

# Tomada de decisões dos profissionais de saúde na COVID-19: revisão integrativa

*Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review*

*Toma de decisiones de los profesionales de salud frente al COVID-19: revisión integrativa*

**Camila Oliveira Valente<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-0754-488X

**Fernanda Rios da Silva<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6584-6651

**Fernanda Carneiro Mussi<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-0692-5912

**Maria Ribeiro Lacerda<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-5035-0434

**Kátia Santana Freitas<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0491-6759

**Darci de Oliveira Santa Rosa<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-5651-2916

<sup>I</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

## Como citar este artigo:

Valente CO, Silva FR, Mussi FC, Lacerda MR, Freitas KS, Santa Rosa DO. Decision making by health professionals during COVID-19: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 1):e20210067. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0067>

## Autor Correspondente:

Fernanda Rios da Silva

E-mail: enfafermandarios@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

**Submissão:** 13-08-2020    **Aprovação:** 22-06-2021

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre a tomada de decisões dos profissionais de saúde na pandemia COVID-19. **Métodos:** Revisão integrativa nas bases CINAHL, MEDLINE, Scopus, ScienceDirect e WoS e na BVS. Critérios de inclusão: artigos originais disponíveis na íntegra, em qualquer idioma, relacionados ao objeto investigado. **Resultados:** Os profissionais de saúde nesta pandemia têm tomado decisões baseadas em princípios éticos/bioéticos (utilitarismo, beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, proporcionalidade, flexibilidade, prognóstico clínico, duração de uma necessidade e atendimento justo), valores (solidariedade, igualdade, equidade, utilidade, autonomia relacional, confiança, reciprocidade, maximização dos benefícios dos recursos e priorização daqueles em pior situação), crenças e motivações pessoais, protocolos, diretrizes, ferramentas, algoritmos, recomendações e critérios. **Considerações finais:** A tomada de decisões nunca se fez tão necessária como nesta pandemia. Este artigo não fornece uma receita pronta aos profissionais, pois a tomada de decisões envolve múltiplos fatores, todavia apresenta várias bases capazes de auxiliá-los neste difícil processo.

**Descritores:** Tomada de Decisões; Ética; Pessoal de Saúde; Pandemias; Infecções por Coronavírus.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the scientific production on the decision making of health workers during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Integrative review in the databases CINAHL, MEDLINE, Scopus, ScienceDirect, WoS, and BVS. Inclusion criteria: original articles available in full, in any language, related to the object investigated. **Results:** During this pandemic, health workers have been making decisions based on ethical/bioethical principles (utility, beneficence, non-maleficence, autonomy, justice, proportionality, flexibility, clinical prognosis, duration of the need, and fair health attention), values (solidarity, equality, equity, utilitarianism, relational autonomy, reliability, reciprocity, maximization of the benefits and resources, and prioritization of those in worse conditions), beliefs and personal motivation, protocols, directives, tools, algorithms, recommendations, and criteria. **Final considerations:** Decision making has never been so necessary as in this pandemic. This article is not a recipe for the professionals, since decision making is based on numerous factors. However, it provides them with a foundation that can be helpful in this difficult process.

**Descriptors:** Decision Making; Ethics; Health Personnel; Pandemics; Coronavirus Infections.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar producciones científicas sobre la toma de decisiones de profesionales de salud frente al COVID-19. **Métodos:** Revisión integrativa en las bases CINAHL, MEDLINE, Scopus, ScienceDirect y WoS y BVS. Criterios de inclusión: artículos originales disponibles integralmente, en cualquier idioma, relacionados al objeto investigado. **Resultados:** Profesionales de salud en esta pandemia toman decisiones basadas en principios éticos/bioéticos (utilitarismo, beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, proporcionalidad, flexibilidad, pronóstico clínico, duración de una necesidad y atención justa), valores (solidaridad, igualdad, equidad, utilidad, autonomía relacional, confianza, reciprocidad, maximización de los beneficios de los recursos y priorización de aquellos en peor situación), creencias y motivaciones personales, protocolos, directrices, herramientas, algoritmos, recomendaciones y criterios. **Consideraciones finales:** La toma de decisiones nunca fue tan necesaria como en esta pandemia. Este artículo no proporciona una receta lista a profesionales, pues la toma de decisiones envuelve múltiples factores, aún presenta varias bases capaces de auxiliarlos en este difícil proceso.

**Descriptorios:** Toma de Decisiones; Ética; Personal de Salud; Pandemias; Infecciones por Coronavirus.

## INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), caracterizando-a como pandemia<sup>(1)</sup>. A maioria dos países falhou em reconhecer a ameaça do coronavírus logo de início, não sabendo como lidar com a situação<sup>(2)</sup>. O escasso conhecimento sobre os modos de transmissão e o comportamento das pessoas assintomáticas na difusão do SARS-CoV-2, aliados à inexistência de vacinas e alternativas terapêuticas específicas, desafiaram pesquisadores, gestores da saúde e governantes na busca de medidas de saúde pública não farmacológicas que reduzissem o ritmo de propagação do vírus<sup>(3)</sup>.

A OMS, com o intuito de direcionar as práticas em saúde, elaborou medidas restritivas como bloqueios, quarentena e isolamento social; medidas diagnósticas como testar suspeitos; e rastreamento de contatos e isolamento de pessoas com indícios ou diagnóstico confirmado da doença. Tentava-se conter a propagação do vírus<sup>(1,4)</sup>, minimizar os índices de morbimortalidade e reduzir a sobrecarga dos sistemas de saúde<sup>(1,4-6)</sup>.

Os profissionais de saúde na linha de frente do combate à COVID-19 começaram a ter dificuldades no que diz respeito à tomada de decisões (TD), um processo que envolve ações lógicas e psicológicas, atitudes, fatos, fenômenos e valores, com vistas à escolha ou seleção da alternativa mais adequada entre as disponíveis, para o alcance de um objetivo traçado<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, devido à crise pandêmica que alterou a oferta de assistência em saúde pelo aumento da demanda por atendimento e escassez de recursos, os profissionais de saúde passaram a questionar sobre como proceder em situações nunca antes vivenciadas, de difícil resolutividade<sup>(8-9)</sup> e que exigiam a TD rápida, sem dar espaço para a reflexão aprofundada nem planejamento necessário<sup>(10-11)</sup>. Então, isso fez surgir dúvidas, dilemas e conflitos éticos e morais.

