

## **Problemas éticos enfrentados por profissionais de saúde que estão na linha de frente na assistência aos pacientes com COVID-19: a abordagem dos Cuidados Paliativos**

### **Resumo**

Os primeiros casos da nova pneumonia por coronavírus (COVID-19) surgiram no início de dezembro de 2019 na China e, desde então, esse vírus tem se disseminado progressivamente por outros países do mundo, infectando cada vez mais as pessoas. Concomitantemente ao aumento dos números dos casos de COVID-19, os profissionais de saúde dos países enfrentam uma série de adversidades devido a grande demanda dos recursos hospitalares e falta dos equipamentos de proteção e de ventilação necessários para proteger e cuidar dos enfermos. Desse cenário, diversos dilemas éticos acabam surgindo e os médicos precisam definir critérios de acesso aos recursos escassos e, decisivamente, fazer escolhas morais difíceis. Nesse contexto, a temática da morte e do morrer com dignidade também ganham importância, e as discussões a respeito dos Cuidados Paliativos, um tema que já vem crescendo muito no país, se tornam essenciais na conjuntura da pandemia. As discussões giram em torno, principalmente, da realocação de recursos, dos protocolos de triagem criados neste cenário, de como fornecer uma melhor comunicação entre o médico e os familiares do paciente e de como os profissionais de saúde estão lidando com as questões éticas e desafios morais que emergiram desse quadro de pandemia.

**Palavras-Chave: Bioética; COVID-19; Conflitos morais;**

### **1. Introdução**

A nova pneumonia por coronavírus (COVID-19) é uma infecção respiratória aguda infecciosa causada pelo novo coronavírus, um vírus de RNA simples de fita positiva. No início de dezembro de 2019, os primeiros casos de pneumonia por coronavírus começaram a surgir em Wuhan, a capital da província de Hubei, na China. Desde então, esse vírus tem se espalhado progressivamente por outros países do mundo. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de pandemia do novo coronavírus[1].

Por conta da sua rápida progressão, o coronavírus têm se tornado um grande desafio, principalmente para os profissionais da saúde que estão na linha de frente do seu combate. Além de estarem mais expostos ao vírus e, portanto, terem maiores chances de se

contaminarem, os médicos e enfermeiros precisam lidar com todas as questões éticas que emergem desse quadro de pandemia.

Ademais, durante a formação do médico, sempre é reforçada a ideia de que se deve ser praticada uma medicina humanizada, enxergar o paciente como um fim em si mesmo, buscando atendê-lo em sua singularidade. Na situação do coronavírus, entretanto, com a alta demanda de leitos hospitalares e casos novos chegando pela porta, os médicos acabam se encontrando em uma encruzilhada ética, tendo de definir critérios de acesso aos recursos escassos e, indubitavelmente, fazer escolhas morais difíceis.

O relato de um residente publicado no *The New England Journal of Medicine*, de um hospital de Detroit – EUA – evidencia o grau de sofrimento imposto pela pandemia devido às condições solitárias de morte. Esse médico, Dr. Wakam, relata que um dos seus pacientes COVID-positivos, que já estava hospitalizado há três dias, não pode receber nenhuma visita durante todo esse tempo, nem da sua esposa e nem de mais nenhum dos seus familiares, por conta das regras do hospital, até que veio a falecer[2].

Nessa situação, a comunicação é feita entre o médico e os familiares do paciente que, na maioria dos casos, sentem-se sem esperança em não poder nem se despedir do seu ente querido. Cenários semelhantes vêm acontecendo em vários outros hospitais e os médicos precisam tentar manter a sua humanidade e centralização de cuidados no paciente enquanto lidam com essas situações difíceis.

Os profissionais devem seguir protocolos criados no contexto pandêmico com o intuito de facilitar o manejo dos pacientes infectados e se dividir entre aqueles responsáveis pela triagem e aqueles responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes internados. Nesse contexto, questões éticas se apresentam: a) em relação à justiça e da equidade no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos riscos e benefícios na sociedade, considerando o cenário de esgotamento do SUS pela desproporção entre a necessidade das pessoas infectadas e a distribuição de recursos limitados; b) a distribuição dos escassos recursos nas unidades de assistência à saúde e a necessidade de alocação de recursos de forma eficiente, equitativa e dentro de protocolos clínicos de proporcionalidade entre a necessidade e o uso eficiente de recursos limitados; c) processo de decisão do profissional de saúde entre vários pacientes em estado grave com Covid-19, qual deles vai para o leito de UTI disponível. Protocolos de triagem, alocação de recursos, admissão e transferência de pacientes, manutenção e

