes RG, Pinto GP, Cavalcante Filho JN, Feijão LX, Cardoso ARP, Lima TBR, Linhares PMC, Mello LP, Coelho TM, Cavalcanti LPDG. Health system collapse 45 days after the detection of Covid-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020; 53:e20200354.
12. Juliano C, Castrucci B, Fraser MR. Covid-19 and public health: Looking back, moving forward. *J Public Health Manag Pract*. 2021; 27:S1-S4.
13. Ventura DFL, Ribeiro H, di Giulio GMG, Jaime PC, Nunes J, Bógus CM, Antunes JLF, Waldman EA. Challenges of the Covid-19 pandemic: for a Brazilian research agenda in global health and sustainability. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):1-10.
14. Goldim JR, Francisconi CF. Hospital Ethics Committees. *Rev Bioet*. 2020; 6(2):1-15.
15. Pacheco Junior JMC, Gomes R. Decision making and senior management: the implementation of change projects covering clinical management in SUS hospitals. *Cien Saúde Colet*. 2016; 21(8):2485-2496.
16. Oliveira AAS. Clinical Bioethics and Human Rights: the interface between human right to health and informed consent. *Rev Bioethikos*. 2013; 7(1):388-397.

17. Rocha MDES, Rocha SA. Bioethical Conflict Resolution in the Brazilian Hospital Setting: A Systematic Review of Literature. *Rev Bras Bioet.* 2019; 15(1):1-12.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, Levac D, Ng C, Sharpe JP, Wilson K, Kenny M, Warren R, Wilson C, Stelfox HT, Straus HE. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2016; 16(1):1-10.

5.2. ARTIGO

RIBEIRO, S. C. C.; FERREIRA, G. I.; SALLAS, J.; NOVAES, M. R. C. G.; GUILHEM, D. COVID-19 e o processo de tomada de decisões ético-profissionais por parte da equipe de Saúde: revisão de escopo. Em fase de submissão. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2021.

O artigo apresenta uma revisão de escopo sobre o processo de tomada de decisões ético-profissionais por parte da equipe de Saúde no contexto de pacientes graves acometidos pela Covid-19.

Covid-19 e o processo de tomada de decisões ético-profissionais por parte da equipe de saúde: revisão de escopo

RESUMO

O objetivo deste estudo é o de apresentar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na triagem, atendimento, tratamento e priorização de Serviços de Saúde para pacientes graves com Covid-19. Trata-se de revisão de escopo incluindo documentos publicados entre dezembro/2019 a julho/2020 nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL e BVS. Utilizou-se o PRISMA-ScR Checklist para condução da pesquisa e apresentação dos resultados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para revisão 28 documentos, que foram organizados em cinco categorias: requisito técnico-médico-científico, Justiça e Equidade, Histórico de Saúde, Comissão para tomada de decisão compartilhada e Quadro respiratório grave. Foram indicados vários critérios para priorizar o processo de atenção direcionado aos pacientes graves com Covid-19, tais como: parâmetros técnico-médico-científico, a gravidade do quadro clínico, maior idade, ser profissional da saúde, presença de doenças de base incurável, realização de sorteio e pacientes com maior probabilidade de sobrevivência.

Palavras-chave: Bioética; Pessoal de Saúde; Síndrome Respiratória Aguda Grave; Unidades de Terapia Intensiva.

Covid-19 and the ethical-professional decision-making process by health team: scoping review

ABSTRACT

The objective of this study is to present an overview of the ethical-professional criteria adopted by the health team to support the decision-making process in the triage, care, treatment and prioritization of health services for critically ill patients with Covid-19. This is a scoping review including documents published between December/2019 to July/2020 in the following databases: Google Scholar, PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL and VHL. The PRISMA-ScR Checklist was adopted to conduct the research and present the results. After applying the inclusion and exclusion criteria, 28 documents were selected for review, which were organized into five categories: Technical-medical-scientific requirement, Justice and Equity, Health History, Commission for shared decision-making and Severe respiratory conditions. Several criteria were indicated to prioritize the care process directed at critically ill patients with Covid-19, such as: technical-medical-scientific parameters, the severity of the clinical condition, older age, being a health professional, presence of incurable diseases, performance draw and patients most likely to survive.

Keywords: Bioethics; Decision Making; Coronavirus Infections; Severe Acute Respiratory Syndrome; Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus é conhecida como Covid-19. Em 2019, quando os primeiros casos em Wuhan, na China, foram divulgados publicamente se desencadeou uma emergência sanitária global, classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um evento de dimensão Pandêmica¹. É um vírus extremamente contagioso transmitido pelo contato direto com secreções contaminadas, com destaque para gotículas de saliva que ficam em suspensão no ar².

A doença varia de quadros assintomáticos com possibilidade de transmissão e sintomas clínicos, que podem ser leves, mas com possibilidade de progressão para quadros mais graves, demandando cuidados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)³. Um dos fatores que pode influenciar no quadro clínico dos pacientes são as variantes do vírus, o que pode torná-los mais ou menos agressivos⁴.

Os pacientes com casos graves da Covid-19 sobrecarregaram os Sistemas de Saúde públicos e privados de vários Países e Estados brasileiros, suscitando questionamentos sobre a eticidade adotada no processo de tomada de decisões (alocação de recursos, priorização em triagem, atendimentos e oferta de UTI) por parte dos profissionais da saúde em relação aos padrões de atendimento em situação de crise⁴⁻⁵.

O Sistema de Saúde da Itália, por exemplo, tem 3,2 leitos hospitalares por 1.000 pessoas, enquanto os Estados Unidos têm 2,8 leitos para cada 1.000 habitantes⁶. No Brasil, os leitos de SUS são de 1,4 para cada 1.000 habitantes e quando se consideram leitos públicos e privados se alcança a marca de 2,1 leitos⁷. Em relação aos leitos de UTI, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira indica que a disponibilidade do SUS é de 1 leito para cada 10.000 habitantes e da rede particular é de 4 leitos para cada 10.000 habitantes⁸. Antes da pandemia, a recomendação da OMS era de 1 a 3 leitos para cada 10.000 habitantes⁹.

Durante o pico da Pandemia e, atualmente, no início do ano de 2021, muitas regiões estão atingindo a taxa máxima de ocupação dos leitos de UTI, como ocorreu no Rio de Janeiro¹⁰ e Ceará¹¹. Nesses locais, o número de leitos e de profissionais da saúde não foram e nem têm sido suficiente para atender as necessidades de tantos pacientes criticamente enfermos ao mesmo tempo. Além disso, o número total de cuidadores e recursos do sistema de emergência apareceu inadequada para enfrentar a emergência Covid-19, não apenas no Brasil, mas também em países ricos como os Estados Unidos¹².

Dessa forma, a Pandemia impõe aos profissionais da saúde novos desafios ético-profissionais, especialmente, quando se trata de avaliar as vulnerabilidades sociais e

econômicas de pacientes e deliberar quais deveriam se beneficiar de serviços e de produtos disponíveis com o objetivo de garantir sua sobrevivência¹³⁻¹⁴.

A tomada de decisão ético-profissional se embasa-se em protocolos clínicos e em princípios bioéticos, que assumem centralidade na resolução de questões conflitivas no contexto clínico. A análise e a resolução de situações de difícil mediação moral requer visão abrangente e prudência para que os atores envolvidos possam escolher o melhor curso de ação a ser colocado em prática¹⁵.

A bioética clínica tem como objetivo promover ações éticas para as situações que emergem da clínica, contribuindo para o atendimento humanizado nos cuidados essenciais à Saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões e favorecendo o estabelecimento de vínculos entre profissionais e pacientes¹⁶.

Considerando-se esse contexto, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: quais os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônomas frente à indisponibilidade de leitos/equipamentos para atender todos os pacientes graves com Covid-19? Para responder a essa pergunta se definiu como objetivo para este estudo: apresentar um panorama sobre os critérios ético-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônomas na triagem, no atendimento, no tratamento e na priorização de Serviços de Saúde para pacientes graves com Covid-19.

MÉTODOS

Descrição da pesquisa

Esta pesquisa está registrada na plataforma Open Science Framework (OSF). Trata-se de uma revisão de escopo (*Scoping Review*), conforme protocolo proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Esse método permite realizar um mapeamento das principais evidências disponíveis sobre o tema analisado, clarificando as áreas de pesquisa e identificando lacunas de conhecimentos¹⁷.

A *Scoping Review* é a metodologia que pode responder o objetivo e a pergunta de pesquisa deste trabalho em razão de sua amplitude e da proposta que permite identificar as evidências existentes e lacunas existentes, na literatura científica, sobre o tema analisado. Essa ideia é reiterada na literatura ao apontar para o fato de que as revisões de escopo apresentam grande utilidade para a síntese de evidências de pesquisa¹⁸.

As revisões de escopo obedecem a cinco etapas metodológicas para o seu desenvolvimento: 1. definição da pergunta da pesquisa, da qual se partirá para conduzir a busca; 2. critérios de elegibilidade; 3. estratégia de busca; 4. extração dos dados; e 5. análise dos dados e divulgação dos resultados¹⁹⁻²¹. A partir do protocolo, a pesquisa foi conduzida seguindo com o processo de seleção dos artigos e sistematização, categorização, relato dos resultados e recomendações.

Procedimento para coleta de dados: revisão de escopo

O estudo adotou para a estrutura da sua pergunta avaliativa o acrônimo PCC (população, conceito e contexto) conforme definido por Peters (Tabela 1)¹⁶. A pergunta utilizada foi: “quais os critérios éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões autônoma na triagem, atendimento, tratamento e priorização de serviços para pacientes graves com Covid-19?”

Estratégia da pesquisa

Foram utilizados os descritores reconhecidos como Descritores da Ciências da Saúde (Decs) e Medical Subject Headings (MeSH) e seus combinações em português e em inglês (Tabela 1).

Tabela 1 – Definição da pergunta de pesquisa a partir do Acrônimo PCC e indicação dos descritores utilizados na busca

Acrônimo	Descritores
População (P)	Profissionais de saúde Pessoal de Saúde
Conceito (C)	Requisitos éticos-profissionais Bioética
Contexto (C)	Processo de tomada de decisões autônomas na triagem para priorização de serviços para pacientes graves com Covid-19 Autonomia Profissional, Tomada de Decisões; Cuidados Críticos; Protocolos Clínicos; Recursos em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva, Infecções por Coronavírus

Fonte: elaborado pela autora.

A estratégia de busca utilizou os operadores booleanos, AND, OR e NOT que permitem obter combinações entre os termos a serem usados na pesquisa. As fontes de dados adotadas para pesquisa foram Google Acadêmico, PubMed (PubMedNational Library Medicine),

Scopus, Scielo (Scientific Electronic Library Online), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde).

Critérios de elegibilidade: critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos sem restrição de desenho, podendo ser artigos ou notas técnicas disponibilizadas na íntegra, que apresentavam, em seu resumo, título ou palavras-chaves referência aos requisitos éticos-profissionais adotados pela equipe de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisões na assistência aos pacientes graves com Covid-19, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de dezembro de 2019 a julho de 2020. A definição do período se deve ao primeiro relato documento da Covid-19 na China.