Dentre os questionamentos levantados pelos profissionais, destacam-se: Cometo infração ética e incorro em crime de omissão de socorro ao deixar de oferecer assistência adequada para pessoas vulneráveis? Sendo a morbimortalidade maior entre idosos, devo priorizar um paciente mais jovem em detrimento de um mais velho<sup>(12)</sup>? Ao atender dois pacientes com necessidade de ventilação mecânica e havendo apenas um ventilador, qual deles devo escolher<sup>(11,13)</sup>? Na ausência de equipamento de proteção individual (EPI) adequado, tenho a obrigação moral e o dever profissional de prestar assistência<sup>(9,13)</sup>? Como deve ocorrer a admissão de paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) durante uma pandemia<sup>(11,14)</sup>? Como alocar recursos escassos, como leitos de UTI, ventiladores e medicamentos? Como é possível abordar questões de fim de vida, incluindo não ressuscitar o paciente<sup>(15)</sup>? Na minha prática profissional, tomo decisões éticas<sup>(16)</sup>?

Diante disso, recomendações, modelos de TD, protocolos, orientações e atualizações têm sido continuamente requisitados pelos profissionais e oferecidos por instituições e sistemas de saúde, no intuito de tornar mais transparente o processo de TD à sociedade e trazer segurança aos profissionais e usuários dos serviços de saúde. Considerando o exposto, este estudo traz à discussão e reflexão bases para a TD adotadas por profissionais

de saúde que trabalham cotidianamente no combate à COVID-19 em distintos cenários.

## OBJETIVO

Analisar as produções científicas sobre a tomada de decisões dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Devido à natureza bibliográfica da pesquisa, foi dispensada a sua avaliação e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, todavia os aspectos éticos e os direitos de autoria das produções referenciadas foram considerados.

### Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que reúne e resume o conhecimento científico produzido sobre determinada área ou fenômeno de interesse, por meio da busca, avaliação e sintetização do saber existente, a fim de contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências científicas<sup>(17)</sup>.

### Cenário do estudo

Esta revisão foi desenvolvida no momento em que a pandemia da COVID-19 tomava proporções numéricas alarmantes, os sistemas de saúde estavam sobrecarregados e a taxa de mortalidade mundial era elevada.

### Procedimentos metodológicos

Para o desenvolvimento deste estudo, cumpriram-se as seguintes etapas: 1) formulação da pergunta de pesquisa – acrônimo PICO; 2) amostragem – estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; busca nas bases de dados e seleção dos estudos; 3) extração dos dados – preenchimento de dois quadros com informações das produções que integraram o corpus do trabalho; 4) avaliação crítica das produções incluídas – classificação do NE; 5) análise e síntese dos resultados – coleta de informações com foco na pergunta de pesquisa; e 6) apresentação da revisão integrativa<sup>(17)</sup>.

### Coleta e organização dos dados

Neste estudo, para a elaboração da pergunta norteadora, foi utilizada a estratégia PICO<sup>(18)</sup>: (P) População – profissionais de saúde; (I) Fenômeno de interesse – tomada de decisões; e (Co) Contexto – tempos de pandemia da COVID-19. Assim, foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorre a tomada de decisões dos profissionais de saúde em tempos de pandemia da COVID-19?

Para respondê-la, realizou-se o levantamento de estudos acerca da temática, com a seleção de termos validados no *Medical Subject Headings* (Mesh/PubMed) e seus respectivos sinônimos no *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), considerando-se aqueles que se adequavam melhor à questão de pesquisa. Foram consultadas as

seguintes bases de dados eletrônicas: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scopus, ScienceDirect e Web of Science (WoS); além da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nas bases de dados, assim como no portal BVS, foram realizadas associações entre descritores e os operadores booleanos AND e OR, sendo estruturadas as estratégias de busca apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Bases de dados e portal consultados, bem como suas respectivas estratégias de buscas

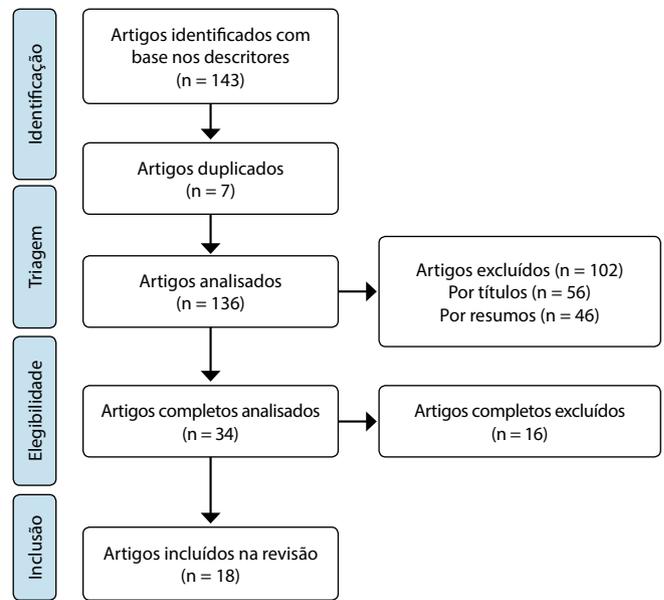
Base/Portal de dados	Estratégias de busca
CINAHL/ MEDLINE/ WoS/ Portal da BVS	"Decision Making" AND ("Health Personnel" OR "Health Care Provider" OR "Health Care Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Worker" OR "Healthcare Workers" OR "Personnel, Health" OR "Provider, Health Care" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Health Care" OR "Providers, Healthcare" AND ("Ethics" OR "Ethical Issue" OR "Ethical Issues" OR "Ethics, Situational" OR "Issues, Ethical" OR "Situational Ethics" OR "Bioethics" OR "Ethics, Health Care" OR "Health Care Ethics") AND ("Pandemics" OR "Coronavirus" OR "Covid-19").
Scopus/ ScienceDirect	"Decision Making" AND ("Health Personnel" OR "Healthcare Worker") AND ("Ethics" or "Bioethics) and ("Pandemics" or "COVID-19").

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, disponíveis na íntegra, em qualquer idioma e relacionados ao objeto de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: revisões, relatos de experiência, estudos de caso, editoriais, capítulos de livro, resumos publicados em anais, artigos duplicados nas bases, estudos com desenho ou objetivo pouco explicitados e sobre a TD de profissionais na gestão, pesquisa ou ensino. Como recorte temporal, consideraram-se estudos publicados desde o início da pandemia da COVID-19 até o mês de julho de 2020, período da busca nas bases e no portal.

