



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Observatori de  
Bioètica i Dret  
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

[www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu) - ISSN 1886-5887

## DOSSIER CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19

**Escolhas de Sofia e a pandemia de COVID-19 no Brasil: reflexões bioéticas**

**Escuelas de Sofia y la pandemia de COVID-19 en Brasil: reflexiones bioéticas**

**Choices of Sofia and the pandemic of COVID-19 in Brazil: Bioethical reflections**

**Escoles de Sofia i la pandèmia de COVID-19 a Brasil: reflexions bioètiques**

**ALESSANDRA TORRES, ALINE APARECIDA ARAÚJO FÉLIX, PRISCILA IOZELINA  
SILVEIRA DE OLIVEIRA \***

\* Alessandra Torres. Graduada em Comunicação Social e Direito, pós-graduanda em Direito Processual do Trabalho, Universidade Cândido Mendes (Brasil). Email: [alessandra@torresassessoria.adv.br](mailto:alessandra@torresassessoria.adv.br).

Aline Aparecida Araújo Félix. Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (Brasil). Email: [alinearaujo029@gmail.com](mailto:alinearaujo029@gmail.com).

Priscila Iozelina Silveira de Oliveira. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário UNA, pós-graduanda em Psicologia Hospitalar pela Faculdade Santa Casa, Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). Email: [poliveiramjr@gmail.com](mailto:poliveiramjr@gmail.com).



Copyright (c) 2020 Alessandra Torres, Aline Aparecida Araújo Félix, Priscila Iozelina Silveira de Oliveira  
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas  
4.0 Internacional.

## Resumo

Pretende-se mostrar como a pandemia de COVID-19 causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2, afeta a distribuição equitativa de recursos sanitários no Brasil, bem como evidenciar os dilemas e entraves éticos e psicológicos vivenciados pelos profissionais da saúde no contexto de combate à doença. O presente estudo objetivou revisar conhecimentos acerca de questões bioéticas referentes à escassez de recursos e saúde mental. Realizou-se, desse modo, uma análise de protocolos sobre alocação de recursos recém-publicados no Brasil.

**Palavras-chave:** escassez de recursos; bioética; saúde mental; pandemia.

## Resumen

Se pretende mostrar cómo la pandemia de COVID-19 causada por el nuevo coronavirus Sars-CoV-2, afecta la distribución equitativa de los recursos de salud en Brasil, así como resaltar los dilemas y barreras éticas y psicológicas advertidas por los profesionales de la salud en el contexto de lucha contra la enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo revisar el conocimiento sobre cuestiones bioéticas relacionadas con la escasez de recursos y la salud mental. Así, se realizó un análisis de protocolos sobre la asignación de recursos recientemente publicados en Brasil.

**Palabras clave:** escasez de recursos; bioética; salud mental; pandemia.

## Abstract

It is intended to show how the COVID-19 pandemic caused by the new Sars-CoV-2 coronavirus, affects the equitable distribution of health resources in Brazil, as well as to highlight the ethical and psychological dilemmas and barriers experienced by health professionals in the context of fighting disease. The present study aimed to go through knowledge about bioethical issues related to the scarcity of resources and mental health. Thus, an analysis of protocols on the allocation of newly published resources in Brazil was carried out.

**Keywords:** resources scarcity; bioethics; mental health; pandemic.

## Resum

Es pretén mostrar com la pandèmia de COVID-19 causada pel nou coronavirus Sars-COV-2, afecta la distribució equitativa dels recursos de salut al Brasil, així com ressaltar els dilemes i les barreres ètiques i psicològiques reconegudes pels professionals de la salut en el context de lluita contra la malaltia. El present estudi va tenir com a objectiu revisar el coneixement sobre qüestions bioètiques relacionades amb l'escassetat de recursos i la salut mental. Així, es va realitzar una anàlisi de protocols sobre l'assignació de recursos recentment publicats al Brasil.

**Paraules clau:** escassetat de recursos; bioètica; salut mental; pandèmia.

## 1. Introdução

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS), declarou situação de pandemia causada pelo grande número de infectados pelo vírus Sars-Cov-2 no âmbito mundial. Desde então, diversos países declararam situação de emergência e adotaram medidas preventivas contra a disseminação da infecção. Entretanto, a doença acelerou o seu curso evolutivo, e conforme estatísticas publicadas pela OMS, no final do mês de maio já se contabilizavam 5.690.182 infectados pelo mundo.