Excluíram-se os estudos cujo conteúdo não atendia ao objetivo desta pesquisa, estudos repetidos, duplicados, resumos simples, prefácios e documentos que estavam disponíveis em outros idiomas.

Seleção e análise

Os artigos recuperados foram consolidados em Excel 2013 para a análise de duplicidade. A primeira e segunda leitura foram realizadas em pares, a partir dos critérios de elegibilidade.

A extração dos achados foi realizada identificando os autores, ano, título, periódico, tipo de publicação, base indexada, idioma, tipo de estudo, critérios éticos-profissionais adotados para pacientes graves com Covid-19, consolidados em cinco categorias, cuja síntese de resultados ocorreu a partir da técnica de categorização dos dados. As categorias foram: 1) requisito técnico-médico-científico, 2) justiça e equidade, 3) histórico de saúde, 4) comissão para tomada de decisão compartilhada e 5) quadro respiratório grave.

Adotou-se análise descritiva para a síntese dos achados, a partir das categorias de análises definidas. Os resultados são apresentados em números absolutos e percentagem de forma a quantificar os achados.

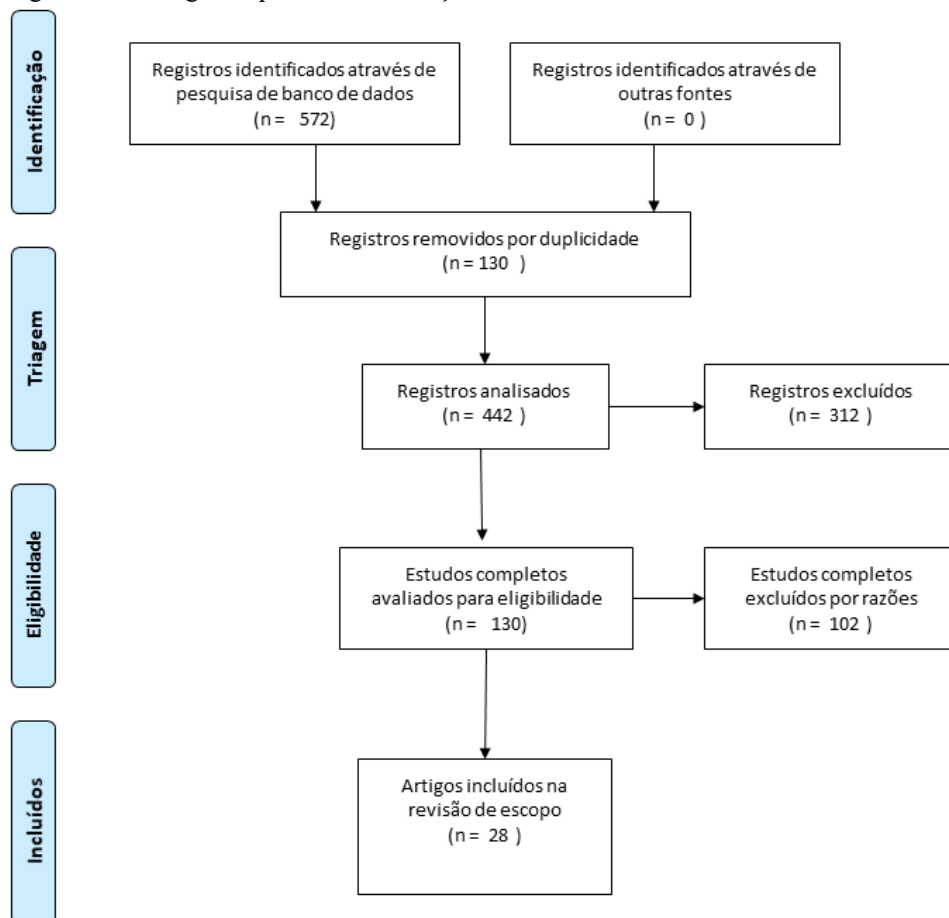
O estudo foi norteado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) Checklist, que direciona a revisão de escopo por meio de um roteiro²³. O PRISMA-ScR é composto por 22 itens divididos nos capítulos obrigatórios do relatório de revisão: Título, Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Financiamento²⁴.

RESULTADOS

Foram recuperados 572 registros, sendo: Google Acadêmico (120), PubMed (97), Scopus (75), Scielo (35), CINAHL (125) e BVS (120) (Figura 1).

Após a análise de duplicata, triagem e seleção dos documentos considerando a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão foram incluídos na revisão 28 documentos publicados distribuídos em artigos (85,7%) e notas técnicas (14,3%), sendo todos publicados no ano de 2020 (Quadro1).

Figura 1 – Fluxograma para busca e seleção dos documentos em conformidade com o PRISMA-ScR



Fonte: adaptado de Moher et al. (2015)

Quadro 1 – documentos elegíveis para análise considerando-se autores, ano de publicação, título do artigo, periódico científico, tipo de publicação e base indexada.

Autores/citação	Título do artigo	Periódico	Tipo de publicação	Base indexada
Boas, 2020 ²⁵	Critérios de internação em Unidade de Terapia Intensiva para idosos: idade cronológica não pode ser fator decisório isolado	Geriart Gerontol Aging.	Nota técnica	Google Acadêmico

Gonçalves e Dias, 2020 ²⁶	Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a Pandemia da Covid-19 no Brasil	Diversitates Int. J.	Artigo	Google Acadêmico
Costa <i>et al.</i> , 2020 ²⁷	Protocolos em tempos de Pandemia por Covid-19 com critérios para alocação de recursos escassos: podem considerá-los (in)justos?	Diversitates Int. J.	Artigo	Google Acadêmico
Torres <i>et al.</i> , 2020 ²⁸	Escolhas de Sofia e a Pandemia de Covid-19 no Brasil: reflexões bioéticas	Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas	Artigo	Scopus
Marinho <i>et al.</i> , 2020 ²⁹	Faz sentido instituir Comissão de Bioética Hospitalar (CBH) nas Unidades de Saúde durante a Pandemia da Covid-19?	Repositório Institucional da Fiocruz	Nota técnica	Google Acadêmico
Engstrom <i>et al.</i> , 2020 ³⁰	Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19	Repositório Institucional da Fiocruz	Nota técnica	Google Acadêmico
Siqueira-Batista <i>et al.</i> , 2020 ³¹	Covid-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva?	Repositório Institucional da Fiocruz	Nota técnica	Google Acadêmico
Vergano <i>et al.</i> , 2020 ³²	Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the Covid-19 epidemic	Crit Care	Artigo	PUBMED
Grasselli <i>et al.</i> , 2020 ³³	Critical Care Utilization for the Covid-19 Outbreak in Lombardy, Italy Early Experience and Forecast During an Emergency Response	JAMA	Artigo	PUBMED
Rello <i>et al.</i> , 2020 ³⁴	Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): A critical care perspective beyond China	Anaesth Crit Care Pain Med	Artigo	CINAHL
Bhatraju <i>et al.</i> , 2020 ³⁵	Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region - Case Series.	N Engl J Med	Artigo	PUBMED
Singh e Moodley, 2020 ³⁶	Critical care triaging in the shadow of Covid-19: Ethics considerations	South African Medical Journal	Artigo	PUBMED
Rubio <i>et al.</i> , 2020 ³⁷	Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the Covid-19 Pandemic: A rapid review & consensus of experts	Medintensiva	Artigo	Scopus
Jafarey, 2020 ³⁸	Ethical dilemmas in clinical care during Covid-19 Pandemic	J Pak Med Assoc.	Artigo	PUBMED
Pattison, 2020 ³⁹	End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (Covid-19) Pandemic	Intensive Crit Care Nurs.	Artigo	PUBMED
Zhao <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁰	Prediction model and risk scores of ICU admission and mortality in Covid-19.	PLoS One	Artigo	BVS

Warrillow <i>et al.</i> , 2020 ⁴¹	ANZICS guiding principles for complex decision making during the Covid-19 Pandemic	Crit Care Resusc	Artigo	PUBMED
Maves <i>et al.</i> , 2020 ⁴²	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.	Artigo	PUBMED
Parsons e Johal, 2020 ⁴³	best interests versus resource allocation: could Covid-19 cloud decision-making for the cognitively impaired?	J Med Ethics	Artigo	BVS
Hulsbergen <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁴	Ethical triage during the Covid-19 Pandemic: a toolkit for neurosurgical resource allocation.	Acta Neurochir (Wien)	Artigo	PUBMED
Solnica <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁵	Allocation of scarce resources during the Covid-19 Pandemic: a Jewish ethical perspective.	J Med Ethics	Artigo	PUBMED
Herrerros <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁶	Triage during the Covid-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments.	J Med Ethics.	Artigo	PUBMED
Vincent e Creteur, 2020 ⁴⁷	Ethical aspects of the Covid-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds.	Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.	Artigo	PUBMED
White e Lo, 2020 ⁴⁸	A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the Covid-19 Pandemic	JAMA.	Artigo	BVS
Chase, 2020 ⁴⁹	Caring for Frail Older Adults During Covid-19: Integrating Public Health Ethics into Clinical Practice.	J Am Geriatr Soc	Artigo	PUBMED
Farrell <i>et al.</i> , 2020 ⁵⁰	Rationing Limited Healthcare Resources in the Covid-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults.	J Am Geriatr Soc	Artigo	PUBMED
Laventhal <i>et al.</i> , 2020 ⁵¹	The Ethics of Creating a Resource Allocation Strategy During the Covid-19 Pandemic.	Pediatrics.	Artigo	BVS
Haas <i>et al.</i> , 2020 ⁵²	Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of Covid-19.	Crit Care	Artigo	PUBMED

Fonte: elaborada pela autora.

Entre os documentos analisados, 75% foram publicados em Língua Inglesa e 25% escritos em Português (Quadro 2). Em relação ao tipo de estudo, a maioria (78%) foi composta por revisões de literatura, 15% eram notas técnicas e análise interpretativa e pesquisa de campo houve apenas um registro cada, representando 3,5% cada um (Quadro 2).

Nos critérios ético-profissionais por categoria foram obtidas as seguintes distribuições em percentagem: 36% apresentam o Histórico de Saúde como critério (categoria 3), seguido de

18% utilizando requisitos técnicos-médicos-científicos (categoria 1) e Justiça e Equidade (categoria 2) e estabelecimento de Comissão para tomada de decisão compartilhada com percentual de 14% (categoria 4) e Quadro respiratório grave registrando 14% (categoria 5) (Quadro 2).