Após o levantamento, procedeu-se à leitura das publicações capturadas, na seguinte ordem: títulos, resumos e textos na íntegra, excluindo-se em cada etapa as produções que não atendiam aos critérios de inclusão e/ou não respondiam à pergunta de pesquisa. A escolha dos dados, do levantamento inicial até a composição da amostra, foi realizada por duas das seis autoras do estudo, separadamente, adotando-se, portanto, a seleção duplo-independente. As discordâncias entre os resultados foram resolvidas por consenso, não havendo a necessidade de um terceiro revisor.

Foi produzido um quadro composto pelas seguintes variáveis: título, autores, idioma, ano de publicação, periódico e base de indexação. Isso contribuiu para a compilação e síntese das informações externas de cada produção selecionada. Posteriormente, um segundo quadro foi construído e reuniu as informações internas: título, método, principais resultados e o nível de evidência (NE)<sup>(19)</sup>. Os quadros foram organizados por todas as autoras em um processo de revisão contínua.

Para a seleção dos artigos incluídos no estudo, utilizaram-se as recomendações do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), considerado útil em diferentes tipos de revisão<sup>(20)</sup>. Seu uso facilitou a apresentação do processo de seleção dos artigos ao mostrar o caminho percorrido (Figura 1).



**Figura 1** – Fluxograma de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 18 artigos, sendo o ensaio reflexivo o método mais adotado no delineamento dos estudos (94,44%)<sup>(2,4-6,8-11,13-16,21-25)</sup>, seguido do estudo descritivo qualitativo (5,56%)<sup>(26)</sup>. Os artigos foram publicados em grande parte na língua inglesa (94,74%)<sup>(2,4-6,9-11,13-15,24-26)</sup> e em periódicos da área médica (55,60%)<sup>(2,4,8,11,13-16,22,25)</sup>, ética (33,30%)<sup>(5-6,10,21,24,26)</sup> e saúde pública (11,10%)<sup>(9,23)</sup>. A BVS foi o portal que indexou o maior número de artigos (73,68%)<sup>(2,4-5,8,10,13-14,16,21-26)</sup>, seguido da ScienceDirect (15,79%)<sup>(9,15,25)</sup> e MEDLINE (10,53%)<sup>(6,11)</sup>.

Oito estudos foram realizados na América do Norte (sete nos Estados Unidos da América e um no Canadá)<sup>(2,8-9,13,15-16,23,25)</sup>, sete na Europa (dois na Espanha, dois na Itália, dois no Reino Unido, um na Bélgica)<sup>(5,10-11,14,22,24,26)</sup>, dois na Ásia (um em Israel e outro no Nepal)<sup>(4,6)</sup> e um envolveu pesquisadores de países da Europa e Ásia<sup>(21)</sup>. Não foram encontrados estudos na América do Sul.

Dentre os profissionais abordados, 11 artigos referiram-se aos da área da saúde em geral<sup>(2,4-5,11,14-16,21-23,26)</sup>; cinco, a médicos<sup>(6,8,13,24-25)</sup>; um, a bioeticista<sup>(10)</sup>; e um, a enfermeiros(as)<sup>(9)</sup>. Em sua maioria, os autores eram médicos vinculados à pesquisa e à docência (84,22%), seguidos de pesquisadores ligados a departamentos ou instituições de enfermagem (5,26%), bioética (5,26%) e filosofia (5,26%). No âmbito da ética, parte dos autores estavam vinculados a comitês de ética em pesquisa ou comunidades éticas (31,58%). Quanto ao contexto, abordaram a TD no atendimento em cuidados intensivos (44,45%)<sup>(4,6,8-9,14,21-22,24)</sup>, ambulatorial (33,34%)<sup>(2,5,15,23,25-26)</sup>, cirúrgico (11,11%)<sup>(11,16)</sup>, cardiológico (5,55%)<sup>(13)</sup> e emergencial (5,55%)<sup>(10)</sup>.

No tocante ao NE<sup>(19)</sup>, 55,6%<sup>(2,4-6,8-9,11,16,23,26)</sup> dos estudos foram classificados como nível VI (evidências derivadas de estudo descritivo ou qualitativo) e 44,4%<sup>(10,13-15,21-22,24-25)</sup> como nível VII (evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas). Os artigos que integraram a amostra estão caracterizados a seguir, no Quadro 2.

**Quadro 2** – Caracterização dos estudos selecionados para a revisão segundo referência do artigo selecionado, ano de publicação e país, delineamento e principais resultados, Salvador, Bahia, Brasil, 2020