Assim como em diversos países, no Brasil a pandemia avança progressivamente e leva consigo impactos econômicos, sociais e políticos, proporcionando à humanidade um dos episódios mais desafiadores da história. Nesse contexto, não obstante as demasiadas preocupações e incertezas vivenciadas pelos cidadãos em razão da velocidade de propagação do novo coronavírus, uma nova e inevitável questão surge e abala as estruturas dos sistemas de saúde: o aumento da demanda por leitos, equipamentos e respiradores frente à limitação de recursos. Surgem, portanto, múltiplos questionamentos acerca da possível alocação de recursos e da necessidade da realização de “Escolhas de Sofia” nos hospitais.

Nesse sentido, essa situação de calamidade pode ocasionar impactos diretos e indiretos na relação médico-paciente, tendo em vista que os profissionais de saúde por vezes, encontram-se a frente das tomadas de decisão relativas à tratamentos direcionados aos infectados. Faz-se necessário portanto, analisar os protocolos que visam orientar as tomadas de decisão recém-publicados no Brasil, bem como as consequências psicológicas ocasionadas aos profissionais da área médica, sob a perspectiva bioética.

## 2. Alocação de recursos escassos

A Declaração Universal de Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas considera que todos possuem o direito à um padrão de vida que lhe garanta saúde e bem-estar. No Brasil, o direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 e é atribuído ao Estado o dever de promovê-la por intermédio de políticas econômicas e sociais que visem, além da redução de doenças, o acesso universal e igualitário às ações e serviços que objetivam a sua promoção. Nesse contexto, em substituição ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que conforme Elisângela Santos Moura (2013), considerava como beneficiário da saúde apenas aqueles que contribuam com a Previdência Social, foi implementado o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema é regido pelos princípios da universalidade,

equidade e integralidade, estabelecidos no art. 7º da lei 8.080/90. Segundo Matta (2007), o primeiro princípio aponta para o direito à vida e a igualdade de acesso sem quaisquer distinções, o segundo dispõe-se no sentido de reduzir as iniquidades e diferenças, ao passo que o terceiro engloba as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e doença, analisando o sujeito como um todo.

Desse modo, evidencia-se que a saúde é tratada no país como um direito fundamental a ser prestado pelo Estado de forma universal, integral e equitativa. Entretanto, como aponta Mendonça (2018), a finitude de recursos impossibilita o atendimento de todas as necessidades de saúde apresentadas pela população, pois a prestação médica-assistencial possui limites. Isto é, ainda que o direito à saúde seja garantido a todos indistintamente, frente a limitações de recursos e a infinitude de necessidades, por vezes, faz-se necessário alocar recursos.

Em matéria divulgada, o Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) considera que em nível institucional, a distribuição de cuidados na saúde é tratada como macroalocação, incluindo desde a forma como os hospitais financiam os seus gastos até a quantidade de recursos que um país dedica aos cuidados primários e preventivos. Já a microlocalização se refere às decisões de caráter individual sobre tratamento, que partem de critérios concretos, mas que podem ser influenciadas, inconscientemente por “considerações não médicas”.

A discussão acerca da escassez de recursos e da necessidade de alocação se intensificou no Brasil com o crescimento do número de infectados pela COVID-19. Emanuel, Persad, Upshur, Thome, Parker, Glickman; *et al.* (2020, tradução nossa), entendem que o exemplo mais precoce de verificação de escassez, no contexto da atual pandemia, foi nos Estados Unidos, onde reconheceram que não havia máscaras de alta filtração N-95 para todos os trabalhadores da área da saúde. Do mesmo modo, Satomi, *et al.* (2020) alertam que as pandemias virais, como a vivenciada nos dias atuais, são capazes de gerar ameaças ao equilíbrio dos sistemas de saúde devido a imposição de demandas extraordinárias dos insumos, tecnologias e recursos humanos disponíveis. Evidencia-se, pois que, com esse cenário, os recursos na área médica podem se tornar insuficientes para suprir a grande demanda provocada, trazendo a necessidade de decidir sobre a alocação de recursos paliativos e técnicos. Surgem então, questionamentos acerca de quais regras e critérios seriam observados nas tomadas de decisões e quais profissionais estariam encarregados de realizá-las no cenário nacional.