Na categoria 1, os documentos relatam sobre a importância de parâmetros técnico-médico-científicos para subsidiar o posicionamento ético na tomada de decisão. Na categoria 2, os autores estabeleceram protocolos ou parâmetros para acesso ao tratamento e prognóstico. Na categoria 3, os estudos identificados evidenciaram critérios para priorização de triagem, atendimento e acesso aos leitos de UTI, o prognóstico da doença e benefícios esperados do tratamento e priorização de intervenções de suporte à vida. Na categoria 4, os estudos apontaram a adoção de comissão ou comitê para compartilhar as decisões de forma a seguirem preceitos éticos-profissionais menos subjetivos e, na categoria 5 são relatados os protocolos para triagem de pacientes com sintomas respiratórios (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados por autores, idiomas, tipo de estudos e síntese dos critérios pelas categorias de análise

Autores	Idioma	Tipo de estudo	Síntese dos Critérios éticos-profissionais
Categoria 1. Requisito técnico-médico-científico			
Gonçalves e Dias ²⁶	Português	Revisão de Literatura	Revisão de literatura em textos jornalísticos nos quais se observou a predominância de parâmetros técnico-médico-científicos para posicionamento ético na tomada de decisão. De maneira periférica, também surgiram critérios para desempate, como ciclo de vida, sorteio e priorização dos profissionais de saúde.
Rubio <i>et al.</i> ³⁷	Inglês	Revisão Narrativa	Os autores evidenciam a importância de parâmetros técnico-médico-científicos para posicionamento ético na tomada de decisão.
Parsons e Johal ⁴³	Inglês	Revisão	Os autores destacam os parâmetros técnico-médico-científicos para posicionamento ético na tomada de decisão.
Chase ⁴⁹	Inglês	Revisão	O artigo salienta que criação de protocolos devem observar os parâmetros técnico-médico-científicos.
Laventhal ⁵¹	Inglês	Revisão	A revisão pontua, entre outros, a questão dos parâmetros técnico-médico-científicos para posicionamento ético na tomada de decisão para acesso aos tratamentos específicos.
Categoria 2. Justiça e Equidade			
Costa <i>et al.</i> ²⁷	Português	Análise interpretativa	Os autores analisam os protocolos de alocação de recursos escassos propostos, apontando as conseqüentes fragilidades e desigualdades de acesso ao tratamento da população em geral. Defendem a criação de protocolos que sejam pautados por questões éticas e de justiça distributiva observando parâmetros técnico-médico-científicos.
Torres <i>et al.</i> ²⁸	Português	Revisão de Literatura	Os autores evidenciaram que os primeiros documentos brasileiros que estabeleceram critérios para alocação de recursos nos Hospitais estão pautados na ética que exige

			condições de igualdade nos tratamentos, bem como em normas técnicas para evitar a subjetividade nas escolhas de pacientes, quando inevitáveis.
Marinho <i>et al.</i> ²⁹	Português	Nota técnica	Os autores destacam o tratamento justo e equitativo na tomada de decisão, isso implica que as decisões devem ser tomadas com base em critérios objetivos independentemente do grupo ao qual o paciente pertença.
Farrell <i>et al.</i> ⁵⁰	Inglês	Revisão	Apresenta o contexto legal e ético para a declaração de posição e discute essas questões, que informaram o desenvolvimento das posições AGS (<i>American Geriatrics Society</i>): (1) idade como fator determinante, (2) idade como fator de desempate, (3) critérios com impacto diferencial em adultos mais velhos, (4) escolhas individuais e diretivas antecipadas, (5) disparidades raciais / étnicas e alocação de recursos e (6) sistemas de pontuação e seu impacto sobre os adultos mais velhos e reforça protocolos que sejam pautados por questões éticas e de justiça distributiva observando parâmetros técnico-médico-científicos.
Haas <i>et al.</i> ⁵²	Inglês	Revisão	O texto apresenta protocolos que sejam pautados por questões éticas e de justiça distributiva observando parâmetros técnico-médico-científicos.
Categoria 3. Histórico de Saúde			
Jafarey ³⁸	Inglês	Revisão	Os autores destacam a atenção aos critérios de prognóstico de doença aguda e benefícios esperados do tratamento. Doenças crônicas avançadas potencialmente fatais (comorbidades). Procedimento de tomada de decisão colegial (médicos e outros profissionais de saúde).
Boas ²⁵	Português	Nota técnica	Destacam como critérios de prioridade os pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. A comunicação entre a equipe de cuidados intensivos, o idoso e a família é essencial na formulação do plano de cuidados.
Siqueira-Batista <i>et al.</i> ³¹	Português	Nota técnica	Na pesquisa se defende a avaliação da gravidade do quadro clínico do paciente e seu histórico de doenças de base incurável ou progressiva como critério de prioridade.
Vergano <i>et al.</i> ³²	Inglês	Revisão	Os autores destacam o potencial da avaliação da gravidade do quadro clínico do paciente e seu histórico de doenças de base incurável ou progressiva como critério de prioridade.
Pattison ³⁹	Inglês	Revisão	Os autores observam que pacientes com maior probabilidade de sobreviver devem ser priorizados.
Hulsbergen <i>et al.</i> ⁴⁴	Inglês	Revisão	Discutiu-se uma estrutura que emprega quatro princípios: priorizar os que estão em pior situação e maximizar os benefícios. Além disso, discutiu-se o papel da idade e da comorbidade na triagem.
Solnica <i>et al.</i> ⁴⁵	Inglês	Revisão	Os autores destacam o potencial da avaliação da gravidade do quadro clínico do paciente e seu histórico de doenças de base incurável ou progressiva como critério de prioridade.
Herreros <i>et al.</i> ⁴⁶	Inglês	Revisão	A pesquisa aponta que a gravidade da doença mede as chances de sobrevivência à situação atual dependendo do estado clínico do paciente no momento da avaliação. Deve-

			se observar também a duração esperada do tratamento, bem como a reversibilidade e potencial de recuperação: recuperação prevista e potenciais repercussões negativas que podem afetar a qualidade de vida na perspectiva do paciente.
Vincent e Creteur ⁴⁷	Inglês	Revisão	Atender ao prognóstico de doença aguda e benefícios esperados do tratamento, bem como doenças crônicas avançadas potencialmente fatais (comorbidades).
White e Lo ⁴⁸	Inglês	Revisão	Critérios pontuados: (1) probabilidade de os pacientes sobreviverem até alta hospitalar, avaliada com uma medida objetiva da gravidade da doença aguda; e (2) a probabilidade de os pacientes atingirem a sobrevida em longo prazo com base na presença ou ausência de comorbidades que influenciam a sobrevida.
Categoria 4. Comissão para tomada de decisão compartilhada			
Engstrom <i>et al.</i> ³⁰	Português	Nota técnica	Os autores recomendam que deve ser criado uma comissão para compartilhar as decisões.
Rello <i>et al.</i> ³⁴	Inglês	Revisão	Os autores recomendam que deve ser criado uma comissão para compartilhar as decisões.
Warrillow <i>et al.</i> ⁴¹	Inglês	Revisão	Formou-se um comitê para desenvolver urgentemente diretrizes delineando os princípios-chave que devem ser utilizados durante a Pandemia. Procedimento de tomada de decisão colegial (médicos e outros profissionais de saúde).
Maves <i>et al.</i> ⁴²	Inglês	Revisão	As decisões de triagem devem ser feitas de forma colaborativa, usando uma abordagem baseada em equipe que inclui o oficial de triagem designado, provedores diretamente designados para cuidar de pacientes individuais, com apoio de especialistas em ética hospitalar e cuidados paliativos, quando necessário.
Categoria 5. Quadro respiratório grave			
Grasselli <i>et al.</i> ³³	Inglês	Revisão	Estabeleceram protocolos locais para triagem de pacientes com sintomas respiratórios, para testá-los rapidamente e, dependendo do diagnóstico, alocá-los na UTI.
Bhatraju <i>et al.</i> ³⁵	Inglês	Pesquisa de campo em hospital	Protocolo baseado no quadro de insuficiência respiratória.
Singh e Moodley ³⁶	Inglês	Revisão	Protocolo baseado no quadro de insuficiência respiratória.
Zhao <i>et al.</i> ⁴⁰	Inglês	Revisão retrospectiva dos prontuários médicos	(i) pacientes com insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica; (ii) pacientes com falência de outro órgão que requerem monitoramento em UTI.

Fonte: Elaborada pela autora.

DISCUSSÃO

A limitação de leitos clínicos em UTI impõe aos profissionais da saúde a responsabilidade de decidir, com base em critérios e/ou protocolos preestabelecidos, quem terá

prioridade de acesso aos respiradores, enquanto os demais aguardam em uma fila de espera. Contudo, a Covid-19 é uma doença que em quadros graves é extremamente letal e para a qual o tempo de espera por atendimento pode ser fatal²⁵.

Acrescenta-se, ainda, que a doença é extremamente recente e os muitos estudos são inconclusivos. Alguns critérios vêm sendo adotados, mas esbarram em questões bioéticas, colocando os profissionais da saúde em situações conflituosas relacionadas a quem teria o direito de viver ou morrer²⁶. Diante das incertezas, é complexa a tarefa de elaborar um protocolo de prioridade de acesso para a assistência em casos mais graves²⁷.

Os critérios foram estabelecidos com o objetivo de apoiar na definição de caminhos a serem considerados para o processo de tomada de decisões, que demandem análise técnica e também apreciação ética²⁸. Esses critérios de decisão foram apresentados em um estudo e acompanham a velocidade das descobertas científicas, ou seja, na medida em que se conhece mais sobre o mecanismo de atuação do vírus e do desenvolvimento da doença, no corpo humano, novos critérios vão sendo utilizados para o processo de tomada de decisão no contexto da alocação de recursos³¹.

Um dos primeiros protocolos publicados no Brasil foi elaborado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)⁵³. Este documento estabelece alguns critérios de prioridade de acesso à UTI, sendo um dos seus objetivos afastar a decisão subjetiva dos profissionais da saúde, por meio de requisitos técnicos-médicos-científicos, ou seja, o profissional deveria seguir uma série de condicionantes baseados em evidências científicas até então conhecidas para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos e a determinação de prioridade de assistência em UTI, conforme citados em várias publicações incluídas neste estudo^{26,37,43,49,51}.

Foi verificado que o quadro clínico do paciente, englobando a gravidade da doença deve, na maioria dos casos, ser prioridade de atendimento^{31,45-46}. Caso não seja possível o atendimento de todos os pacientes, posteriormente, é realizado um esquema de priorização, que vai desde maior idade⁴⁴, ser profissional da saúde²⁶ e presença de doenças de base incuráveis, até a realização de sorteio para definir o atendimento dos casos mais graves²⁶.

O documento da AMIB é baseado em um protocolo e tomou como referência alguns dos seus princípios para nortear o processo de tomada de decisão⁵⁴. Entre as diretrizes gerais se destacam os seguintes aspectos: prioridade para pessoas com mais chance de sobrevivência, e garantia de igualdade entre os indivíduos, que atravessem os distintos ciclos da vida³⁸. Dessa forma, pessoas nos primeiros ciclos de vida teriam prioridade em relação àqueles em estágio final, como os idosos²⁷.