interrupção de tratamentos em UTI e condução para cuidados paliativos devem ser criados; d) Estabelecimento de linha de Cuidados Paliativos que possibilite aos pacientes gravíssimos com Covid-19, e sem resposta positiva ao tratamento, possam receber assistência adequada no processo de morte com dignidade; e) Desenvolvimento de protocolos e medidas que permitam a adequada comunicação entre os médicos e os familiares de pacientes internados, buscando minimizar o impacto do isolamento necessário para evitar a propagação do vírus.

Nesse contexto, a temática da morte ganha relevo, considerando que se trata de um fenômeno complexo e repleto de dilemas éticos e profissionais, dotado de sentimentos que necessitam ser trabalhados e discutidos mediante princípios éticos que se resumem no bem-estar e na dignidade do paciente. Os cuidados paliativos têm conquistado seu espaço gradativamente. No panorama brasileiro, nota-se o processo de ampliação de sua importância para o bem-estar das pessoas que se encontram nos últimos dias de vida. No entanto, em situações como a do enfrentamento da COVID-19, quando amplia-se a dificuldade do paciente participar ativamente dos processos de tomada de decisão a seu respeito, além da dificuldade de comunicação com a família, que necessita também de apoio diante da iminência da perda de um ente querido, impondo novas e desafiadoras questões éticas.

O presente estudo pretende contribuir na produção de respostas parciais às questões que seguem desafiando tanto os profissionais da saúde quanto acadêmicos e gestores na busca de orientações e guias pautados em princípios e valores éticos. Os objetivos são mapear os principais problemas éticos enfrentados pelos profissionais de saúde no contexto da pandemia do novo coronavírus; Identificar e analisar os problemas éticos no que tange aos Cuidados Paliativos enfrentados pelos profissionais da saúde ao longo da pandemia de COVID-19; e descrever as formas de enfrentamento dos problemas éticos no que tange à pandemia.

## **2. Metodologia**

Este estudo consiste em uma revisão narrativa, realizada a partir de análise documental e revisão da literatura científica. Foi feita pesquisa através da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por ser um buscador capaz de sistematizar dados procedentes de outras bases, e também através do PubMed. As publicações não convencionais e não comerciais da grey literature não foram utilizadas nesta pesquisa.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: 1) Documentos que abordam os problemas éticos enfrentados pelos profissionais da saúde durante a pandemia do COVID-19, na atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar; 2) Documentos que abordam os problemas éticos no que aos Cuidados Paliativos enfrentados pelos profissionais da Saúde ao longo da pandemia do COVID-19; 3) Documentos que abordam as soluções propostas por esses profissionais da saúde no enfrentamento dos problemas éticos no que tange à pandemia.

Os descritores utilizados foram (“Pessoal de Saúde” AND “Infecções por coronavírus” AND “Ética Médica”), (“Pessoal de Saúde” AND “Infecções por coronavírus” AND “Bioética”), (“Cuidados Paliativos” AND “Infecções por coronavírus” AND “Ética Médica”), (“Cuidados Paliativos” AND “Infecções por coronavírus” AND “Bioética”), (“Pessoal de Saúde” AND “Infecções por coronavírus” AND “Cuidados Paliativos”) e seus respectivos correspondentes em inglês. As buscas foram limitadas pelos idiomas português, inglês e espanhol e tiveram limite de data, sendo considerados apenas os documentos publicados a partir do ano de 2020.

O pesquisador que realizou a busca foi responsável pela eleição dos estudos e os artigos selecionados para leitura do texto completo foram lidos por outro pesquisador, a fim de averiguar a adequação aos objetivos da revisão narrativa. Divergências e questionamentos foram resolvidos por consenso. Foram incluídas revisões narrativas, relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos de abordagem qualitativa. Foram excluídos estudos que abordavam problemas éticos em áreas muito específicas da medicina que não na atenção básica ou na atenção hospitalar.