Nesse contexto, é notória a necessidade do estabelecimento de regras para que o problema seja enfrentado da forma mais ética possível. Mannelli (2020), observa que:

*Quando os recursos são escassos em relação à demanda potencial, eles precisam ser alocados seguindo critérios rígidos de priorização - ou seja, alguém ficará sem. Existem muitos tipos de recursos escassos, alguns dos quais salvam vidas, o que significa que aqueles que não os acessam não sobreviverão.* (Mannelli, 2020: 1, tradução nossa).

Mediante a necessidade e urgência em definir quais critérios seriam utilizados na tomada de decisão acerca de qual paciente poderia usufruir dos recursos de saúde no tratamento da doença, a expressão “Escolhas de Sofia” passou a ser veiculada por alguns noticiários e pouco a pouco, alguns protocolos referentes à essa questão foram divulgados. Serão analisados a seguir os protocolos publicados no Brasil.

### 3. Escolhas de Sofia: protocolos e reflexões bioéticas

A expressão “Escolhas de Sofia” é utilizada para referenciar as escolhas difíceis em referência ao filme *Sophie's Choice* (Escolhas de Sofia), baseado no romance escrito pelo norteamericano William Styron e dirigido pelo roteirista Alan J. Pakula, lançado em 1982 nos Estados Unidos. O drama se passa durante a Segunda Guerra Mundial e relata a história e as paixões da jovem Sofia Zawistowski (Meryl Streep), uma polonesa, filha de um antissemite, que em seu passado, fora vítima do holocausto, sendo obrigada por um comandante nazista a decidir qual dos seus dois filhos seriam queimados e qual seria salvo.

Joana Suarez (2020) argumenta que recentemente, em razão da evolução da pandemia a expressão voltou a ser utilizada, para se referir a escolhas de quem deve ter acesso aos leitos de terapia intensiva em situações onde o acesso a um respirador se torne decisivo para determinar a sobrevivência dos pacientes.

No Brasil, a pandemia alastrou-se rapidamente e até o dia 28 de junho o país contabilizava 1.345.254 infectados, conforme dados do Ministério da Saúde. No entanto, embora a resolução dessas dúvidas acerca da alocação de recursos seja de caráter emergencial, o país ainda se encontra na fase de divulgação dos primeiros documentos que estabelecem os critérios para a realização das “escolhas difíceis” nos hospitais.

Assim, o primeiro documento no país, foi publicado pela Associação Médica Intensiva Brasileira (AMIB) em abril de 2020. A primeira versão desse protocolo considerou que a alocação de recursos não deve ocorrer de forma sigilosa, sem registro e de forma subjetiva, mas é necessário que sejam “claros, transparentes, tecnicamente embasados, eticamente justificados e que estejam alinhados com o arcabouço legal brasileiro”. Considerou que uma das justificativas

da implementação do protocolo reside em retirar a responsabilidade de decidir das mãos dos profissionais da saúde, uma vez que podem ocasionar impasses na saúde mental por serem exaustivas. Sendo assim, baseando-se no modelo de Biddinson *et al.*, apresentou como princípios o consenso de priorizar os pacientes infectados com maior expectativa de sobrevivência, equalizar a oportunidade dos indivíduos de passar pelos ciclos da vida e como objetivos “salvar o maior número de vidas”, “salvar o maior número de anos vida”, “equalizar a oportunidade de passar pelos diferentes ciclos da vida”, utilizando a hierarquia como critério principal e a “equidade quando houver benefícios iguais”, sendo a hierarquia um critério de desempate, nesse caso.

Observa-se que este protocolo se atentou para a realização de escolhas utilizando critérios estabelecidos mediante um contexto emergencial, recebendo posteriormente, alguns questionamentos. Nesse sentido, a AMIB e a ABRAMEDE revisaram o documento e publicaram uma segunda versão elaborada a partir do debate com profissionais da saúde e do Direito. A principal modificação nessa versão foi a retirada do critério de faixa etária como critério de triagem, compreendendo-se que ele “poderia ser discriminatório (e, portanto, inconstitucional) e que sua presença poderia comprometer a base de solidariedade que é característica da atenção em saúde.”