Vale ressaltar que este documento foi elaborado, de forma emergencial, sendo um dos primeiros adotados no Brasil. Foi extremamente criticado por violar a igualdade entre as pessoas, sendo a faixa etária um critério de ordem discriminatória, que colocava em xeque os princípios de solidariedade e equidade que sustentam o Sistema de Saúde brasileiro, questões problematizadas em estudos de revisão²⁸⁻²⁹.

Nesse sentido, o entendimento da comissão formada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, divulgado em março de 2020, é de que o critério de idade não deve ser um preditor de doença crítica no tocante à mortalidade e qualidade de vida das pessoas idosas, que ocupam leitos de UTI. Essa perspectiva também foi defendida em outras pesquisas^{27,50,52}.

A comissão considerou que esse tipo de interpretação caminhava na contramão das diretrizes estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece na Resolução n. 2.156/2016⁵⁵, que o critério para acessar os leitos de UTI deve estar alinhado com os seguintes aspectos: pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico, critério que encontra correspondência em alguns estudos^{25,31-32,38}; e pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico³⁹.

A idade do paciente é um elemento importante, mas claramente não é o único que deve ser considerado⁵². Um paciente idoso independente e ativo, sem condições médicas anteriores, por exemplo, pode ter precedência sobre um indivíduo mais jovem com câncer avançado, insuficiência cardíaca grave ou cirrose alcoólica²⁸.

Pessoas acometidas por doenças graves, de base incurável ou progressiva, como o câncer e disfunções orgânicas, são consideradas mais propensas a desenvolver um quadro mais grave da Covid-19, motivo pelo qual esse critério tem sido utilizado como elemento objetivo na decisão de prioridade para o acesso aos leitos de UTI^{25,31-32,38-39,44-45}.

A perspectiva de categorização por condições de saúde é adotada pela recomendação do Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ)⁵⁶. Esse documento, além de pontuar a importância de transparência na alocação de recursos e o afastamento do critério de idade, destacou o critério de análise da gravidade clínica, indicando um instrumento padronizado para essa triagem, o qual estabelece a compreensão de que doenças respiratórias, cardiopatias, diabetes, hipertensão e neoplasias aumentam a letalidade da doença⁴⁴⁻⁴⁵.

A construção metodológica de critérios para acesso à UTI, baseado no histórico do paciente de doença grave, de base incurável ou progressiva, é fundamentada tanto pela

perspectiva técnica quanto ética, em razão da natureza do trabalho no cuidado com a Saúde e com o outro^{39,44,48}. Não se pode afastar o fato de que muitas decisões tomadas por profissionais da saúde incluem a adoção de valores pessoais, o que não permite excluir do debate quais seriam os requisitos éticos que perpassam o processo de tomada de decisão, ainda que existam parâmetros técnicos que descriminem um protocolo de atuação, que reduza a participação do profissional da saúde nesse processo²⁸.

No tocante à perspectiva ética se torna imprescindível observar que nenhuma decisão médica deveria ser guiada por questões de raça, de cor, de gênero, de sexualidade, de religião, de condição social, de nacionalidade, de etnia, de orientação política, de profissão e idade. Toda e qualquer decisão motivada por um desses elementos deve ser considerada discriminatória, ferindo o direito à vida e à dignidade da pessoa humana^{29,50}.

As observações clínicas acerca dos quadros da Covid-19 permitem inferir que, em seu estágio mais grave, a insuficiência respiratória é um sintoma característico, sendo este um sinal de alerta quanto ao risco de morte. Esse diagnóstico tem balizado diversos protocolos de hierarquização quanto à prioridade de assistência médica em UTI^{31,33-34}. O critério de idade é abandonado, passando-se a considerar como prioritários aqueles pacientes que apresentam quadro de síndrome respiratória grave (SRAG), tomando como referência um Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI)³⁸.

No Brasil, a adoção do critério de insuficiência respiratória aparece na recomendação n. 05/2020 do Conselho Federal de Medicina do Pernambuco (CREMEPE), divulgado em abril de 2020⁵⁷. Nesse cenário, quando houver necessidade de se decidir sobre uma ordem de prioridade para acesso aos leitos de UTI, a literatura analisada recomenda que seja montada uma equipe de triagem que reúna profissionais da saúde com expertise em urgência/emergência, bioética e terapia intensiva, os quais serão responsáveis pela tomada de decisão matizada pelas perspectivas técnica e ética, optando pela via mais racional⁵⁷.

A criação de uma comissão para compartilhamento de decisões sobre a priorização da assistência em UTI é um critério técnico, que vem sendo adotado, em muitos países, com vistas a reduzir a pressão exercida sobre o profissional da saúde^{30,34,41-42}. É preciso lembrar que essas decisões compartilhadas devem estar alinhadas aos princípios bioéticos de justiça e equidade⁵². Paralelamente a isso, o paciente e a família devem ser consultados sempre que possível para ampliar a compreensão sobre seu histórico clínico e sua posição em relação ao fim da vida⁴⁷.

Os critérios devem priorizar o paciente com maiores chances de recuperação, tomando-se como critério analítico os escores técnicos e éticos, ou seja, o histórico de doença grave e os preceitos éticos, que afastam certos elementos de cunho social como, por exemplo, a idade, o

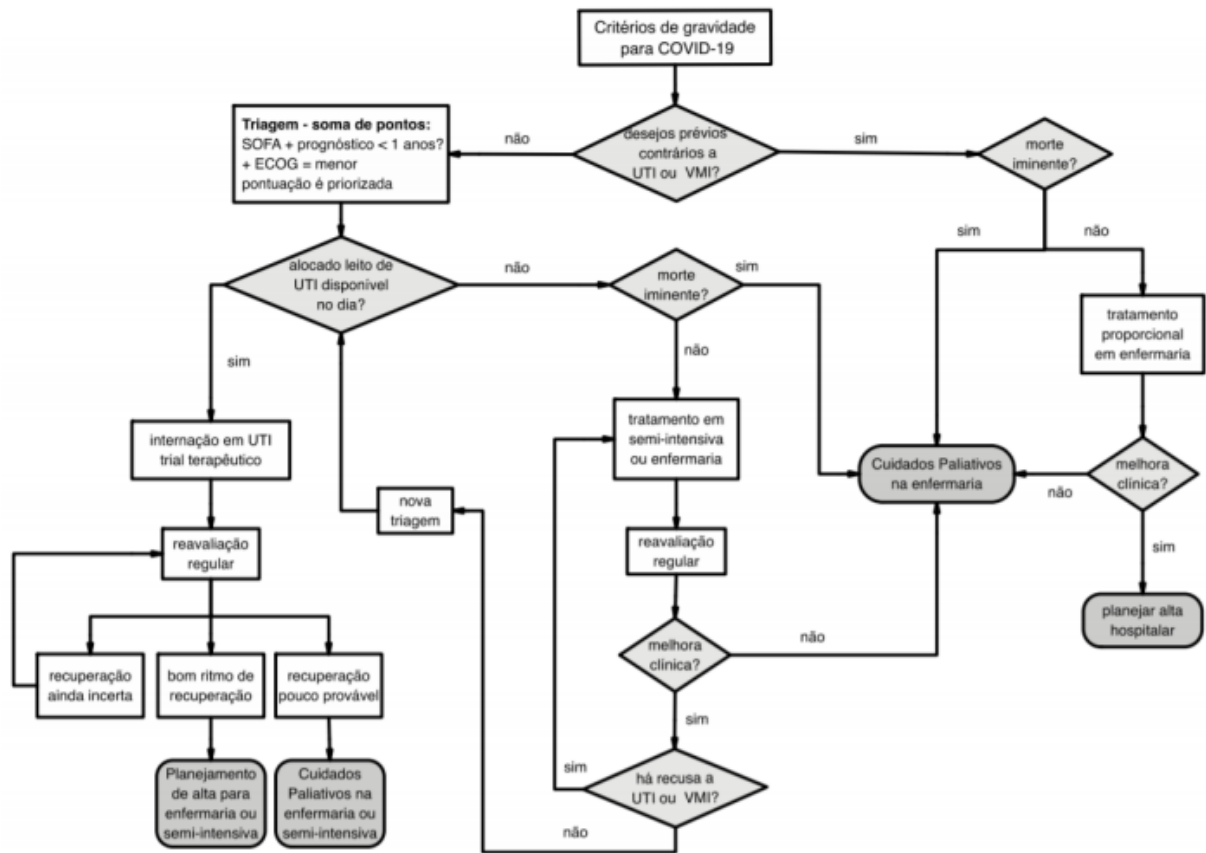
gênero, a raça e a sexualidade^{31,39}. Entretanto, o sistema de critérios deve ser constantemente revisado, incluindo-se novas informações científicas que sejam divulgadas como forma de aprimorar o processo de tomada de decisão²⁶.

Essas recomendações foram sistematizadas em um fluxograma e publicadas, conjuntamente pela: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), com o intuito de promover um protocolo, baseado em perspectivas técnicas e éticas, para casos em que seja necessário decidir sobre uma ordem de prioridade de acesso à UTI. Os princípios que norteiam a criação desse fluxograma (Figura 2) incluem critérios relacionados ao histórico de saúde, à justiça e equidade e ao quadro respiratório grave⁵⁸.

As políticas de admissão na UTI devem ser discutidas pela equipe multiprofissional para que todos possam compreender e compartilhar princípios éticos e clínicos como forma de adesão às decisões tomadas. A aprovação pela equipe de gerenciamento do Hospital ajuda a dar confiança e credibilidade para proteger a comissão da UTI de discussões ou desacordos posteriores²⁶. À medida que a epidemia avança, podem ser consideradas diferentes etapas da triagem e o movimento de uma etapa para a próxima deve ser comunicado claramente a cada membro da equipe da UTI. Uma lista de decisões para a triagem deve ser adotada para manter a transparência do processo e a possibilidade de avaliação posterior por parte da equipe.

A principal limitação do estudo se refere ao número reduzido de trabalhos disponíveis que abordem questões e princípios bioéticos no contexto da Pandemia, bem como a escassez de estudos em campo de prática. Seguramente, novas pesquisas serão divulgadas e ampliarão a discussão sobre as questões indicadas neste estudo.

Figura 2 – Fluxograma do protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a Pandemia por Covid-19



Fonte: Amib⁵³

CONCLUSÃO

Este estudo reuniu evidências científicas disponíveis à época de sua realização sobre os diferentes critérios ético-profissionais que podem apoiar os profissionais de saúde nas tomadas de decisões na triagem, no atendimento, no tratamento e em priorização de serviços para atender pacientes graves da Covid-19.

Vários critérios para prioridade na atenção de pacientes graves de Covid-19 foram verificados, como: parâmetros técnico-médico-científico, a gravidade do quadro clínico, maior idade, ser profissional da saúde, presença de doenças de base incurável, realização de sorteio e pacientes com maior probabilidade de sobrevivência.