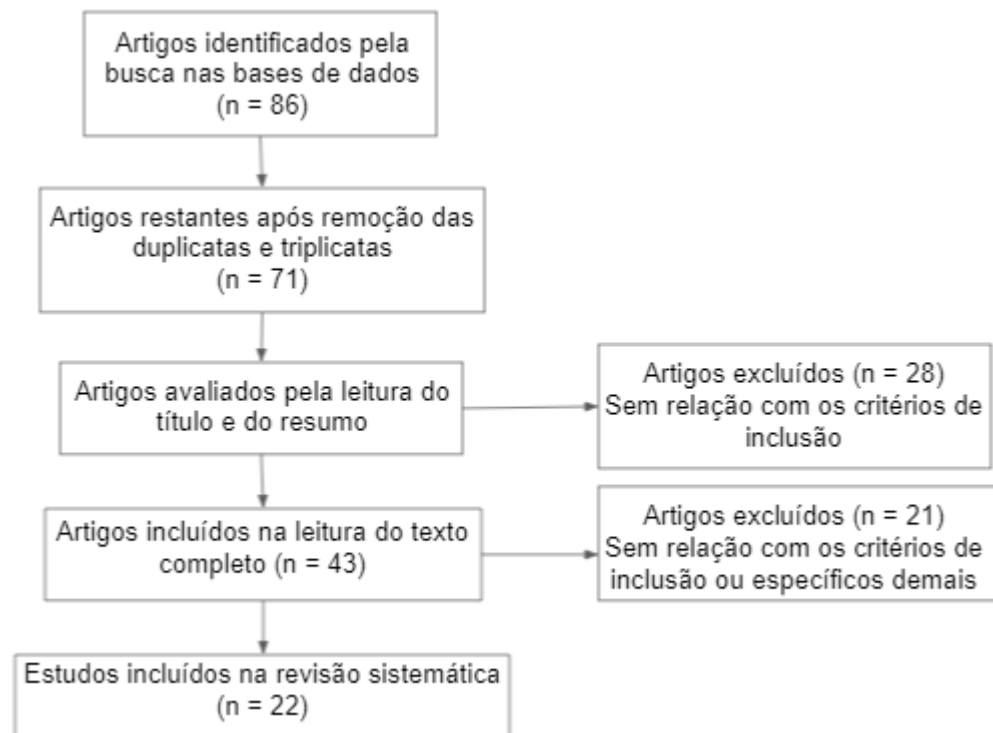
### **3. Resultados**

A busca nas bases de dados resultou em 86 artigos. Após remoção das duplicatas e das triplicatas, restaram 71 artigos. Destes 28 foram descartados após leitura do título e do resumo, pois constatou-se que não preenchiam os critérios de inclusão.

Dos 43 documentos restantes, inicialmente, foi realizada análise documental dos artigos em relação aos problemas éticos enfrentados pelos profissionais da saúde nos mais diversos níveis de atenção à saúde, no que tange os Cuidados Paliativos, dentro do contexto de pandemia. Essa etapa do estudo pretendeu: a) identificar os principais temas abordados nos documentos; b) classificar os temas em relação às dimensões dos Cuidados Paliativos

(física, psicológica, social e espiritual); c) avaliar em que medida as orientações descritas nos documentos indicam, na prática, como lidar com potenciais conflitos éticos.

Após leitura do texto completo dos 43 documentos selecionados inicialmente, 21 foram excluídos da pesquisa, pois averiguou-se que não preenchiam os critérios de inclusão. Desta forma, a revisão sistemática resultou num total de 22 estudos, conforme mostra a Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de identificação, seleção e inclusão de estudos. Campinas, SP, 2021

#### 4. Discussão

Médicos sempre foram treinados para fazerem o máximo que puderem para salvar as vidas dos seus pacientes. Porém, diante desse cenário de alto número de infectados, grande demanda dos serviços hospitalares e falta dos equipamentos de proteção e de ventilação necessários para proteger e cuidar dos enfermos, dilemas éticos de diversas naturezas têm se imposto na prática da medicina nos hospitais ao redor do mundo.

As emergências de saúde pública exigem que os profissionais da saúde mudem a sua prática, em algumas situações, agindo a fim de priorizar a comunidade acima do indivíduo na alocação justa dos recursos escassos. Todavia, como os profissionais da saúde são treinados para cuidar dos indivíduos, essa mudança da prática centrada no paciente para a prática centrada na saúde coletiva guiada pela ética em saúde pública, cria uma grande tensão entre os médicos.