Ademais, a Câmara Técnica de Geriatria do CRM-DF publicou em abril o parecer-consulta Nº 014/2020, propondo recomendações técnicas de critérios éticos a serem utilizados nos cuidados dos idosos em Unidade de Terapia Intensiva, durante a pandemia. Dentre as propostas encontram-se a necessidade de construir um único protocolo de gestão assistencial no Distrito Federal, contendo critérios apresentados de forma clara e unificada. Destacou que no cenário de esgotamento dos serviços de saúde disponíveis, os idosos devem ser respeitados quanto a não limitação pelo fator idade e o respeito às suas decisões individuais, quando trouxerem Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e sugeriu a formação de Comitês de Gestão Ética, compostos por médicos com “expertise assistencial e ética”, que consigam fornecer decisões rápidas frente aos dilemas éticos enfrentados.

Já o Conselho Federal de Medicina do Pernambuco (CREMEPE), publicou em abril de 2020, a recomendação nº 05/2020, em observância ao aumento de casos de insuficiência respiratória grave e o possível esgotamento de recursos na abertura de novos leitos. Recomendou-se assim, a utilização de um fluxograma no atendimento dos pacientes acometidos por síndrome respiratória aguda grave (SRAG), por meio de um Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) através da combinação do *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) simplificado, *Charlson Comorbidity Index* (CCI), *Clinical Frailty Scale* (CFS) e *Karnofsky Performance Status* (KPS) cabendo à autoridade sanitária definir o início e duração do EUP-UTI.

O Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), também publicou orientações a serem utilizadas nas tomadas de decisão sobre alocação de recursos. Recomendou-se a utilização de critérios objetivos e transparentes, a não utilização da faixa etária como critério e na triagem inicial, os critérios recomendados foram a análise da gravidade clínica que deve ser mensurado pelo SOFA, a gravidade de doenças de base incuráveis e progressivas, como disfunções orgânicas e câncer por meio da SPIC-T-BR (*Supportive and Palliative Care Indicators Tool* – versão brasileira); e a funcionalidade prévia à admissão na unidade de saúde a ser medida pela ferramenta ECOG-PS score. Recomendou ainda a criação de equipes de triagens para a aplicação do protocolo, que não estejam oferecendo assistência direta aos pacientes e a estimulação da manifestação prévia de vontade do paciente.

Já a Sociedade Brasileira de Bioética publicou um documento no qual defende a proteção das pessoas mais vulneráveis, o direito ao acesso ao melhor tratamento para todos e o acesso igualitário a todos os leitos de UTI, públicos e privados. Recomendou que deve se assegurar que todos os leitos de terapia intensiva sejam regulados pelo SUS e disponibilizados de maneira equitativa, que seja assegurado o princípio da equidade e apresenta um fluxograma para o estabelecimento de critérios a serem utilizados, considerando o respeito aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana.

Chiara Manelli (2020), considera ainda que “Ao alocar recursos nesses cenários, os profissionais estão considerando priorizar aqueles com maior probabilidade de sobreviver do que aqueles com chances remotas de sobrevivência.” (tradução nossa, Manelli, p. 1). Tal como o critério hierárquico foi considerado excludente, é possível inferir que escolher a quem salvar e a quem excluir também configura uma questão inconstitucional e excludente, uma vez que é assegurado a todos o direito à vida e à saúde. Logo, as dúvidas recorrentes consistem em estabelecer quais princípios devem ser utilizados nessa “seleção”.

Para Gonçalves e Dias (2020) esse dilema configura uma das questões bioéticas mais expressivas proporcionadas pela pandemia. Portanto, convém analisar a realização dessas escolhas sob a perspectiva dos princípios bioéticos a fim de estabelecer reflexões acerca dos critérios utilizados, uma vez que, a Bioética, como afirma Joaquim Clotet (2003:32), não possui novos princípios éticos fundamentais, mas é a “resposta da ética aos novos casos e situações originados no âmbito da saúde”.