Referência	Ano País	Delineamento	Principais resultados
(2)	2020 EUA	Teórico-reflexivo	Além da ética para TD, profissionais devem considerar crenças religiosas, motivações e valores (pessoais e profissionais) na prática clínica. O estudo aborda a necessidade de facilitar e dinamizar informações relevantes, transparentes e consistentes sobre o novo coronavírus para a capacitação profissional e melhor TD e para que a população desenvolva uma avaliação de risco razoável durante condições de incerteza. Em caso de dois pacientes e um recurso, deve-se proceder à realocação, sendo o recurso ofertado àquele com melhor prognóstico, seguindo o princípio da justiça distributiva (recursos escassos distribuídos de forma justa, aos mais necessitados). Nesses casos, os profissionais devem permanecer neutros, imparciais e seguir o princípio utilitarista (o maior bem para o maior número de pessoas).
(4)	2020 Nepal	Teórico-reflexivo	A TD profissional deve se ancorar nos princípios: autonomia (o bem-estar social deve estar acima do individual); não maleficência (pobres, marginalizados e que precisam de tratamento são os que mais sofrem com o isolamento, por isso deve haver um mecanismo social de apoio aos mais vulneráveis); beneficência (triagem e isolamentos de casos suspeitos pelo bem-estar social) e justiça (prioridade no atendimento para aqueles com maior chance de sobrevivência).
(5)	2020 Reino Unido	Teórico-reflexivo	Valores centrais e éticos para a TD incluíram: solidariedade (examinar como a sociedade cuida dos mais vulneráveis); cuidado dos profissionais de saúde embasado na ética da solidariedade e princípio da beneficência; igualdade (justa distribuição de recursos); equidade (onde a vida e a saúde estão envolvidas, todos têm igual valor); utilidade (salvar o maior número de vidas); autonomia relacional (a autonomia de um afeta a de outros); confiança e reciprocidade (na ética da solidariedade, a sociedade concede privilégios e respeito aos profissionais e em troca espera que cuidem dos pacientes infectados). A TD deve alocar recursos escassos de forma justa, sendo apresentada a ferramenta <i>Swiss Influenza Pandemic Plan</i> para auxiliá-la.
(6)	2020 Israel	Teórico-reflexivo	A TD na triagem deve estar pautada no princípio utilitarista (ajudar pessoas com maior expectativa de vida). Em caso de um recurso e dois pacientes com prognósticos distintos, o recurso disponível deve ser ofertado, e se necessário realocado, àquele com melhor prognóstico. Quando o princípio utilitarista não der conta de subsidiar a TD, na cultura judaica pode-se adotar a ordem de chegada ao serviço, sorteio ou simplesmente confiar na triagem realizada pelos profissionais.
(8)	2020 EUA	Teórico-reflexivo	Defende, desde a admissão, a definição de metas para atendimento ao paciente e uso de EPIs pelos profissionais de saúde, sobretudo na parada cardiorrespiratória, mantendo a sua segurança e proporcionando atendimento de urgência em menor tempo. Hospitais devem ter equipe de ética preparada para orientar os profissionais nas TDs difíceis, minimizando a angústia e o sofrimento moral comuns nesse momento. Protocolos adotados devem ter critérios claros (anos de vida ainda a serem vividos e presença de comorbidades) para a ressuscitação cardiorrespiratória de pacientes infectados.
(9)	2020 EUA	Teórico-reflexivo	Relata implicações da COVID-19 para enfermeiros na linha de frente. Três questões éticas são discutidas: 1) Dilema entre o dever de cuidar de pacientes (beneficência) e lidar com inadequações do sistema de saúde; 2) Alocação de recursos escassos acarreta TDs inconsistentes em um cenário permeado por incertezas; e 3) O foco do cuidado passa a ser centrado nas necessidades de saúde da sociedade. Sobre a TD na alocação de recursos, diretrizes e algoritmos precisam ser criados por especialistas para apoiar profissionais de cabeceira. A realocação de recursos deve ocorrer em caso de um recurso e dois pacientes com prognósticos diferentes (receberá o aparelho aquele com mais probabilidade de recuperação). Enfermeiros sofrem com a ambiguidade entre a não possibilidade de fazer o que seria correto moralmente e o sentimento de incerteza se a TD foi a mais adequada. Consultoria da ética clínica com especialistas pode ajudar a minimizar o sofrimento.
(10)	2020 Itália	Reflexivo (opinião de autoridades)	Defende que instituições de saúde tenham especialistas em ética para as TDs difíceis. Nesse âmbito, a SIAARTI criou recomendações visando auxiliar médicos na TD sobre a admissão de pacientes com COVID-19 na UTI.
(11)	2020 Bélgica	Reflexivo	A TD sobre a admissão em UTI deve priorizar pacientes que, segundo o médico, possuem expectativa de recuperação e boa qualidade de vida. Em face de recursos escassos, profissionais de saúde devem aplicar o princípio da justiça distributiva na TD (distribuição dos recursos àqueles com maior probabilidade de ter benefícios). Na triagem, devem considerar a idade, grau de fragilidade e preferências dos pacientes. Explica que é justificável a decisão de realocar o ventilador ou o leito de um paciente com prognóstico ruim para outro com melhor prognóstico. Os serviços de saúde devem contar com Comitê de Ética ou ter um líder disponível 24 horas por dia na UTI, para consulta pelos profissionais nas TDs complexas. Apresenta o <i>Sequential Organ Failure Assessment Score</i> para apoiar profissionais nas TDs difíceis.
(13)	2020 Canadá	Teórico-reflexivo (consenso de especialistas)	A TD deve ser conjunta envolvendo profissionais, pacientes e familiares e sustentada nestes princípios: minimização de danos (não maleficência/beneficência), justiça distributiva (equidade), respeito a autonomia, proporcionalidade, reciprocidade, flexibilidade e justiça processual. A solidariedade está acima da autonomia individual.
(14)	2020 Itália	Teórico-reflexivo (opinião de autoridades)	Aborda critérios clínicos (gravidade da doença, presença e extensão das comorbidades, fragilidade, falência de órgãos e o seu estágio, idade do paciente e nível de autonomia funcional e cognitivo) e éticos (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça distributiva) para nortear a TD sobre a admissão de pacientes com COVID-19 na UTI. A justiça distributiva não prevê apenas o direito de o paciente ter acesso aos tratamentos disponíveis, mas a correta distribuição dos recursos disponíveis (ética pública). Complementam a justiça distributiva: proporcionalidade, adequação do cuidado, equidade, igualdade e utilidade (alocar recursos para obter benefícios máximos e encargos mínimos). Diante do exposto, a Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimação e Terapia Intensiva (SIAARTI) criou recomendações sobre suporte ético e clínico na TD de profissionais que atuam na linha de frente do combate à COVID-19. Esse documento prevê salvar o maior número de pessoas e permitir o maior número de anos de vida salvos. Os hospitais precisam ter um órgão independente formado por especialistas, que sigam critérios transparentes e claros, para dar suporte aos profissionais nas TDs.