### **Alocação de recursos escassos, ética médica e transparência**

Brian et al., em abril de 2020, conduziu um questionário online com oito perguntas direcionadas aos médicos da região de Ottawa, Canadá, sobre o quão preparados eles estavam para lidar com os recursos escassos, oferecer cuidados paliativos (CP) e quais seriam as políticas adotadas nesse cenário de tomada de decisão. Das 165 respostas usadas para análise, 78% dos entrevistados relataram que se sentiam “um pouco preparados” para tomar decisões de alocação de recursos e 13% “nada preparados”. 63% esperavam que decidir sobre o fornecimento de CP seria “muito” ou “um pouco difícil” e 83% concordaram que deveria haver uma política para orientar a alocação de recursos, baseada na probabilidade de sobrevivência de cada paciente e se eles apresentam comorbidades significativas prévias. Os entrevistados também apontaram que a clareza sobre como seguir esses protocolos e a transparência na forma como a política foi desenhada são essenciais. A maioria não se sentia confiante de que teriam o apoio necessário no momento crucial de determinar o futuro dos seus pacientes[3].

Essa adversidade foi demonstrada por Steven J. Baumrucker et al. que relatou um caso ocorrido no Tennessee, EUA, no qual a equipe médica possuía um único ventilador mecânico (VM) para dois pacientes infectados pelo COVID-19: uma mulher de 59 anos e um jovem de 17 anos, ambos sem comorbidades prévias, apresentando insuficiência respiratória. A deliberação só foi solucionada através de um protocolo desenvolvido pelo hospital que se baseava no score SOFA e, como ambos não apresentavam disfunção orgânica no momento de suas internações (ambos com score zero), a equipe hospitalar optou por um processo randômico para escolher o paciente que receberia o ventilador mecânico, frisando a importância da transparência e comunicação com os familiares de cada paciente - para que todos estivessem cientes das decisões tomadas pela equipe dos profissionais de saúde -, e da empatia em cada etapa do processo[4].

Diversos protocolos de triagem foram desenvolvidos desde o início da pandemia. O Colégio Americano de Geriatria advogou pelos idosos dentro do contexto dos recursos escassos, pois muitos profissionais, pressionados pela situação estressante que o COVID-19 acarretou, poderiam utilizar somente a idade dos pacientes para escolher qual deles receberia o recurso necessário para o seu tratamento, como por exemplo um ventilador mecânico, mesmo que todos os pacientes apresentassem o mesmo quadro clínico, sem nenhuma outra comorbidade ou disfunção orgânica associada distinguindo-os[5]. Um sistema de saúde justo deve tratar pessoas em situações semelhantes de forma igual, tanto quanto possível.

Na pandemia, o dever dos médicos de manejar os recursos escassos entra em conflito com a obrigação dos profissionais de promover os interesses individuais dos pacientes sob seu cuidado. As decisões devem ser tomadas respeitando-se os princípios da justiça, não-maleficência e autonomia, sem serem influenciadas por fatores que não alteram o prognóstico do paciente, como por exemplo nome, raça, etnia, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, religião, renda financeira e situação familiar[6].

O cuidado adequado deve ser fornecido aos pacientes em circunstâncias adversas, incluindo Cuidados Paliativos para aqueles em que a terapia de suporte de vida é retirada ou suspensa. A comunicação e a transparência em cada etapa do processo de tomada de decisões é essencial e os médicos não devem compelir os pacientes a tomar nenhuma decisão, mas sim discutir os cuidados que sejam condizentes com o caso em questão, seja com o paciente, com os seus familiares e também com a equipe de saúde do serviço. Os protocolos de triagem criados são necessários para fornecer proteção legal aos médicos e também para aliviar o sofrimento moral imposto aos profissionais ao terem que tomar decisões éticas difíceis.

Em 2018, Elizabeth Chuang et al. realizou uma extensa revisão da literatura para desenvolver um protocolo específico de alocação de VM em tempos de crise, quando a escassez desse recurso se torna inevitável. Entre julho e setembro, entrevistas foram conduzidas com profissionais da saúde em três hospitais de cuidados intensivos de Nova Iorque. Participaram do estudo terapeutas respiratórios, intensivistas, enfermeiros, médicos e especialistas em cuidados paliativos. Muitos dos participantes reconheceram a importância de ter um protocolo para ajudar a justificar a tomada de decisão em caso de questionamento por parte do público. Ao mesmo tempo, dominaram também as preocupações com as consequências: alguns participantes expressaram apreensão sobre serem penalizados, enquanto outros se preocuparam com as repercussões emocionais que poderiam apresentar.