Uma das lacunas encontradas diz respeito ao fato de que ainda é incipiente a realização de pesquisas de campo que abordem, efetivamente, como os profissionais da saúde enfrentam essas situações de conflito no contexto hospitalar. Observou-se que apenas um, dos 28 trabalhos divulgava resultados de pesquisa de campo, no qual foram analisadas atitudes, comportamentos e práticas adotadas por parte de profissionais no cenário hospitalar. Os outros trabalhos tiveram

como desenho revisões de literatura, o que demonstra a necessidade de se realizarem pesquisas empíricas para analisar mais profundamente a complexidade dos debates que emergiram nesse contexto de excepcionalidade.

AGRADECIMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - pela concessão de bolsas de Mestrado e Doutorado.

REFERÊNCIAS

1. Gallasch CH, Cunha LM, Pereira ALS, Junior JSS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the Covid-19 scenario. *Rev Enferm Uerj*. 2020; 28(1):1-6.
2. Alessi G. O que já se sabe até agora sobre o novo coronavírus no Brasil [Internet]. *El País*, 2020 [acessado 2020 abr 14]. Disponível em: <https://bityli.com/InXAd>
3. Opas Brasil. Folha informativa – Covid-19 [Internet]. OMS/OPAS Brasil, 2020. Site de Referência da Organização Mundial da Saúde no Brasil. 2020a. [acessado 2020 maio 14]. Disponível em: <https://cutt.ly/ayRhr6>
4. Mederos LA, Almarales DC, Gotay DA. Rol de los genes ACE2 y TMPRSS2 en la susceptibilidad o gravedad de la Covid-19. *An Acad Cienc Cuba*. 2020; 10(2):1-6.
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the Covid-19 pandemic? *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):1-15.
6. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy-ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med*. 2020; 382(20):1873-1875.
7. Observatório de Política e Gestão Hospitalar OPGH. Debates e opiniões [Internet]. 2019 [Acessado 2021 fev 19]. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/em-relacao-ao-acesso-leitos-o-brasil-esta-proximo-da-india-ou-dos-paises-da>.
8. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Comunidade da AMIB sobre o avanço do Covid-19 e a necessidade de leitos em UTIs no futuro [Internet]. 2020 [Acessado 2021 fev 19]. Disponível em: <http://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicação/noticias/2020/Covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-Covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf>.
9. Gass SLB, da Silva DM. Análise geográfica da distribuição dos serviços de saúde de Terapia Intensiva para atendimentos dos casos de Covid-19 no Rio Grande do Sul, Brasil [artigo da internet]. 2020 [Acessado 2020 out 20]. Disponível em: file:///C:/Users/viviane/Downloads/texto_UTIs_e_ambul%C3%A2ncias_20200426.pdf

10. Fortes A, Oliveira LDD, Sousa GMD. A Covid-19 na Baixada Fluminense: Colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. *Espaço e Economia. Rev Bras Geog Econ.* 2020; ano IX(18):1-18.
11. Lemos DRQ, D'angelo SM, Farias LABG, Almeida MM, Gomes RG, Pinto GP, Cavalcante Filho JN, Feijão LX, Cardoso ARP, Lima TBR, Linhares PMC, Mello LP, Coelho TM, Cavalcanti LPDG. Health system collapse 45 days after the detection of Covid-19 in Ceará, Northeast Brazil: a preliminary analysis. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020; 53:e20200354.
12. Juliano C, Castrucci B, Fraser MR. Covid-19 and public health: Looking back, moving forward. *J Public Health Manag Pract.* 2021; 27:S1-S4.
13. Ventura DFL, Ribeiro H, di Giulio GMG, Jaime PC, Nunes J, Bógus CM, Antunes JLF, Waldman EA. Challenges of the Covid-19 pandemic: for a Brazilian research agenda in global health and sustainability. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(1):1-10.
14. Goldim JR, Francisconi CF. Hospital Ethics Committees. *Rev Bioet.* 2020; 6(2):1-15.
15. Pacheco Junior JMC, Gomes R. Decision making and senior management: the implementation of change projects covering clinical management in SUS hospitals. *Cien Saúde Colet.* 2016; 21(8):2485-2496.
16. Oliveira AAS. Clinical Bioethics and Human Rights: the interface between human right to health and informed consent. *Rev Bioethikos.* 2013; 7(1):388-397.
17. Rocha MDES, Rocha SA. Bioethical Conflict Resolution in the Brazilian Hospital Setting: A Systematic Review of Literature. *Rev Bras Bioet.* 2019; 15(1):1-12.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, Levac D, Ng C, Sharpe JP, Wilson K, Kenny M, Warren R, Wilson C, Stelfox HT, Straus HE. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2016; 16(1):1-10.
19. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8(1):19-32.
20. Ring N, Ritchie K, Mandava L, Jepson R. A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews. *NHS QIS.* 2010; 3(1):1-7.
21. Levac D, Colquhoun H, O'brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010; 5(1):1-10.
22. Peters M, Godfrey C, Khalil H, Mcinerney P, Soares C, Parker D. Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews [Internet]. In: Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual, Chapter: 11. 2017. [citado 2020 maio 14]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
23. Modas DA, Nunes EM. Instruments for evaluation of the risk of prolongation of hospitalization. *Acta Paul Enferm.* 2019; 32(2):237-245.

24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: www.prisma-statement.org. Traduzido por: Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):335-342.
25. Boas PJFV, Albuquerque DC, Roriz Filho J, Mello RGB. Criteria for the admission of older patients in the intensive care unit: chronological age cannot be the unique factor. *Soc Bras Geriatr Gerontol*. 2020; 1(1):1-3.
26. Gonçalves L, Dias MC. Bioethical discussions on resource allocation during the Covid-19 pandemic in Brazil. *Diversitates Int J*. 2020; 12(1):17-36.
27. Costa CMA, Pompermayer FCL, Costa AS. Protocols in times of pandemic by Covid-19 with criteria for allocating scarce resources: can you consider them (un) fair? *Diversitates Int J*. 2020; 12(1):131-162.
28. Torres A, Félix AAA, Oliveira PIS. Choices of Sofia and the pandemic of Covid-19 in Brazil: Bioethical reflections. *Rev Bioet Derecho*. 2020; 50(1):333-352.
29. Marinho S, Palácios M, Gomes AP, Brito L, Borges L, Narciso L, Guimarães R, Rego S. Faz sentido instituir Comissão de Bioética Hospitalar (CBH) nas unidades de saúde durante a pandemia da Covid-19? *Arca*. 2020; 1(1):1-5.
30. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHMD. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. *Arca*. 2020; 1(2):1-7.
31. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Braga LM, Costa ADS, Thomé B, Schramm FR, Sales Júnior JAL, Fortes P, Rego S, Santos S, Marinho S. Covid-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva? *Arca*. 2020; 1(2):1-6.
32. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistracetti G, Petrini F. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the Covid-19 epidemic. *Crit Care*. 2020; 5(1):1-3.
33. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *Jama*. 2020; 323(16):1545-1546.
34. Rello J, Tejada S, Userovici C, Arvaniti K, Pugin J, Waterer G. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19): A critical care perspective beyond China. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020; 1(1):1-15.
35. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M, Kim R, Jerome KR, Nalla AK, *et al*. Covid-19 in critically ill patients in the Seattle region—case series. *N Engl J Med*. 2020; 382(21):2012-2022.
36. Singh JA, Moodley K. Critical care triaging in the shadow of Covid-19: Ethics considerations. *S Afr Med J*. 2020; 110(5):355-359.

37. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, Esquerda M, Ferrer R, Castellanos A, Trenado J, Amblas J. Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the Covid-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts. *Med Intensiva*. 2020; 122(1):13-15.
38. Jafarey A. Ethical dilemmas in clinical care during COVID-19 pandemic. *J Pak Med Assoc*. 2020; 70(5):145-148.
39. Pattison N. End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (Covid-19) pandemic. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020; 58(1):102-112.
40. Zhao Z, Chen A, Hou W, Graham JM, Li H, Richman PS, Henry C. Prediction model and risk scores of ICU admission and mortality in COVID-19. *PloS one*. 2020; 15(7):236-246.
41. Warrillow S, Austin D, Cheung WY, Close E, Holley A, Horgan B, Jansen M, Joynt G, Lister P, Moodie S, Nichol A, Nicholls M, Peake S, Skowronski G, Streat S, White B, Willmott L. ANZICS guiding principles for complex decision making during the Covid-19 pandemic. *SSRN*. 2020; 12(1):1-5.
42. 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 Jr JG, Marshall MF, Fischkoff K, Evans LE, Tonelli MR, Wax RS, Seda G, Parrish JS, Truog RD, Sprung CL, Christian MD. 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; 1(1):1-7.
43. Parsons JA, Johal HK. Best interests versus resource allocation: could Covid-19 cloud decision-making for the cognitively impaired?. *J Med Ethics*. 2020; 1(1):1-5.
44. Hulsbergen AF, Eijkholt MM, Balak N, Brennum J, Bolger C, Bohrer AM, Feldman Z, Holsgrove D, Kitchen N, Mathiesen TI, Moojen WA, Samprón N, Sames M, Sandvik U, Tisell M, Broekman MLD. Ethical triage during the COVID-19 pandemic: a toolkit for neurosurgical resource allocation. *Acta Neurochir*. 2020; 33(2):1-14.
45. Solnica A, Barski L, Jotkowitz A. Allocation of scarce resources during the Covid-19 pandemic: a Jewish ethical perspective. *J Med Ethics*. 2020; 1(1):1-4.
46. Herreros B, Gella P, Asua DR. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics*. 2020; 7(2):1-9.
47. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J: Acute Car Care*. 2020; 9(3):248-52.
48. White DB, Lo B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *Jama*. 2020; 323(18):1773-1774.
49. Chase J. Caring for Frail Older Adults During Covid-19: integrating public health ethics into clinical practice. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 123(1):1-7.
50. Farrell TW, Francis L, Brown T, Ferrante LE, Widera E, Rhodes R, Rosen T, Hwang U, Witt LJ, Thothala N, Liu SW, Vitale CA, Braun UK, Stephens C, Saliba D. Rationing

- limited health care resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2020; 45(1):1-15.
51. Laventhal N, Basak R, Dell ML, Diekema D, Elster N, Geis G, Mercurio M, Opel D, Shalowitz D, Statter M, Macauley R. The ethics of creating a resource allocation strategy during the Covid-19 pandemic. *Pediatrics.* 2020; 146(1):1-13.
 52. Haas LE, Lange DW, Van Dijk D, Van Delden JJ. Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of Covid-19. *Crit Care.* 2020; 24(1):1-3.
 53. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do Covid-19 em medicina intensiva [Internet]. 2020a [citado 2020 ago 15]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_A_MIB04042020_10h19.pdf.
 54. Biddison ELD, Gwon HS, Schoch-Spana M, Regenber AC, Juliano C, Faden RR, Toner ES. Scarce resource allocation during disasters: a mixed-method community engagement study. *Chest.* 2020; 153(1):187-195.
 55. Conselho Federal De Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. 2010 [citado 2020 ago 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.
 56. Conselho Regional De Medicina do Rio De Janeiro. Recomendação CREMERJ Nº 05/2020 [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 15]. Disponível em: https://www.cremelj.org.br/downloads/pdf/40_recomendacao_cremelj_052020.pdf?inline=inline.
 57. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Recomendação CREMEPE Nº 05 /2020 [Internet]. 2020 [citado 2020 ago 15]. Disponível em: http://www.cremepe.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/RECOMENDA%C3%87%C3%83O-CREMEPEN%C2%BA05_v.final_.pdf.
 58. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. 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 COVID19 [Internet]. 2020b [citado 2020 ago 15]. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/recomendacoes-da-amib-abramede-sbagg-e-ancp-de-alocacao-de-recursos-em-esgotamento-durante-a-pandemia-por-Covid-19/>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo reuniu evidências científicas disponíveis à época de sua realização sobre os diferentes critérios ético-profissionais, que podem apoiar os profissionais de saúde nas tomadas de decisões na triagem, no atendimento, no tratamento e em priorização de serviços para atender pacientes graves da Covid-19.