Continua

Continuação do Quadro 2

Referência	Ano País	Delineamento	Principais resultados
(15)	2020 EUA	Reflexivo (recomendações de especialistas)	Apresenta recomendações para enfrentamento e resolução de alguns desafios éticos emergentes na pandemia: 1) O profissional tem o direito de escolher prestar ou não assistência a pacientes com COVID-19? A recomendação é a prestação do cuidado se o EPI estiver adequado; 2) Como funciona a alocação de recursos escassos como leitos de UTI, ventiladores e certos medicamentos? A recomendação é a adoção de protocolos sistemáticos e transparentes para auxiliar os profissionais na TD.
(16)	2020 EUA	Teórico-reflexivo	Embora possam ser adotados durante uma pandemia os princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e os valores éticos (maximizar os benefícios dos recursos disponíveis, tratar as pessoas com igualdade, reconhecer o valor instrumental dos profissionais e priorizar os que estão em pior situação), a sua aplicação muda à medida que o cuidado com a saúde passa a focalizar o cuidado coletivo. Tais princípios precisam ser considerados nas TDs. Profissionais que atuam no combate ao coronavírus têm valor instrumental à sociedade, portanto têm prioridade na alocação de recursos em caso de adocimento. Uma equipe de triagem clínica é um recurso valioso para auxiliar profissionais nas TDs difíceis.
(21)	2020 Noruega, Israel, Alemanha, Reino Unido, França e Países Baixos	Reflexivo (consenso de especialistas)	Discute a mudança em critérios de triagem de pacientes durante a pandemia, classificando-os em três fases: fase 1 (boa) – há recursos disponíveis, e a TD é baseada em boas evidências; fase 2 (ruim) – a demanda estende-se, e faltam alguns recursos; fase 3 (péssima) – a falta de recursos é severa. Na fase boa, pode-se fazer a priorização clínica, e a TD pode ser realizada como de costume, com base na necessidade de terapia intensiva e prognóstico. Na fase ruim, o profissional pode ter que abandonar a admissão de pacientes com prognóstico duvidoso. Na fase péssima, a triagem médica usual e o estabelecimento de prioridades podem não ser suficientes para diminuir o influxo, e pode não haver leitos suficientes para UTI disponíveis. Nessa última fase, diferentes critérios devem ser aplicados usando uma abordagem utilitária para a triagem. O artigo também trata do dilema ético enfrentado pelos profissionais quando precisam decidir entre admitir ou não pacientes idosos (acima de 80 anos) na UTI e têm que lidar com as consequências sociais da decisão tomada.
(22)	2020 Espanha	Reflexivo (consenso de especialistas)	O grupo de ética da Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronárias (SEMICYUC) e especialistas nas áreas de bioética, geriatria e cuidados paliativos desenvolveram um documento com orientações aos profissionais referente à TD e alocação de recursos. Tal documento considera em sua estrutura a disponibilidade de recursos e alternativas (otimização de recursos pessoais, estruturais e materiais, criação de comitês de especialistas, plano de contingência, dentre outros); as características e o estado de saúde do paciente (idade, grau de fragilidade, preferências, valores e cuidado paliativo adequado em caso de má evolução); e a TD orientada pela ética das decisões (triagem baseada nos princípios da justiça distributiva e proporcionalidade, TD compartilhada).
(23)	2020 EUA	Teórico-reflexivo	Apresenta princípios bioéticos (beneficência; respeito à autonomia) para a TD na pandemia. Para a alocação de recursos, profissionais devem se basear em princípios da justiça, prognóstico clínico e duração de uma necessidade. Aborda o direito de recusa ao tratamento pelo paciente e a necessidade de comunicação transparente e compassiva de profissionais. O melhor atendimento possível deve ser oferecido ao paciente com coronavírus, incluindo apoio paliativo, atenção à saúde mental e assistência espiritual.
(24)	2020 Reino Unido	Teórico-reflexivo (consenso de especialistas)	Aborda desafios ligados à TD para pacientes com incapacidade cognitiva e a orienta com base no <i>Mental Capacity Act</i> , que segue o princípio do utilitarismo.
(25)	2020 EUA	Teórico-reflexivo (recomendações de especialistas)	A TD sobre triagem, alocação e realocação de recursos deve ser orientada por princípios e valores éticos: autonomia (na pandemia, a prioridade é maximizar o número de vidas e anos salvos, não a autonomia individual); beneficência/não maleficência (profissionais não podem impor tratamento ao paciente); justiça (acesso equitativo de pacientes a recursos que devem ser alocados de forma justa); atendimento justo (a prioridade em alocar recursos deve ser para os mais jovens, que têm mais chance de cura e a possibilidade de viver por mais tempo); valor instrumental (profissionais de saúde têm prioridade no acesso aos recursos, pois, uma vez curados, podem ajudar a salvar vidas). Na pandemia, deve haver equipe de triagem para auxiliar os profissionais nas TDs difíceis, aliviando seu sofrimento moral e fornecendo proteção. É necessário transparência nos critérios de alocação e realocação de recursos. Profissionais devem proporcionar o melhor atendimento possível, adotar comunicação transparente e clara, respeitar a autonomia do paciente (esta deve estar subordinada ao objetivo maior de proteger mais vidas) e se basear na abordagem utilitarista.
(26)	2020 Espanha	Descritivo com abordagem qualitativa	Apresenta critérios clínicos para orientar a TD profissional na triagem de pacientes em UTI: calcular o índice basal funcional e cognitivo, medir a gravidade da doença, a possibilidade de reversibilidade e o potencial de recuperação após o tratamento. Defende que cada hospital tenha um comitê de triagem com membros experientes no tratamento de pessoas com COVID-19 e membros do Comitê de Ética em Saúde Institucional para dar apoio aos profissionais na TD.

## DISCUSSÃO

Dentre os artigos analisados, 12<sup>(2,4-6,9,11,13-14,16,23-25)</sup> trataram de princípios e valores éticos para a TD dos profissionais nesta pandemia. “Princípios” são definidos como ponto de partida e o fundamento de um processo qualquer do ser, dever e/ou conhecer, ao passo que “valores” significam qualquer contribuição para uma vida segundo a razão ou o que está em conformidade com a natureza ou é digno de escolha<sup>(27)</sup>.

Os princípios bioéticos fundamentais (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) foram os mais abordados<sup>(4,13-14,16,23,25)</sup>. A autonomia individual diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo; já a beneficência consiste em agir no melhor interesse dos outros; a não maleficência é a obrigação de não prejudicar os outros e de agir para evitar danos; e a justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais<sup>(28)</sup>, é tratar os outros de maneira justa, imparcial e igualitária<sup>(16,28)</sup>.

Durante o atendimento à pessoa com COVID-19, a TD relacionada aos tratamentos adotados deve ter o consentimento do paciente, como defendido pelo princípio da autonomia<sup>(28)</sup>, respeitando o fato de que toda pessoa tem direito à autodeterminação como agente moral de valor infinito. Logo, os médicos assim como os demais profissionais de saúde não podem reter ou retirar de modo unilateral o tratamento clinicamente apropriado ou indicado sem o consentimento do paciente ou de pessoa substituta. Nessa lógica, eles têm como dever cuidar do paciente em prol da saúde e bem-estar deste e evitar danos, de acordo com os preceitos da não maleficência, como descrito em estudo norte-americano<sup>(25)</sup>.

Em um panorama de crise, o princípio da autonomia deixa de ter como foco o indivíduo e passa a priorizar o que é benéfico à sociedade (conhecido também como “ética da solidariedade”); portanto, a TD dos profissionais precisa considerar o bem social, como demonstraram estudos realizados no Canadá<sup>(13)</sup> e nos Estados Unidos<sup>(9,16)</sup>. Uma das maneiras de priorizar a coletividade é a realização do isolamento de casos suspeitos em prol do bem-estar da população, ou seja, prezando a beneficência<sup>(4)</sup>. Além disso, medidas de incentivo à higienização das mãos, adoção de etiqueta respiratória e o uso de máscaras faciais caseiras, bem como medidas progressivas de distanciamento social, foram implementadas em diversos países, em maior ou menor intensidade; e seus resultados, provavelmente, dependem de aspectos socioeconômicos, culturais, características dos sistemas políticos e de saúde e dos procedimentos operacionais na sua implementação<sup>(3)</sup>.