As principais emoções constatadas foram medo e estresse pela possibilidade de enfrentar familiares de um paciente que foi removido do VM por conta do protocolo ou processos legais. Uma preocupação sobre a responsabilidade social dos profissionais também foi levantada, um participante observou que embora os protocolos tenham como objetivo diminuir a tomada de decisão tendenciosa, os pacientes que são socialmente desfavorecidos têm mais probabilidade de apresentar doenças graves e, portanto, são mais propensos a serem excluídos do acesso aos ventiladores de qualquer forma[7].

Além da triagem e alocação de recursos escassos, a tomada de decisão de retirar um paciente do VM ou do suporte básico de vida, por ele não estar mais se beneficiando do tratamento, pode ser tão ou até mesmo mais estressante do que triar os indivíduos, já que muitas famílias enxergam esse ato como estar “matando o paciente” ou estar antecipando a sua morte[6].

### **Exaustão emocional, estresse, injúria moral e saúde mental**

A pandemia do novocoronavírus exige uma intensa demanda emocional de todos os indivíduos. De acordo com Christoph Kröger, um aspecto da identidade social dos profissionais de saúde é a experiência profissional e a capacidade de suportar demandas emocionais-cognitivas intensas. Ambos os aspectos têm sido questionados quando os profissionais de saúde cuidam de pacientes com COVID-19. As experiências traumáticas diárias podem contribuir para o desenvolvimento de um transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático). Christoph relata que conflitos éticos e a incapacidade de prevenir a morte ou o sofrimento estão entre os estressores mais comumente relacionados com a chamada injúria moral, termo que se originou no meio militar e pode ser definido como o sofrimento psicológico que resulta das ações, ou a falta de ações, que viola a moral ou ética de alguém. Relacionado aos profissionais da saúde que desde o início das suas graduações aprendem que um dos papéis fundamentais da sua profissão é evitar o sofrimento do paciente e fazer do possível para cuidar e tratar das suas enfermidades com todos os recursos disponíveis, a pandemia categoricamente é um estressor para os médicos que, em muitos casos, não dispõem de todos os recursos necessários e precisam lidar com esse fator ao entrar em contato com os pacientes[8].



A ressuscitação cardiopulmonar (CPR) foi citada como exemplo de mudança na qual os profissionais de saúde se depararam com a mudança da prática centrada no paciente para a prática centrada na saúde coletiva ocasionada pela pandemia. Ter que se preocupar com a própria segurança e o uso de equipamentos de proteção adequados antes de iniciar compressões torácicas por conta da disseminação do vírus causa estresse aos profissionais que estão no combate do COVID-19. Políticas claras para CPR são essenciais. Sem essas políticas, as equipes médicas se encontram na situação insustentável de ter que equilibrar a obrigação que elas têm com os pacientes individuais, bem como colegas de trabalho, futuros pacientes e eles próprios, sem suporte das instituições em que trabalham[9,10].

Para fornecer aos funcionários opções adicionais de lidar com altos níveis de estresse, a gestão de um hospital em Nova Iorque montou salas de descanso e bem-estar em todas as instalações do NYC Health Hospitals. Com murais de paisagens cênicas, iluminação suave e música tranquila, as salas de descanso criaram um ambiente calmo para a equipe. Também foram criadas salas de luto em todas as instalações para que os profissionais da saúde pudessem dispor de um ambiente pacífico ao lidar com as mortes ocasionadas pela pandemia[11].

Azizoddin et al. realizou um estudo no Brigham and Women's Hospital (BWH) e Brigham and Women's Faulkner Hospital (BWFH), dois hospitais que se localizam na cidade de Utah, nos Estados Unidos. Foi implementado um programa noturno on-line de debriefing para os profissionais dos departamentos de emergência de ambos os lugares durante a pandemia. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e radiologistas de emergência foram convidados a participar (n = 461). As reuniões aconteceram entre 26 de março a 19 de maio de 2020. As sessões duravam de 20-30 minutos e, no total, 81 profissionais participaram de 24 sessões. A segurança pessoal, uso de PPE e Cuidados Paliativos foram os principais temas que fizeram parte das discussões. Os profissionais compartilharam seus medos pela quantidade de mortes pelo COVID-19 além do sentimento de desproteção pela limitação das suas habilidades no contexto da pandemia. O programa de debriefing facilitou a comunicação dos profissionais com os seus colegas de trabalho e chefes, auxiliou na tomada de decisões e manejo dos pacientes e ajudou a aliviar os sintomas de burnout[12].