Como objetivo principal se buscou traçar um panorama sobre os critérios ético-profissionais aplicáveis à época da realização deste estudo para subsidiar o processo de tomada de decisão. Nesse contexto, foram identificados vários critérios para prioridade na atenção de pacientes graves de Covid-19, tais como: parâmetros técnico-médico-científico, a gravidade do quadro clínico, maior idade, ser profissional da saúde, presença de doenças de base incurável, realização de sorteio e pacientes com maior probabilidade de sobrevivência.

De forma complementar, o presente estudo apresentou uma visão geral sobre o panorama de atendimento dos pacientes acometidos pela Covid-19, abordando o processo de triagem, tratamento e priorização. Também foram apresentados os critérios ético-profissionais sobre a eleição para acesso ao tratamento e os requisitos bioéticos utilizados para a tomada de decisão, tendo como referenciais os protocolos estabelecidos e Códigos de Ética Médica e de Enfermagem vigentes à época. Dessa forma, foram identificados o Protocolo AMIB de Alocação de Recursos em Esgotamento Durante a Covid-19, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e Código de Ética Médica (CEM).

Após revisão de escopo e tendo como referência o Protocolo AMIB, que apresenta sugestões aos profissionais de saúde para eleger pacientes graves para o acesso à UTI, identificou-se que o quadro clínico do paciente, a gravidade da doença deve, na maioria dos casos, ser prioridade no atendimento com a existência de destinação de leitos de UTI para melhor atendê-lo.

O impacto para prática profissional se refere à observância dos preceitos éticos para a tomada de decisão. Dessa forma, é fundamental que o profissional de saúde conheça a resolução de seu Conselho profissional, COFEN ou CFM, para que o exercício de sua profissão seja executado com confiança e eficiência. No contexto da Pandemia, o protocolo AMIB junto com as Resoluções dos Conselhos, ajudam na mensuração do risco-benefício de cada decisão. Todo processo de cuidado, que obedece aos requisitos éticos e científicos, pode auxiliar o paciente com Covid-19 para que não seja prejudicado com danos ou malefícios.

Uma das limitações encontradas se refere ao fato de que à época de realização deste trabalho ainda se encontrava incipiente a realização de pesquisas de campo que abordassem,

efetivamente, como os profissionais da saúde enfrentariam essas situações de conflito no contexto hospitalar. Observou-se que apenas um, dos 28 trabalhos divulgava resultados de pesquisa de campo, no qual foram analisadas atitudes, comportamentos e práticas adotadas por parte de profissionais que trabalham em Hospitais. Os outros trabalhos tiveram como desenho revisões de literatura, o que demonstra a necessidade de se realizarem pesquisas empíricas para analisar mais profundamente a complexidade dos debates, que emergiram nesse contexto de excepcionalidade.

No contexto geral, os profissionais de saúde estarão sujeitos a tomadas de decisão complexas e conflitos éticos evidentes diante da Pandemia da Covid-19. Torna-se necessário estruturar o processo de triagem e priorização de atendimento, tendo como referência os princípios éticos definidos pelas entidades de classe e o protocolo AMIB, ou outro que no futuro apresente uma estruturação mais atualizada.

Este estudo apontou para a necessidade de realização de futuras pesquisas de aprofundamento ético e bioético para tomada de decisão, à medida que se tornam conhecidas mais informações sobre a Covid-19, especialmente dos riscos de novas variantes ampliarem ainda mais a demanda pelos Serviços de Saúde, que se encontram comprometidos. Considera-se também a necessidade de estudos voltados para o refinamento constante dos protocolos de triagem e priorização, à medida que se consolidam mais informações na literatura específica.

Por fim, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas, com a finalidade de buscar informações no campo, ou seja, realizar uma busca de informações nas Instituições, que atendem na linha de frente da Covid-19, para verificar quais os que têm sido empregados na prática para eleger pacientes com Covid-19, que irão ou não receber o atendimento especializado.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Entenda a autorização para importação da vacina Coronavac**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/entenda-a-autorizacao-para-importacao-da-vacina-coronavac>. Acesso em: 07 nov. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Vacinas - Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>. Acesso em: 17 maio 2021.
- ALESSI, G. **O que já se sabe até agora sobre o novo coronavírus no Brasil**. El País, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/InXAd>. Acesso em: 14 abr. 2020.
- ANTUNES, A. **Emergência sanitária**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/qyRjYj6>. Acesso em: 14 mai. 2020.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Recomendações da AMIB, ABRAMEDE, SBBG e ANCP de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID19**. 2020b. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/recomendacoes-da-amib-abramede-sbbg-e-ancp-de-alocacao-de-recursos-em-esgotamento-durante-a-pandemia-por-covid-19/>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do Covid-19 em medicina intensiva**. 2020a. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_A_MIB04042020_10h19.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.
- AZOULAY, É. *et al.* Admission decisions to intensive care units in the context of the major Covid-19 outbreak: Local guidance from the Covid-19 Paris-region area. **Crit Care**, v. 24, n. 293, 2020.
- BARRETO, I. C. H. C. *et al.* **Colapso na Saúde em Manaus: O fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19**. Scielo Preprints, 2021. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1862/version/1975>. Acesso em: 23 fev. 2021.
- BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2011.
- BASTOS, L. S. *et al.* COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: Uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00070120, 2020.

BBC. **Coronavírus:** Por que é fundamental 'achatar a curva' da transmissão no Brasil. BBC News, Brasil, 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/yyTITsh>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BBC. **Vacinas contra coronavírus:** O que sabemos sobre eficácia e sobre quando poderão estar disponíveis. BBC News, Brasil, 2020b. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54988127>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BELASCO, A. G. S.; FONSECA, C. D. Coronavírus 2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, e2020n2, 2020.

BENITO, L. A. O. *et al.* Variantes do vírus SARS-COV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 205-219, 2021.

BENVENUTO, D. *et al.* The 2019 new Coronavirus Epidemic: Evidence for Virus Evolution. **J. of Med. Virology**, v. 92, 2020.

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411-2421, 2020.

BEZERRA, G. D. *et al.* O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, ed. esp. Covid-19, p. e020012, 2020.

BHATRAJU, P. K. *et al.* Covid-19 in critically ill patients in the Seattle region-case series. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 21, p. 2012-2022.

BIDDISON, E. L. D. *et al.* Scarce resource allocation during disasters: A mixed-method community engagement study. **Chest**, v. 153, n. 1, p. 187-195, 2020.

BOAS, P. J. F. V. *et al.* Critérios de internação em unidade de terapia intensiva para idosos: idade cronológica não pode ser fator decisório isolado. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 1-3, 2020.

BOLDT, J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. **Philosophy, Ethics and Humanity in Medicine**, v. 14, n. 1, p. 6, 2019.

BONELLA, A. E.; ARAUJO, M.; DALL'AGNOLL, D. Bioética em tempos de pandemia: Testes clínicos com Cloroquina para tratamento de COVID-19. **Veritas**, v. 65, n. 2, p. e37991-e37991, 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020.** Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, que estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). 2020g. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10316.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional

do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. Diário Oficial da União, 18 de outubro 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/NyRh7ai>. Acesso em: 14 mai. 2020.

BRASIL. **Informe Técnico**. 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://bityli.com/nPja9>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. 2020f. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS**. 2020h. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/MS---0014167392---Nota-Informativa.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Doença pelo coronavírus 2019**: ampliação da vigilância, medidas não farmacológicas e descentralização do diagnóstico laboratorial. 2020b. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. **Especial**: Doença pelo coronavírus 2019. 2020d. Disponível em: <https://www.saude.gov>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 34 p.

CARDOSO, J. **Coronavírus**: O futuro não poderá esconder a desigualdade no Brasil. Brasil de Fato, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/zt6jJxZ>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CARNEIRO, D. O. *et al.* Prevalência de cura e óbito por COVID-19 no estado da Bahia, Brasil, e sua correlação com condições médicas subjacentes. **Visão Acadêmica**, v. 21, n. 4, p. 32-48, 2021.

CASTILHO, L. A enfermagem como foco principal ao sucesso da vacinação contra a COVID-19. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 274, p. 5344-5345, 2021.

CHASE, J. Caring for frail older adults during COVID-19: Integrating public health ethics into clinical practice. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 123, n. 1, p. 1-7, 2020.

CHEN, D. *et al.* Expert consensus for managing pregnant women and neonates born to mothers with suspected or confirmed novel coronavirus (COVID-19) infection. **International Journal of Gynaecology Obstetric**, v. 149, p. 130-136, 2020.

CHEN, H. J. *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. **Lancet**, v. 395, n. 10226, p. 809-815, 2020.

CHEN, T. *et al.* Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. **Bmj**, v. 368, m1091, 2020.

CHINA NEWS. **The SRAS-COV-2 nucleic acid detected for the first time on the surface of door handle in Guangzhou and cleaning taken attention.** 2020. Disponível em: <http://www.china news.com/sh/2020/02-03/90768 56.shtml.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CHOO, S. W. *et al.* Are pangolins scapegoats of the COVID-19 outbreak-CoV transmission and pathology evidence? **Conservation Letters**, v. 13, n. 6, p. e12754, 2020.

CODEÇO, C. T. *et al.* **Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras.** Rio de Janeiro: PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, 2020.