A manutenção e a efetividade dessas medidas dependem do estabelecimento de políticas de proteção social e de apoio aos mais vulneráveis<sup>(3)</sup>. Tal ideia é corroborada em estudo nepalês no qual, em consonância com a não maleficência, se afirma que pobres, marginalizados e pessoas em tratamento de comorbidades necessitam de mecanismos sociais que os auxiliem, pois são os que mais sofrem com as medidas de restrição; também, é dito que os profissionais devem ter um olhar atento a esses grupos durante os processos de TD<sup>(4)</sup>. Os idosos fazem parte do grupo dos vulneráveis, sendo um dilema ético enfrentado nestes tempos decidir entre admiti-los ou não na UTI<sup>(21)</sup>, visto que é a população mais acometida pela COVID-19 e com maior risco de óbito com a hospitalização<sup>(29)</sup>.

Ao refletir sobre a problemática da população idosa, é válido destacar alguns pontos que envolvem a TD dos profissionais de saúde. Uma das questões éticas relacionadas à saúde mais levantadas nesta pandemia envolve decidir entre ofertar recursos (ventilação mecânica, leitos na UTI) às pessoas idosas (80 anos ou mais) em um cenário no qual estes estão escassos, ou atender às necessidades dos adoecidos por COVID-19. Nesse sentido, especialista em ética recomenda priorizar os mais jovens, que têm mais chance de sobrevivência e de viver mais tempo após a doença; e prestar os cuidados paliativos adequados aos que renunciaram ao uso de determinado recurso, para que tenham uma morte digna, assistida e com o mínimo de sofrimento<sup>(30)</sup>.

Embora os autores do estudo norte-americano<sup>(25)</sup> ratifiquem a percepção desse especialista, outros consideram que tal visão é controversa e discriminatória. Discordam e argumentam que apenas o critério de idade é injusto e insuficiente para embasar a TD, pois nem todos os idosos são doentes, assim como nem todos os jovens são saudáveis<sup>(11)</sup>. Portanto, não só esse critério

isoladamente, mas todos estes seguintes precisam ser considerados: anos de vida a serem ainda vividos, presença e extensão de comorbidades<sup>(8,14)</sup>, grau de fragilidade<sup>(14)</sup>, expectativa de recuperação com boa qualidade de vida<sup>(11)</sup>, características e estado de saúde<sup>(22)</sup>, cálculo do índice basal funcional e cognitivo, medição da gravidade da doença, possibilidade de reversibilidade e potencial de recuperação após o tratamento<sup>(26)</sup>.

No que se refere à prioridade de atendimento, seja na triagem, seja na admissão, alocação ou realocação de recursos, os resultados destacaram o predomínio da adoção do princípio utilitarista na TD, segundo o qual uma decisão moral só é adequada quando cria os melhores resultados para o maior número de pessoas; a TD deve estar pautada em ajudar aqueles com maior expectativa de vida; e a alocação de recursos deve ser direcionada aos pacientes com maior chance de sobrevivência, cura e com perspectiva de qualidade de vida razoável<sup>(2,4,6,11,25)</sup>.

Estudo britânico traz que o princípio utilitarista foi a base para a construção do *Mental Capacity Act*, um instrumento composto de variáveis que assinalam quando e como os profissionais podem tomar decisões em prol dos pacientes com incapacidade cognitiva<sup>(24)</sup>. Logo, este auxilia no alcance da melhor decisão possível, com foco em proporcionar atenção à saúde de forma holística e integral. Estudo americano assume direcionamento similar no tocante ao atendimento ao paciente com coronavírus, afirmando que o melhor atendimento possível deve ser oferecido a ele, incluindo apoio paliativo, atenção à saúde mental e assistência espiritual<sup>(23)</sup>.

Um exemplo da adoção do princípio utilitarista expressa-se quando dois pacientes com prognósticos distintos precisam do mesmo recurso, podendo apenas um ser contemplado. Nesse caso, a TD baseia-se na oferta do recurso à pessoa com melhor prognóstico, mesmo que para isso seja necessário proceder à realocação<sup>(2,6,9)</sup>. Durante esse processo, a TD também deve estar fundamentada no princípio da justiça distributiva, isto é, a alocação ou a realocação dos recursos deve ser direcionada àqueles com probabilidade de gozar de mais benefícios e com mais chance de sobrevivência<sup>(11,22)</sup>. Quanto aos profissionais, devem permanecer neutros e imparciais<sup>(2)</sup>.

Mesmo cientes dessa realidade, ao se depararem com escolhas dolorosas e traumáticas, os profissionais da linha de frente se sentem impotentes, culpados, angustiados e sofrem moralmente<sup>(6,9)</sup>. Tal cenário ainda pode piorar quando há falta de recursos humanos e materiais e condições inadequadas de trabalho<sup>(31)</sup>. Alguns autores acreditam ser necessário enfatizar aos profissionais que, em situações de crise na atenção à saúde, como a vivenciada na pandemia da COVID-19, as circunstâncias fogem ao seu controle pessoal; e, mesmo que ofereçam toda a gama de tratamentos de sustentação da vida, alguns pacientes não sobreviverão<sup>(9,25)</sup>.

Nessa perspectiva, a pandemia veio como uma avalanche, um acontecimento sem precedentes na história moderna, gerando, nesses profissionais, sofrimento, medo, dilemas, ansiedade e incertezas no cotidiano de trabalho. Eles são colocados diante do desafio de tomar decisões eticamente prudentes para alcançar decisões razoáveis em face da escassez de recursos e do desconhecimento da exata forma de propagação do vírus e de tratamentos efetivos.

No início da pandemia, condutas equivocadas relacionadas à triagem, admissão e alocação de recursos foram tomadas<sup>(8,26)</sup>.

Em um cenário de sobrecarga dos recursos sanitários, como o da COVID-19, os profissionais precisam lidar com situações que exigem TDs complexas, não sendo raro terem que decidir quem será privado do tratamento ideal. Isso lhes causa angústia e sofrimento, principalmente em situações de urgência, nas quais, muitas vezes, é preciso agir rapidamente, sem refletir sobre as circunstâncias<sup>(12)</sup>.