### **Cuidados Paliativos**

Em novembro de 2020, Emily L. Aaronson et al. realizou uma pesquisa com os médicos de um pronto-socorro de Massachusetts sobre quais seriam suas percepções da implantação de um programa de Cuidados Paliativos (CP) no pronto-socorro dentro do contexto da pandemia. 101 médicos contribuíram com as respostas. Daqueles que interagiram com especialistas em CP, 100% indicaram um benefício em ter o CP envolvido, como por exemplo: liberar os médicos do pronto-socorro para outras tarefas (89%), ajudá-los a se sentir mais apoiados (84%), mudar a trajetória de atendimento dos pacientes (67%) e contribuir para a aprimoramento clínico (57%) e de habilidades dos profissionais (49%). Entre as dificuldades relacionadas ao envolvimento do CP estavam o problema de localizá-los (8%) e a falta de tempo para consultá-los por causa do volume de pacientes (5%). Cerca de 98% dos entrevistados achavam que ter CP no pronto-socorro era valioso ou muito valioso[13].

Para fornecer o melhor CP possível para todos os pacientes, S Tanzi et al. publicou em 2020 um estudo realizado no hospital em que trabalha na Itália. Participaram da pesquisa médicos e enfermeiros que trabalham em qualquer turno na Unidade de Doenças Infecciosas do hospital, durante a pandemia do novocoronavírus. 9 médicos e 22 enfermeiros contribuíram com o estudo e alguns temas foram apontados: (1) o uso de dispositivos para os pacientes se comunicarem com o mundo exterior e, desse modo, conversarem com os familiares; (2) o quão importante é o tom de voz dos profissionais de saúde quando vão dar más notícias para a família de algum paciente que não pode vê-lo pessoalmente; (3) sobrecarga de informações que chegam aos pacientes sobre a doença e atrapalham a sua relação com o seu médico; (4) a vulnerabilidade compartilhada pelos pacientes e pelos profissionais da saúde, já que este tipo de vírus impõe restrições de tempo e contato do médico com o doente, a qualidade desse tempo é fundamental. A presença física do médico é crucial. Além disso, a situação sem precedentes de um vírus muito infeccioso fez o médico se sentir tão vulnerável quanto o paciente[14].

## **5. Conclusão**

A alocação de recursos escassos é um dos principais problemas encontrados pelos médicos durante a pandemia. As instituições devem desenvolver estratégias de alocação de recursos que sejam transparentes, aplicadas uniformemente e desenvolvidas através da contribuição multidisciplinar dos profissionais de ética, medicina e enfermagem. Essas estratégias devem ser usadas consistentemente por todos que trabalham naquele serviço ao tomar decisões de emergência e devem ser revisadas com frequência para garantir a inclusão

de todos os pacientes corretamente e para identificar qualquer evidência de preconceito. Os médicos concordaram que o protocolo deve ser simplificado, objetivo e seguido uniformemente por todos os profissionais, independentemente de crenças pessoais.

A idade por si só nunca deve ser usada como meio de exclusão único de intervenções terapêuticas. Da mesma forma, cortes específicos com base na idade não devem ser usados na estratégia de alocação de recursos. Além disso, a transparência e comunicação são peças fundamentais na implementação e seguimento de qualquer protocolo de alocação de recursos. Conversar com o paciente, perguntar sobre o que ele deseja em relação ao seu cuidado (protocolo de ressuscitação, Cuidado Paliativo) e manter a família atualizada sobre cada passo e decisão reduzem possíveis conflitos legais futuros e também o estresse e exaustão emocional enfrentado pelos médicos.

A maioria dos profissionais de saúde se sente “pouco” preparada para tomar decisões e concordam que a existência dos protocolos de triagem é crucial para fornecer um respaldo futuro, caso seja necessário, e também para explicar para os familiares dos pacientes que todas as decisões são tomadas tendo como base uma regulamentação organizada previamente através de uma equipe multidisciplinar.

A pandemia criou um cenário de incerteza muito grande dentro dos hospitais e dos centros de saúde e apesar de um estudo ter mencionado a criação de salas de descanso com ambiente calmo e música tranquila para que os profissionais conseguissem descansar ou processar o luto, não são todos os hospitais e nem todos os países que conseguiriam seguir esse mesmo exemplo. Todavia, o suporte emocional e psicológico aos médicos e enfermeiros antes, durante e depois da internação dos pacientes continua compondo uma parte essencial para o acompanhamento dos profissionais que, desde o início da pandemia, estão constantemente em contato com situações estressantes, exaustivas e possivelmente traumáticas.