## 4. Apontamentos bioéticos acerca dos protocolos brasileiros

A Bioética surgiu década de 1970, com publicações do norte-americano Von Rensselaer Potter, que apresentou a proposta da criação de uma nova área do conhecimento que abrangeeria os reflexos dos avanços científicos na vida dos seres vivos. É conceituada por Leone, Privitera e Cunha; (apud Junqueira, 2011:8) como uma ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações”. Sendo assim, seus princípios foram apresentados no Relatório Belmont em 1978, como forma de orientar pesquisas com seres humanos e posteriormente, foram estendidos à prática médica, na obra Princípios de Ética Biomédica de Beauchamps e Childress. Consistem em Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça.

Os Princípio da Beneficência, conforme Magda Santos Koerich, Rosani Ramos Machado e Eliani Costa:

*“(...)relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses”, enquanto a Não Maleficência “(...) implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco”* (Koerich , Machado e Costa, 2004: 108, 109).

No contexto de luta à pandemia da COVID-19, simboliza que as escolhas devem ser realizadas com base no benefício do paciente e o seu não malefício. É necessário portanto, a observância à possibilidade de maximização desses benefícios, observando, conforme Satomi *et al.* (2020):

*“A priorização do benefício máximo de todos os pacientes e do maior número possível de pessoas, reconhecendo que nem todos os pacientes se beneficiam ou necessitarão da utilização de todos os recursos, e, logo, cada recurso deve ser direcionado àqueles que realmente podem se beneficiar de seu uso, segundo as evidências clínicas disponíveis”* (Satomi *et al.*., 2020, p. 2).

A autonomia, por sua vez, é conceituada por Maria de Fátima Freire de Sá (2012), como a “(...) capacidade ou aptidão que têm as pessoas de conduzirem suas vidas como melhor convier ao entendimento de cada uma de las” (Sá, p.145). É entendida pois, como a capacidade de autodeterminação da pessoa humana e nesse sentido, faz-se necessário refletir se em uma situação de alocação de recursos, a capacidade de escolha intrínseca à pessoa humana deve ser utilizada como parâmetro ou critério. Nesse sentido, ressalta-se que em suas recomendações, a Câmara Técnica de Geriatria do CRM-DF exalta a autonomia do idoso infectado ao propor o



respeito às suas vontades individuais quando apresentarem DAV'S. As DAV'S (Testamento Vital e Procuração para cuidados de Saúde) são documentos que dispõem sobre manifestações prévias a respeito de cuidados médicos e são utilizadas em situações em que o mesmo se encontra incapacitado de decidir.

Já o Princípio da Justiça, de acordo com Clotet (2003), "(...) exige equidade na distribuição de bens e benefícios no que se refere ao exercício da medicina ou área da saúde." (Clotet, p. 25). Ou seja, atribui a cada pessoa conforme suas necessidades, levando em consideração que cada pessoa se diferencia quanto às suas necessidades. A justiça equitativa é destacada no protocolo da Sociedade Brasileira de Bioética, ao recomendarem que os leitos de terapia intensiva, privados ou públicos devem ser disponibilizados a todos equitativamente.

No que tange esse princípio, Satomi *et al...* (2020), consideram que na alocação de recursos no atual contexto devem ser observados:

*"O dever do cuidado, isto é, de prestar cuidados adequados, considerando o grupo para o qual o paciente foi designado e aliviar sofrimento em qualquer situação. O dever de gerenciar os recursos e de equilibrar igualdade e equidade na distribuição dos recursos, por meio de protocolos com critérios bem definidos e apoiados nos demais valores expressos neste documento"* (Satomi *et al...*, p. 2).

As análises dos critérios à luz dos princípios bioéticos permitem, portanto, o levantamento de novos questionamentos e reflexões que contribuem para a elaboração dos critérios éticos e justos que se baseiem principalmente na necessidade de proteção à dignidade da pessoa humana, na igualdade e na não-discriminação.

## 4.1 Etarismo

Historicamente, a visão da humanidade sobre o envelhecimento se modifica constantemente. Como aponta Lemos, Palhares e Pinheiro *et al.*, (2017), na Grécia Clássica, a juventude era enaltecida e buscava-se conservá-la, mas Platão proporcionou a visão de que a velhice conduziria à prudência e astúcia. Já na sociedade romana, possuíam uma posição de destaque, pois eram concedidos a eles cargos importantes e a autoridade de *pater familias*. Os Hebreus, por sua vez, consideravam os idosos como chefes naturais que eram consultados quando necessário. Ainda conforme os autores, o cristianismo mostrou uma visão negativa da velhice, passando a ser associada à decrepitude.