Estudos norte-americanos relataram essa problemática ao descreverem que algumas instituições americanas, na ausência de EPIs, defenderam ordens de não reanimar ou adiar o início de compressões torácicas devido à preocupação com a liberação de aerossóis<sup>(8,15)</sup>. É preciso cautela no atendimento aos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, a fim de garantir segurança aos profissionais<sup>(8)</sup>, que geralmente ficam física e emocionalmente exaustos<sup>(16)</sup>. Conferir segurança a esses trabalhadores é papel das instituições de saúde, que devem oferecer tanto EPIs adequados e em quantidade suficiente quanto treinamento sobre seu uso correto e racional. Aos profissionais, cabe a responsabilidade social pela utilização dos EPIs nas situações em que houver risco de exposição.

Na tentativa de minimizar o adoecimento mental dos profissionais de saúde, os estudos recomendam como alternativas a criação de Comitês de Triagem e de Ética em saúde, assim como de equipes constituídas por membros experientes no enfrentamento da COVID-19 e em questões éticas<sup>(8,16,26)</sup>, capazes de elaborar critérios para a admissão e alocação de recursos e orientar os profissionais da linha de frente nas TDs difíceis. Os critérios estabelecidos devem ser estruturados em protocolos ou algoritmos e precisam conter informações claras e transparentes para profissionais, pacientes e familiares<sup>(8,14,16)</sup>. Vale salientar que, mesmo com protocolos cuidadosamente desenvolvidos, sempre haverá incertezas<sup>(9,11)</sup> e é preciso aprender a lidar com elas.

A necessidade de alocação de insumos, equipamentos, leitos, medicamentos e recursos humanos em situações de pandemia pode gerar conflitos éticos e morais para os tomadores de decisão, resultando em adoecimento físico e mental<sup>(32)</sup>. Com isso, há também a necessidade de uma estrutura compartilhada para TD ética baseada em um diálogo entre os profissionais de saúde e a sociedade. Ainda, as decisões tomadas devem ser robustas (bem consideradas), razoáveis (fundamentadas em evidências e baseadas em fatores relevantes), transparentes (processo decisório claro e aberto) e justas (os recursos devem ser distribuídos equitativamente)<sup>(13)</sup>.

Há fragilidade para a TD sobre a melhor alocação de equipamentos, o que ratifica o despreparo dos profissionais para tal. Entretanto, essa decisão não deveria estar ancorada em medidas de controle da pandemia, mas em critérios preestabelecidos de destinação do melhor recurso disponível para atender a uma dada realidade populacional<sup>(33)</sup>. Na tentativa de reduzir essa fragilidade, são adotados protocolos, manuais e instrumentos para orientar a TD referente à alocação de recursos; entretanto, muitas vezes estes não são capazes de impedir os conflitos e, por vezes, levam a intervenções impertinentes ou mesmo injustas<sup>(12)</sup>.

Visando orientar as práticas de saúde adotadas nesta nova realidade, identificaram-se nos estudos analisados protocolos e orientações elaborados por comitês éticos, como o documento de posicionamento e recomendações da SEMICYUC, na Espanha, baseado em critérios sólidos, princípios éticos fundamentais e na prestação equitativa e justa de serviços<sup>(22)</sup>; o Código *Blue*, nos Estados Unidos<sup>(8)</sup>; as recomendações da SIAARTI<sup>(10,14)</sup>; a Diretriz

para TD clínica em resposta à COVID-19, elaborada pelo Instituto Nacional de Saúde do Reino Unido<sup>(6)</sup>; e os requisitos do *Mental Capacity Act* para orientar a TD quando o paciente, por deficiência cognitiva, não puder participar do processo decisório<sup>(24)</sup>.

Vale ressaltar que nem sempre os protocolos, algoritmos e as orientações são suficientes para subsidiar a TD, todavia os princípios bioéticos fundamentais devem nortear qualquer decisão em saúde<sup>(12)</sup>. Os profissionais, também, devem recorrer às suas crenças religiosas, motivações e valores tanto pessoais quanto profissionais<sup>(2)</sup>, assim como devem se orientar pelo que dispõe a autarquia regulamentadora de sua profissão, incluindo o que consta no Código de Ética Profissional (CEP).

Solidariedade, equidade, utilidade, autonomia relacional, confiança e reciprocidade, adotadas pelos profissionais de saúde na COVID-19, criam balizas para um agir humanizado, digno e integral quando precisam tomar decisões complexas, tais como escolher quem será conduzido a tratamento com potencial de cura sabendo que os pacientes excluídos estão sujeitos à morte<sup>(12)</sup> ou quando questionam se têm o direito de escolher prestar ou não assistência a pacientes com COVID-19, sobretudo se o procedimento realizado põe em risco sua segurança<sup>(9,13)</sup>. Em suma, a TD é um processo amplamente vivido pelos profissionais de saúde em suas rotinas de trabalho na luta contra o coronavírus. Saber tomar decisões faz a diferença neste momento de incertezas, pois a condução do atendimento é conforme as escolhas realizadas, repercutindo na continuidade ou na interrupção da vida.

### Limitações do estudo

Mesmo tendo havido outras pandemias no decorrer da história, discorreu-se intencionalmente apenas sobre a mais recente, ocasionada pelo SARS-CoV-2. Ademais, durante a elaboração do estudo, é possível que novos trabalhos tenham sido publicados em decorrência do apelo da sociedade e da comunidade científica para a produção de conhecimento correlato à COVID-19. Contudo, em vez de esgotar o tema, a pretensão é suscitar questionamentos para outras investigações, dada a relevância da temática.

### Contribuições para a área da Enfermagem e Saúde

Os resultados desta revisão mostram-se relevantes, porém a dimensão de um artigo não é suficiente para aprofundar toda a riqueza envolvida na questão sobre a TD de profissionais de saúde que atuam no combate ao coronavírus ao redor do mundo. Mesmo a categoria de enfermagem sendo a maior força de trabalho de saúde global e a TD uma competência dos enfermeiros, com base nos estudos analisados observou-se que pouco se fala da TD dos enfermeiros. Assim, incentiva-se o desenvolvimento de investigações que façam a articulação entre essa temática e a enfermagem, no intuito de que a lacuna de produção do conhecimento, até então existente, passe a ser preenchida.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta revisão, constatou-se que a TD nunca se fez tão necessária como nestes tempos em que a demanda ultrapassa a oferta: há escassez de recursos, acúmulo de estresse e sobrecarga

emocional dos profissionais para atender com eficiência, qualidade, ética e humanização um quantitativo considerável de pessoas adoecidas pela COVID-19 e outras patologias.