Os Cuidados Paliativos, apesar de ainda muito pouco estudado, representam uma grande parte do tratamento dos pacientes, ainda mais no contexto da pandemia. Todos os pacientes morrendo com COVID-19 devem ter acesso a CP e as decisões de triagem complexas devem envolver um especialista em CP. Os pacientes assim como seus familiares se beneficiam do suporte emocional e psicológico. Ademais, muitos profissionais de saúde acabam se sentindo mais apoiados quando um especialista em CP está junto ao serviço e,

desse modo, é importante que mais profissionais se atentem a importância desse cuidado. Para fornecer CP no nível que os pacientes merecem, é importante que os médicos e enfermeiros compartilhem experiências e se preparem para os novos desafios que podem surgir durante a progressão da pandemia.

## 6. Referências bibliográficas

- [1]. UMAKANTHAN, S.; SAHU, P.; RANADE, A. V.; et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Postgraduate Medical Journal**, 2020.
- [2]. WAKAM, G. K.; MONTGOMERY, J. R.; BIESTERVELD, B. E.; BROWN, C. S. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 24, 2020.
- [3]. DEWAR, B.; ANDERSON, J. E.; KWOK, E. S. H.; et al. Physician preparedness for resource allocation decisions under pandemic conditions: A cross-sectional survey of Canadian physicians, April 2020. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10 October, 2020.
- [4] BAUMRUCKER, S. J.; CARTER, G.; ADKINS, R. W.; et al. Ethics Roundtable: Distribution of Critical Care Resources in the Setting of a COVID-19 Surge. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 2020.
- [5]. FARRELL, T. W.; FERRANTE, L. E.; BROWN, T.; et al. AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 6, 2020.
- [6]. KIRKPATRICK, J. N.; HULL, S. C.; FEDSON, S.; MULLEN, B.; GOODLIN, S. J. Scarce-Resource Allocation and Patient Triage During the COVID-19 Pandemic: JACC Review Topic of the Week. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 1, p. 85–92, 2020. Elsevier.
- [7]. CHUANG, E.; CUARTAS, P. A.; POWELL, T.; GONG, M. N. “We’re Not Ready, But I Don’t Think You’re Ever Ready.” Clinician Perspectives on Implementation of Crisis Standards of Care. **AJOB Empirical Bioethics**, v. 11, n. 3, p. 148–159, 2020. Taylor & Francis.

- [8]. KRÖGER, C. Shattered social identity and moral injuries: Work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, p. S156–S158, 2020.
- [9]. DANIEL B. KRAMER, M.D., M.P.H., BERNARD LO, M.D., AND NEAL W. DICKERT, M.D., P. D. CPR in the Covid-19 Era — An Ethical Framework. **New England Journal of Medicine**, v. 31, n. 1, p. 1969–73, 2020.
- [10]. ERSILIA M. DEFILIPPIS. Cardiopulmonary Resuscitation During the COVID-19 Pandemic - A View From Trainees on the Front Line. **American Heart Association, Inc.**, p. 1833–1835, 2020.
- [11]. WEI, B. E.; SEGALL, J.; VILLANUEVA, Y.; et al. Coping With Trauma, Celebrating Life: Reinventing Patient And Staff Support During The COVID-19 Pandemic. **HEALTH AFFAIR**, v. 30, n. 9, p. 1597–1600, 2019.
- [12]. AZIZODDIN, D. R.; GRAY, K. V.; DUNDIN, A.; et al. Bolstering clinician resilience through an interprofessional , web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic ABSTRACT. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 5, p. 711–715, 2020. Taylor & Francis.
- [13]. AARONSON, E. L.; PETRILLO, L.; STOLTENBERG, M.; et al. The Experience of Emergency Department Providers With Embedded Palliative Care During COVID. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 5, p. 35–43, 2020. Elsevier Inc.
- [14]. TANZI, S.; ALQUATI, S.; MARTUCCI, G.; DE PANFILIS, L. Learning a palliative care approach during the COVID-19 pandemic: A case study in an Infectious Diseases Unit. **Palliative Medicine**, v. 34, n. 9, p. 1220–1227, 2020.