O gerontólogo americano Robert Neil Butler criou o termo “*ageism*” (etarismo) em 1969 em referência à intolerância e discriminação motivada pela idade. Trata-se, em suma, do preconceito provocado pela idade. Conforme Palmore (1999), o etarismo pode ser classificado em positivo e negativo. O primeiro rege-se por estereótipos positivos, como a bondade, o afeto e a sabedoria, ao passo que o segundo baseia-se em estereótipos negativos, que no caso dos idosos são a doença, a impotência, declínio mental, senilidade, depressão, entre outros. Para Marcos Weiss Bliacheris (2020), o preconceito etário é o “mais normalizado”, não sendo tão combatido como o racismo ou o sexismo, levando os idosos à marginalização.

A relação do etarismo com a tomada de decisões em contextos clínicos não é novidade. Edith Maria Barbosa Ramos e Paulo Roberto Barbosa Ramos (2017) destacam que:

*“Em 1994, Shaw (1994) publicou na Journal of Medical Ethics um artigo intitulado In defense of ageism, no qual defendia que uma vez que as pessoas idosas já haviam desfrutado de mais tempo de vida e que a elas restavam menos tempo, a idade constituiria, assim, um critério ético, objetivo e eficiente para racionalizar a atenção da saúde. A atenção da saúde deveria ser dirigida aos pacientes mais jovens por tratar-se de um imperativo de justiça. Para o autor deve-se observar que o etarismo tem cunho moral, na medida em que os serviços de saúde são limitados. Desta feita, tais recursos devem ser alocados no sentido de atingir o maior número possível de pessoas” (Edith Maria Barbosa Ramos E Edith Maria Barbosa Ramos, p. 10).*

No contexto da atual pandemia, os idosos foram classificados pelo Ministério da Saúde como “grupo de risco”, juntamente com pessoas portadoras de doenças crônicas por serem mais vulneráveis à contaminação. Além do enquadramento em grupo de risco e a necessidade de uma atenção especial durante a pandemia, um aspecto que atingiu negativamente os idosos foi a utilização da idade como parâmetro para decidir quais pessoas iriam dispor dos limitados recursos disponíveis para o tratamento da COVID-19. Conforme mencionado anteriormente, a primeira versão do Protocolo da AMIB apresentou a hierarquia como critério de desempate na tomada de decisão acerca da alocação de recursos durante a situação emergencial proporcionada pela pandemia. Mas na segunda versão a principal modificação foi justamente o reconhecimento de sua inconstitucionalidade e conseqüente exclusão. Já o Protocolo da Sociedade Brasileira de Bioética destacou que em nenhuma hipótese, a idade seria utilizada como critério nas tomadas de decisão. Do mesmo modo, a Câmara Técnica de Geriatria do CRM-DF destacou em suas recomendações que o fator idade não deve ser utilizado como critério em respeito à dignidade do idoso.

Esse critério configura um princípio inconstitucional que além de infringir normas do Ordenamento Jurídico Brasileiro, proporciona aos idosos extrema desvalorização. Nesse sentido, faz-se mister destacar que a atual Constituição Federal do país, além de estabelecer a igualdade de todos perante a lei (Art. 5º, CF) considera em seu artigo 196, que a saúde é um direito inerente a todos, regido pela universalidade. Por força desses preceitos estabelecidos na Lei Maior brasileira, ninguém pode ser privado de usufruir desse direito em razão de idade ou quaisquer outros atributos de caráter pessoal.

Ademais, o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741/2003) assegura que:

*Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003).*

No que concerne o direito à saúde, o Estatuto supracitado dispõe que:

*Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003).*

Ou seja, infere-se que os idosos, bem como toda pessoa humana, não podem ser privados de usufruir de seu direito fundamental à saúde e desse modo, critérios que negligenciam essa questão são considerados inconstitucionais, proporcionando subterfúgios para o fortalecimento de preconceitos sociais enraizados como o etarismo. A constatação desse tipo de preconceito fica claro quando o profissional de saúde prioriza o mais jovem, em detrimento dos idosos.