COLSON, P. *et al.* Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 5, n. 41, p. e105932, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Cofen publica nota de esclarecimento sobre o Coronavírus (COVID-19).** 2020b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-o-coronavirus-covid-19_77835.html. Acesso em: 22 maio de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Legislação dos profissionais de enfermagem.** 2019. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/09/projeto-codigo.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Manual de perguntas e respostas relacionadas à Covid-19.** 2020a. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/09/MPRCovid2.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.805/06. 2006. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.156, de 28 de outubro de 2016.** Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Reconhecer a Importância do SUS é o primeiro passo contra a pandemia.** #DefendaoSUS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/syRjGHF>. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO. **Recomendação CREMEPE Nº 05 /2020.** 2020. Disponível em: http://www.cremepe.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/RECOMENDA%C3%87%C3%83O-CREMEPEN%C2%BA05_v.final_.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO. **Recomendação CREMERJ N° 05/2020**. 2020. Disponível em: https://www.cremerj.org.br/downloads/pdf/40_recomendacao_cremerj_052020.pdf?inline=inline. Acesso em: 15 ago. 2020.
- COSTA, C. M. A.; POMPERMAYER, F. C. L.; COSTA, A. S. Protocolos em tempos de pandemia por COVID-19 com critérios para alocação de recursos escassos: Podem considerá-los (in)justos? **Diversitates International Journal**, v. 12, n. 1, p. 131-162, 2020.
- CRODA, J. *et al.* COVID-19 in Brazil: Advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p. e20200167, 2020.
- CUNHA, M. *et al.* Quantos poderiam ter sido salvos? Efeitos do distanciamento social na COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 1, p. 12-26, 2021.
- DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: Limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020.
- DIAS, T. *et al.* **Coronavírus: Pouco caso de Bolsonaro pode custar 478 mil vidas ao Brasil**. The Intercept Brasil, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/52Fy9>. Acesso em: 13 abr. 2020.
- DOMINGO, T. Hacia una antropología hermenéutica del sufrimiento: Fenomenología de la acción (y del sufrir), ética de la resistencia y hermenéutica de la parsimonia. Una presentación de El sufrimiento no es el dolor de Paul Ricoeur. **Isegoría**, v. 60, p. 75-91, 2019.
- DONG, L.; HU, S.; GAO, J. Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Drug Discoveries & Therapeutics**, v. 14, n. 1, p. 58-60, 2020.
- DOREMALEN, N. *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 1564-1567, 2020.
- ENGSTROM, E. *et al.* Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. **Arca: Repositório da Fiocruz**, v. 1, n. 2, p. 1-5, 2020.
- FARIAS, D. E. C. S. **Conflitos éticos no gerenciamento em enfermagem: Da percepção à tomada de decisão**. 2015, 222 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- FARRELL, T. W. *et al.* Rationing limited health care resources in the COVID-19 era and beyond: ethical considerations regarding older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 45, n. 1, p. 1-15, 2020.
- FIGUEIREDO, F. C. X. S. **Impacto das infecções nosocomiais em Unidade de Terapia Intensiva sobre o estado funcional de pacientes críticos sob ventilação mecânica**. 2020, 51 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

- FINKLER, M. **Educação e bioética deliberativa na promoção da saúde, da democracia e dos Direitos Humanos**. Palestra apresentada na Meda Redonda “Educação na promoção da saúde, da democracia e dos DH”, no XIII Congresso Brasileiro de Bioética, Goiânia, Go, 16-18 out. 2019.
- FORTES, I. O sofrimento como travessia: Nietzsche e a psicanálise. **Revista POS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 99-111, 2014.
- FREITAS, A. R. R.; GIOVANETTI, M.; ALCANTARA, L. C. J. Variantes emergentes do SARS-CoV-2 e suas implicações na saúde coletiva. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 4, p. 1-8, 2021.
- FREITAS, B. H. B. M.; ALVES, M. D. S. M.; GAÍVA, M. A. M. Medidas de prevenção e controle de infecção neonatal por COVID-19: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 2, 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUS. **Observatório Covid-19 Fiocruz alerta para rejuvenescimento da pandemia no Brasil**. Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-fiocruz-alerta-para-rejuvenescimento-da-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 17 maio 2021.
- GALLASCH, C. H. *et al.* Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. **Revista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2020.
- GAO, Q. *et al.* Development of an inactivated vaccine candidate for 367 SARS-CoV-2. **Science**, v. 369, n. 6499, p. 77-81, 2020.
- GARCIA FILHO, C.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: Descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020191, 2020.
- GARCIA, D. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 4, n. 2, p. 223-232, 2001.
- GARRAFA, V. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.
- GAUTIER, J. F.; RAVUSSIN, Y. A new symptom of COVID-19: Loss of taste and smell. **Obesity**, v. 28, n. 5, p. 848, 2020.
- GAUTRET, P. *et al.* Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. **International Journal of Antimicrobial Agents**, p. e105949, 2020.
- GIACOMELLI, A. *et al.* Self-reported olfactory and taste, disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 15, p. 889-890, 2020.
- GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. Os comitês de ética hospitalar. **Revista de Bioética**, v. 6, n. 2, p. 1-15, 2020.

- GOMES, M. P. *et al.* Perfil dos profissionais de enfermagem que estão atuando durante a pandemia do novo Coronavírus. **Journal of Nursing Health**, v. 10, n. 4, p. e201040262020, 2020.
- GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 12, n. 1, p. 17-36, 2020.
- GRACIA, D. **Deliberación moral**. El papel de las metodologías en ética clínica. Material didáctico del curso. Madrid: Universidad Complutense, 2009.
- GRACIA, D. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 6, n. 3, p. 227-233, 2003.
- GRACIA, D. **Ética y ciudadanía**: Construyendo la ética. PPC: Madrid, 2016.
- GRANDE, L. F. Vulnerabilitat i deliberació en temps d'epidèmia. **Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason**, v. 65, p. 27-36, 2020.
- GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: Early experience and forecast during an emergency response. **Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 16, p. 1545-1546, 2020.
- GUAN, W. *et al.* Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. **European Respiratory Journal**, v. 55, n. 5, 2000547, 2020.
- GUILHEM, D.; DINIZ, D. **O que é ética em pesquisa**. São Paulo: Brasiliense, 2017, eBook.
- HAAS, L. E. *et al.* Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19. **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 1-3, 2020.
- HADAYA, J.; SCHUMM, M.; LIVINGSTON, E. H. Testing individuals for coronavirus disease 2019 (COVID-19). **JAMA**, v. 323, n. 19, p. 1981, 2020.
- HAN, Q. *et al.* Uncertainties about the transmission routes of 2019 novel coronavirus. **Influenza and Other Respiratory Viruses**, v. 14, n. 4, p. 470-471, 2020.
- HERREROS, B.; GELLA, P.; ASUA, D. R. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: Better and worse ethical arguments. **Journal of Medical Ethics**, v. 7, n. 2, p. 1-9, 2020.
- HILGENFELD, R. From SARS to MERS: Crystallographic studies on coronaviral proteases enable antiviral drug design. **The FEBS Journal**, v. 281, n. 18, p. 4085-4096, 2014.
- HULSBERGEN, A. F. *et al.* Ethical triage during the COVID-19 pandemic: A toolkit for neurosurgical resource allocation. **Acta Neurochirurgica**, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2020.
- ISAILĂ, O-M.; HOSTIUC, S. O dever de tratar no contexto da pandemia de covid-19. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 426-431, 2020.

ISER, B. P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020233, 2020.

ISERSON, K. V. Healthcare ethics during a pandemic. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 21, n. 3, p. 477, 2020.

JAFAREY, A. Ethical dilemmas in clinical care during COVID-19 pandemic. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 70, n. 5, p. 145-148, 2020.

JANSEN, R. **Colapso do sistema de saúde torna covid-19 mais mortal no Brasil, alerta Fiocruz**. 2021. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/colapso-do-sistema-de-saude-torna-covid-19-mais-mortal-no-brasil-alerta-fiocruz,4d45b18d3009a628fa197ad0c44a262fd4n1tib8.html>. Acesso em: 31 mar. 2021.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBI reviewers' manual**. 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/xt6lQYI>. Acesso em: 13 abr. 2020.

JOHNS HOPKINS. **Coronavirus Research Center**. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 20 abr. 2021.

JUCÁ, B. **Margareth Dalcolmo**: O isolamento social severo e o SUS são as grandes armas do Brasil contra a pandemia. El País, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/2wWIg>. Acesso em: 14 abr. 2020.

LAI, C. C. *et al.* Asymptomatic carrier state, acute respiratory disease, and pneumonia due to severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2): Facts and myths. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v. 53, n. 3, p. 404-412, 2020.

LANCET, T. **Palliative care and the COVID-19 pandemic**. Elsevier, 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/AytHwOa>. Acesso em: 21 abr. 2020.

LANCET, T. **The gendered dimensions of COVID-19**. Elsevier, 2020b. Disponível em: <https://cutt.ly/9ytHjGv>. Acesso em: 21 abr. 2020.

LAVENTHAL, N. *et al.* The ethics of creating a resource allocation strategy during the COVID-19 pandemic. **Pediatrics**, v. 146, n. 1, p. 1-13, 2020.

LE, T. T. *et al.* The COVID-19 vaccine development landscape. **Nat. Rev. Drug. Discov.**, v. 19, n. 5, p. 305-306, 2020.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: Advancing the methodology. **Implement Science**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2010.

LIN, Z. Analysis of hospital resource availability and COVID-19 mortality across the United States. **Journal of Hospital Medicine**, v. 16, n. 4, p. 211-214, 2021.

LIU, J. *et al.* Hydroxychloroquine, a less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS-CoV-2 infection in vitro. **Cell Discovery**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2020.

LOBO-GALO, N. *et al.* FDA-approved thiol-reacting drugs that potentially bind into the SARS-CoV-2 main protease, essential for viral replication. **Journal of Biomolecular Structure and Dynamics**, v. 39, n. 9, p. 3419-3427, 2021.

LU, Q.; SHI, Y. Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: What neonatologist need to know. **Journal of Medicine and Virology**, v. 92, n. 6, p. 564-567, 2020.

MACIEL, E. L. N. A campanha de vacinação contra covid-19 no Brasil: oportunidades e desafios. **Nursing**, v. 24, n. 274, p. 5340-5340, 2021.

MARINHO, S. *et al.* Faz sentido instituir Comissão de Bioética Hospitalar (CBH) nas unidades de saúde durante a pandemia da Covid-19? **Arca: Repositório da Fiocruz**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2020.

MARQUES, L. C. *et al.* Covid-19: Cuidados de enfermagem para segurança no atendimento de serviço pré-hospitalar móvel. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 29, p. e20200119, 2020.

MARTINS, P. **Faz sentido instituir Comissão de Bioética Hospitalar (CBH) nas unidades de saúde durante a pandemia da Covid-19?** ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtbioetica/2020/08/10/faz-sentido-instituir-comissao-de-bioetica-hospitalar-cbh-nas-unidades-de-saude-durante-a-pandemia-da-covid-19-artigo/>. Acesso em: 01 maio 2021.

MAVES, R. C. *et al.* 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**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2020.

MIRANDA, F. M. A. *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. e72702, 2020.

MODAS, D. A.; NUNES, E. M. Instrumentos de avaliação do risco de prolongamento de internação hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 237-245, 2019.

MOHER, D. *et al.* The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Traduzido por Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-traduzido por: David Harrad. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

MOREIRA, R. S. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da PNAD-COVID19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00238420, 2021.

NASCIMENTO, V. A. *et al.* Características clínicas e efeitos do Covid-19 nos pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Archives of Health Investigation**, v. 9, n. 6, p. 617-622, 2020.