O presente artigo não visa fornecer uma receita pronta aos profissionais, pois a TD envolve múltiplos fatores, todavia traz várias bases, apresentadas nos resultados e na discussão, que podem auxiliá-los nesse difícil e complexo processo, a fim de que alcancem TDs éticas e prudentes.

Nesse sentido, princípios éticos como o utilitarismo, alocação de recursos de forma justa e direcionada, criação de comitês de triagem e de ética em saúde, equipes constituídas por membros experientes no enfrentamento da COVID-19 e em questões éticas são algumas alternativas a serem adotadas para auxiliar na TD em tempos de pandemia. O uso de protocolos ou algoritmos com informações claras e transparentes também contribui neste processo, além de que os profissionais devem recorrer às suas próprias crenças, motivações e valores, assim como estar orientados pelas autarquias regulamentadoras de sua profissão.

A pandemia da COVID-19 requer dos profissionais de saúde TDs difíceis, que desencadeiam sofrimento moral. A orientação é de que eles dialoguem com demais membros da equipe de saúde sobre

como conduzir melhor os dilemas e conflitos éticos que surgem no dia a dia de trabalho. Além disso, as instituições de saúde devem assegurar aos seus trabalhadores melhores condições de trabalho, incluindo o fornecimento de EPIs adequados, treinamentos, apoio psicológico e a implantação de um comitê de especialistas, de preferência em ética, disponíveis para a consulta dos profissionais em TDs difíceis. Dar suporte aos profissionais é reconhecer seu valor instrumental sem deixar seus esforços passarem despercebidos ao arriscarem a própria vida para salvar a de outros.

Espera-se que os resultados desta revisão incitem a reflexão sobre a TD dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19, auxiliem no reconhecimento tanto de desafios éticos vividos no cotidiano do trabalho quanto de suas resoluções por processos decisórios compartilhados, sempre que possível, e permeados por evidências.

## FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsas de doutorado.

---

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020[cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Iserson K. Healthcare ethics during a pandemic. *West J Emerg Med*. 2020;21(3):477-83. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47549>
3. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Souza-Filho JA, Rocha AS, Ferreira A, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(suppl 1):2423-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
4. Shah A, Aacharya RP. Combating COVID-19 pandemic in Nepal: ethical challenges in an outbreak. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020;58(224):276-9. <https://doi.org/10.31729/jnma.4959>
5. Jeffrey DI. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics*. 2020;46:495-8. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106264>
6. Solnica A, Barski L, Jotkowitz A. Allocation of scarce resources during the COVID-19 pandemic: a jewish ethical perspective. *J Med Ethics*. 2020;46:444-6. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106242>
7. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
8. Chan PS, Berg RA, Nadkarni VM. Code blue during the COVID-19 pandemic. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13(5):e006779. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.120.006779>
9. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: ethical challenges for nurses. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(3):35-9. <https://doi.org/10.1002/hast.1110>
10. Nicoli F, Gasparetto A. Italy in a time of emergency and scarce resources: the need for embedding ethical reflection in social and clinical settings. *J Clin Ethics*. [Internet]. 2020[cited 2020 July 27];31(1):92-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213700/>
11. Vincent J-L, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: how to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(3):248-52. <https://doi.org/10.1177/2048872620922788>
12. Sanches MA, Cunha TR, Siqueira SS, Siqueira JE. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. *Rev Bioet*. 2020;28(3):410-7. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283401>
13. Virani A, Singh G, Bewick D, Chow C-M, Clarke B, Cowan S, et al. Guiding cardiac care during the COVID-19 pandemic: How ethics shapes our health system response. *Can J Cardiol*. 2020;36(8):1313-6. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.06.002>
14. Romanò M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19. *Recenti Prog Med*. 2020;111(4):223-30. doi: <http://doi.org/10.1701/3347.33185>
15. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the time of coronavirus: recommendations in the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg*. 2020;230(6):1114-8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004>

16. Rawlings A, Brandt L, Ferreres A, Asbun H, Shaddock P. Ethical considerations for allocation of scarce resources and alterations in surgical care during a pandemic. *Surg Endosc.* 2021;35(5):2217-22. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-07629-x>
17. Paula CC, Padoin SSM, Galvão CM. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática clínica. In: Lacerda MM, Costenaro RGS. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.* Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 51-76.
18. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179-87. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
19. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Making the case for evidence based practice; p. 3-24.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(6):e1000097. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
21. Flaatten H. The good, the bad and the ugly: pandemic priority decisions and triage. *J Med Ethics.* 2020;0:1-3. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106489>
22. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>
23. DeBruin D, Leider JP. COVID-19: The shift from clinical to public health ethics. *J Public Health Manag Pract.* 2020;26(4):306-9. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001204>
24. Parsons JA, Johal HK. Best interests versus resource allocation: could COVID-19 cloud decision-making for the cognitively impaired? *J Med Ethics.* 2020;46:447-50. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106323>
25. Kirkpatrick JN, Hull SC, Fedson S, Mullen B, Goodlin SJ. Scarce-Resource allocation and patient triage during the COVID-19 pandemic: JACC review topic of the week. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(1). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.006>
26. Herreros B, Gella P, Asua DR. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *J Med Ethics.* 2020;46:455-58. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106352>
27. Nocola A. *Dicionário de Filosofia.* 5. ed. rev. ampl. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2007. 1026 p.
28. Koerich, MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(1):106-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100014>
29. Fhon JRS, Silva LM, Leitón-Espinoza ZE, Matiello FB, Araújo JS, Rodrigues RAP. Atendimento hospitalar ao idoso com COVID-19. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28(e3396):1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4649.3396>
30. Miller FG. Why I Support Age-Related Rationing of Ventilators for Covid-19 Patients [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/>
31. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(9):3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
32. Silva KR, Ribeiro RM, Roquete FF, Rodrigues CM, Lopes PT, Fernandes ML, et al. Narratives of health professionals relating to scarce resources in an urgency service. *Int J Adv Engin Res Sci.* 2019;6(6):66-73. <https://doi.org/10.22161/ijaers.6.6.7>
33. Koonin LM, Pillai S, Kahn EB, Moulia D, Patel A. Strategies to inform allocation of stockpiled ventilators to healthcare facilities during a pandemic. *Health Security.* 2020;18(2):1-6. <https://doi.org/10.1089/hs.2020.0028>