Os médicos em contextos “normais” possuem intrinsecamente o dever de cuidado. Desse modo, o Código de Ética Médica normatiza a responsabilidade ético-disciplinar, com o apoio dos Conselhos Regionais de Medicina na fiscalização do exercício da profissão. É dever do médico minorar ou curar o sofrimento do seu paciente, desde que possível, e estabelecer com o mesmo uma relação de transparência e lealdade. O artigo 58 deste Código proíbe o ato de “Deixar de atender paciente que procure seus cuidados dos profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.” Essa premissa é aplicada em

situações onde o médico é o único no local ou em casos de recusa de atendimento. Além disso o artigo 135 do Código Penal Brasileiro considera como ilícito o ato de:

*Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa (BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940).*

Essa norma se refere ao crime de omissão de socorro, que em situações de normalidade pode levar o médico a responder criminalmente. Mediante a necessidade de realizar escolhas difíceis, alguns protocolos mencionados acima propõe a criação de equipes técnicas próprias realizar tal tarefa, isentando os médicos e demais profissionais da saúde que estão na “linha de frente” deste combate. Em contrapartida, até o presente momento não se verifica nenhuma modificação no que tange a responsabilidade médica de cuidado para se adaptar ao contexto emergencial vivenciado.

Portanto, diante da situação emergencial, o Ordenamento Jurídico Brasileiro se depara com a necessidade de que as escolhas difíceis sejam amparadas pela lei e estejam enquadradas dentro de parâmetros razoáveis, com critérios de triagem adequados e justos, informações transparentes, visando sobretudo, o respeito ao direito à vida, à dignidade da pessoa humana e a não discriminação.

## 5. Escolhas de Sofia e os Impactos na Saúde Mental dos Profissionais de Saúde

Em tempos de COVID-19, nota-se que os medos e incertezas atingiram a todos, principalmente aos profissionais da área da saúde que se encontram na linha de frente do combate à pandemia. Isso porque, além de atuarem diretamente no combate à doença, a possível situação de escassez de recursos pode gerar a necessidade de realizar as mencionadas Escolhas de Sofia. Desse modo, a ausência de normas para regular essas tomadas de decisão sobre a alocação de recursos, bem como a necessidade de adaptação rápida aos protocolos criados, podem dificultar a sua atuação e gerar altos níveis de estresse.

Esse cenário torna-se desafiador para os profissionais da saúde, levando-os a questionar seus conhecimentos adquiridos ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional. Se deparam

ainda com a angústia de não conhecer profundamente a pandemia, visto que se trata de algo recente e que se propagou rapidamente. (Schmidt *et al.* 2020).

Segundo Schmidt *et al.* (2020, apud Bao *et al.*, 2020) as incertezas e temores proporcionadas pela COVID-19, incluem também a angústia que frente os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde, fazem com que a situação se torne um gatilho para o surgimento ou intensificação dos sintomas de estresse e ansiedade. Para Fátima Caropreso e Marina Bilig de Aguiar (2015), no início de suas pesquisas Freud definia a angústia como sendo de origem sexual, sendo assim, a energia libinal que por alguma razão não pode ser descarregada no foco desejado. Porém, após a realização de outras pesquisas e por influências de outros teóricos essa definição foi ampliada para além da frustração da libido. Ainda segundo Caropreso e Aguiar (2015), em uma de suas obras Freud traz que a psique é dominada pela angústia (afeto de ansiedade) se sentir que não é capaz de lidar com uma tarefa (perigo) que vem de fora.

Logo, frente a essa definição é possível notar que a angústia é algo subjetivo, onde cada sujeito irá vivenciar em diversos níveis, visto que, essa experiência de viver o fenômeno da angústia poderá ocorrer quando o indivíduo não conseguir lidar com algum acontecimento desconhecido ou frustrante. No âmbito da pandemia, os profissionais da saúde podem vivenciar essa experiência, ao se depararem com o grande desafio de lidar com o desconhecido e buscar possibilidades de tratamento, bem como ao lidar com a possibilidade de um caos no sistema de saúde devido à falta de leitos e suporte para a grande demanda que possa surgir.

Frente a tal situação esses profissionais podem também experimentar um grande nível de estressores em relação a pandemia no que se refere a medos, inseguranças, sobrecarga da jornada de trabalho, risco maior de serem infectados por lidarem diretamente com os pacientes contaminados e medo de contraírem a infecção durante o trabalho e transmitirem a seus familiares.