NATARAJAN, S. **‘Desligo os respiradores e os ajudo a morrer em paz’**: Relatos de uma UTI com pacientes de covid-19. BBC News Brasil, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/SytANtN>. Acesso em: 21 abr. 2020.

- NELSON, T. D. Ageism. In: Nelson T. D. (ed.). **Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination**. Psychology Press, 2016, p. 337-353.
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Saúde Mental e Qualidade de Vida de estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 334-337, 2018.
- NORA, C. R. D. *et al.* Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. e4500014, 2016.
- OLIVEIRA, A. A. S. Bioética clínica e direitos humanos: A interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. **Revista Bioethikos**, v. 7, n. 1, p. 388-397, 2013.
- OPAS BRASIL. **Brasil**. Site de Referência da Organização Mundial da Saúde no Brasil. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/bra>. Acesso em: 14 mai. 2020.
- OPAS BRASIL. **Folha informativa sobre COVID-19**. Site de Referência da Organização Mundial da Saúde no Brasil. 2020a. Disponível em: <https://cutt.ly/ayRhcr6>. Acesso em: 14 maio 2020.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Brasil recebe mais de 3 milhões de vacinas contra Covid-19 via Covax**. 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/05/1750002>. Acesso em: 17 maio 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>. Acesso em: 18 out. 2020.
- PACHECO JUNIOR, J. M. C.; GOMES, R. Tomada de decisão e alta administração: A implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2485-2496, 2016.
- PAHO. **ONGOING Living update of COVID-19 therapeutic option**: Summary of evidence. 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52719/PAHOIMSEIHCOVID-1921015_eng.pdf?sequence=39&isAllowed=y. Acesso em: 11 maio 2021.
- PALLOTTA, A. M. *et al.* Monoclonal antibodies for treating COVID-19. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, p. 1-5, 2021.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Ongoing living update of COVID-19 therapeutic options**: Summary of evidence. Rapid Review, 2021.
- PARSONS, J. A.; JOHAL, H. K. Best interests versus resource allocation: could COVID-19 cloud decision-making for the cognitively impaired? **Journal of Medical Ethics**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2020.
- PATTISON, N. End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 58, n. 1, p. 102-112, 2020.

PENG, X. *et al.* Rotas de transmissão do 2019-nCoV e controles na prática odontológica. **International Journal of Oral Science**, v. 12, n. 9, p. 1-14, 2020.

PETERS, M. *et al.* Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (ed.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. Chapter 11. The Joanna Briggs Institute, 2017.

PIMENTEL, W. Resenha do livro “Bioética e COVID-19”, coordenado por Luciana Dadalto. **Revista IBERC**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 347-353, maio/ago. 2020.

PINTO, C. D. B. S.; MIRANDA, E. S.; CASTRO, C. G. S. O. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00348020, 2021.

PIZZIO, A. Embates acerca da ideia de justiça social em relação a conflitos sociais e desigualdades. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 3, p. 255-375, 2016.

PLOWRIGHT, R. K. *et al.* Pathways to Zoonotic Spillover. **Nature Reviews Microbiology**, v. 15, n. 8, p. 502-510, 2017.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: de Diego Gracia a Xavier Zubiri. Madrid: Triacastela, 2011.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES. Ministério da Saúde. **Campanhas**. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/index.html>. Acesso em: 17 maio 2021.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 22646, 2017.

RE, A.; NICOLUSSI, A. Controversial recommendations for difficult choices in the pandemic: Ethical-legal notes on the responsibility of doctors and guidelines, **Medicina e Morale**, v. 69, n. 3, p. 347-370, 2020.

RELLO, J. *et al.* Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A critical care perspective beyond China. **Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2020.

RING, N. *et al.* A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews. **Glasgow: Quality Improvement Scotland**, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2010.

ROCCO, F. V. de C. **Intervenções de perspeção positiva**: Uma revisão de escopo. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

ROCHA, M. D. E. S.; ROCHA, S. A. Resolução de conflitos bioéticos no cenário hospitalar brasileiro: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2019.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. *et al.* Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 34, p. 101623, 2020.

RUBIN, R. COVID-19 Vaccines vs Variants-Determining How Much Immunity Is Enough. **JAMA**, v. 325, n. 13, p. 1241-1243, 2021.

RUBIO, O. *et al.* Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts. **Medicine Intensiva**, v. 122, n. 1, p. 13-15, 2020.

SÁ, C. S. C. *et al.* Distanciamento social covid-19 no Brasil: Efeitos sobre a rotina de atividade física de famílias com crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, p. 1-8, 2021.

SANCHES, M. A. *et al.* Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 410-417, 2020.

SANTOS, M. T. **O que é a Iniciativa Covax contra a Covid-19 e como ela funciona.** 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-e-a-iniciativa-covax-contra-a-covid-19-e-como-ela-funciona/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Revista de Epidemiologia do Serviço de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-15, 2020.

SCHRAMM, F. R. A terceira margem da saúde: A ética “natural”. **História da Ciência da Saúde Manguinhos**, v. 1, n. 2, p. 54-68, 1995.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sergio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 361-370, 2008.

SEQUINEL, R. *et al.* Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da covid-19: compêndio informativo sob o ponto de vista da química envolvida. **Química Nova**, v. 43, n. 5, p. 679-684, 2020.

SHEAHAN, T. P. *et al.* Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. **Nature Communications**, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2020.

SHI, S. *et al.* Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. **JAMA Cardiology**, v. 5, n. 7, p. 802-810, 2020.

SHIN, M. D. *et al.* COVID-19 vaccine development and a potential nanomaterial path forward. **Nature nanotechnology**, v. 15, n. 8, p. 646-655, 2020.

SILVA, M. F. *et al.* Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: Uma revisão integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 4, p. 1-14, 2021.

SILVA, T. N. Deontological aspects of the nursing profession: Understanding the code of ethics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n.1, p. 3-10, 2018.

SINGH, J. A.; MOODLEY, K. Critical care triaging in the shadow of COVID-19: Ethics considerations. **South African Medical Journal**, v. 110, n. 5, p. 355-359, 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva? **Arca: Repositório da Fiocruz**, v. 1, n. 2, p. 1-5, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. **Anosmia, hiposmia e ageusia - sintomas na infecção por COVID-19?** São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Caso Clínico - Bioética**. 2017. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/sbn-cientifico/blog-cientifico/single-cientifica/news/caso-clinico-bioetica/#:~:text=Uma%20das%20ferramentas%20para%20an%C3%A1lise%20e%20procedimento%20de,buscando%20a%20justa%20medida%20na%20tomada%20de%20decis%C3%B5es>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SOLNICA, A.; BARSKI, L.; JOTKOWITZ, A. Allocation of scarce resources during the COVID-19 pandemic: a Jewish ethical perspective. **Journal of Medical Ethics**, v. 1, n. 1, p. 1-4, 2020.

SOUSA NETO, A. R.; FREITAS, D. R. J. Utilização de máscaras: indicações de uso e manejo durante a pandemia da covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, p. e72867, 2020.

SOUZA, A. S.; RANGEL, E. T. Autoconhecimento sobre saúde como boas práticas de segurança: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 48, p. 1416-1423, 2019.

THIAGARAJAN, K. Why is India having a covid-19 surge? **BMJ**, v. 373, n. 1124, 2021.

TOLIA, V. M.; CHAN, T. C.; CASTILLO, E. M. Preliminary results of initial testing for coronavirus (COVID-19) in the emergency department. **West Journal of Emergency in Medicine**, v. 21, n. 3, p. 503-506, 2020.

TORELLY, F. **Os impactos da Covid-19 na transformação do sistema de saúde**. 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/os-impactos-da-covid-19-na-transformacao-do-sistema-de-saude/>. Acesso em: 16 out. 2020.

TORRES, A.; FÉLIX, A. A. A.; OLIVEIRA, P. I. S. Escolhas de Sofia e a pandemia de COVID-19 no Brasil: reflexões bioéticas. **Revista Bioética Derecho**, v. 50, n. 1, p. 333-352, 2020.

TOSTA, W. **Protocolo sugere parâmetros para médicos escolherem quais pacientes com covid-19 terão prioridade**. Disponível em:

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,protocolo-sugere-parametros-para-medicos-escolherem-quais-pacientes-com-covid-19-terao-prioridade>. Acesso em: 31 mar. 2021.

TRICCO, A. C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Medicine Research Methods**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

VAIRA, L. A. *et al.* Anosmia and ageusia: common findings in COVID-19 patients. **The Laryngoscope**, v. 130, n. 7, p. 1787-1787, 2020.

VENTURA, D. F. L. *et al.* Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 2020.

VERGANO, M. *et al.* Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. **Critical Care**, v. 5, n. 1, p. 1-3, 2020.

VIEIRA, A. **Decisão do STF sobre isolamento de estados e municípios repercute no Senado**. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/16/decisao-do-stf-sobre-isolamento-de-estados-e-municipios-repercute-no-senado>. Acesso em: 12 out. 2020.

VINCENT, J. L.; CRETEUR, J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. **European Heart Journal - Acute Cardiovascular Care**, v. 9, n. 3, p. 248-252, 2020.

WANG, L. *et al.* Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection. **Annals of Translational Medicine's**, v. 8, n. 3, p. 47, 2020.

WARRILLOW, S. *et al.* ANZICS guiding principles for complex decision making during the COVID-19 pandemic. **SSRN**, v. 12, n. 1, p. 1-5, 2020.

WHITE, D. B.; LO, B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. **Journal of the American Medical Association**, v. 323, n. 18, p. 1773-1774, 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p. 1-4, 2020.

WOELFEL, R. *et al.* **Clinical presentation and virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019 in a travel-associated transmission cluster**. medRxiv Forthcoming, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20030502>. Acesso em: 19 out. 2020.

WONG, A. *et al.* Global epidemiology of bat coronaviruses. **Viruses**, v. 11, n. 2, p. 174, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2021b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**, Genebra, 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 16 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/who-documents-detail/draft-landscape-of-covid-19-andidate-vaccines>. Acesso em: 16 out. 2020.

XIAO, F. *et al.* Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. **Emerging infectious diseases**, v. 26, n. 8, p. 1920, 2020.

YAN, Y. *et al.* Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. **Dermatologic Therapy**, v. 33, n. 4, p. e13310, 2020.

ZHANG, Y. J. *et al.* **Immunogenicity and safety of a SARS-CoV-2 inactivated vaccine in healthy adults aged 18-59 years**: Report of the randomized, double-blind, and placebo-controlled phase 2 clinical trial. MedRxiv, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.31.20161216v1.full.pdf+html>. Acesso em: 16 out. 2020.

ZHAO, Z. *et al.* Prediction model and risk scores of ICU admission and mortality in COVID-19. **PloS one**, v. 15, n. 7, p. 236-246, 2020.

ZHU, N. *et al.* A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020.

ZOBOLI, E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 2, p. 1-19, 2016.

ZOBOLI, E. Bioética clínica na diversidade: A contribuição da proposta deliberative de Diego Gracia. **Revista – Centro Universitário São Camilo**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012.