No entanto, Schmidt *et al.* (2020), apontam que os estudos relacionados aos possíveis impactos psicológicos em decorrência da nova pandemia ainda são poucos, porém, indicam o surgimento de consequências negativas. Schmidt *et al.* (2020, apud Jiang *et al.*, 2020; Taylor 2019) relatam ainda, que as pesquisas anteriores referentes a outras infecções demonstram que são grandes os impactos psicológicos negativos a curto, médio e longo prazo para os profissionais de saúde e também para a população geral. Faz-se necessário portanto, o suporte psicológico para todos que estão na linha de frente ao combate a pandemia, em especial aos médicos, enfermeiros e técnicos.

Logo, Schmidt *et al.* (2020) destacam também, que tratamentos psicológicos para os profissionais de saúde são de suma importância para lidar com os impactos na saúde mental que

poderão surgir em virtude da pandemia. Isso visto que, a psicologia, no âmbito da pandemia, pode contribuir na promoção da saúde mental, na prevenção dos impactos negativos como também promover uma melhor comunicação entre os envolvidos bem como a humanização para o manejo de algumas situações que poderão surgir dentre alguns podemos citar; a frustração em não conseguir salvar vidas, incertezas e atender pessoas que testaram positivos e se recusam a tomar os devidos cuidados (Schmidt *et al.* 2020).

Além disso, nota-se que no Brasil existe um quantitativo de profissionais que não possuem experiência em atuar em grandes emergências como e o caso da COVID-19, frente a isso é inevitável que haja um aumento do estresse diante da situação (Schmidt *et al.* 2020 , apud Barros-Delben *et al.*, 2020).

Como mencionado, anteriormente, a ausência de normas que regulamentam as tomadas de decisão acerca da possível necessidade de alocar recursos no contexto da pandemia, é um dos problemas que podem ser enfrentados pelos profissionais da saúde. Nesse sentido, o protocolo sobre Alocação de Recursos do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro destaca-se por recomendar a criação de equipes de triagem constituídas por profissionais que não estejam vinculados diretamente aos cuidados do paciente, pois retira daqueles o encargo de realizar as Escolhas de Sofia.

Considerando tais questionamentos, faz-se necessário que essas intervenções ocorram de forma precoce e que seja direcionada também aos demais profissionais de saúde além daqueles que estão na linha de frente; recepcionistas, administrativos, auxiliares gerais que podem trazer em si alguma queixa. Vale ressaltar a importância em permitir ao grupo profissional que manifeste suas inseguranças e medos oferecendo acolhida subjetiva e sem julgamento para com os sentimentos demonstrados pelo sujeito. Tal suporte permite ao sujeito se reorganizar para os desafios em lidar com a pandemia e também com os pacientes infectados.

## 6. Considerações Finais

Mediante os estudos realizados, verificou-se que a situação de calamidade proporcionada pela pandemia vivenciada, ocasionou o aumento da demanda por leitos, respiradores e demais equipamentos terapêuticos, frente à limitação de recursos. Desse modo, no Brasil, a discussão acerca da escassez de recursos e da necessidade de alocação se intensificou com o crescimento do número de infectados pelo novo coronavírus.

Em que pese a saúde ser tratada na atual Constituição Federal Brasileira como um direito fundamental a ser prestado pelo Estado de forma universal, integral e equitativa, os recursos são finitos, o que impossibilita o atendimento de todas as necessidades de saúde apresentadas pela população. Logo, as tomadas de decisão relativas à distribuição de recursos representam um dos maiores desafios bioéticos enfrentados pelos profissionais da saúde brasileiros, o que pode gerar transtornos e marcas psicológicas nesse grupo, demonstrando a necessidade do estabelecimento de regras e critérios para que o dilema seja enfrentado da forma mais ética possível.

Evidenciou-se que os primeiros documentos brasileiros que estabeleceram critérios para a realização das “escolhas difíceis” 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. O intuito é salvar o maior número de vidas, considerando o respeito aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana, sob a perspectiva dos princípios bioéticos.

Por outro lado, são poucos os estudos que visam a identificação dos impactos psicológicos negativos a curto, médio e longo prazo para os profissionais da saúde neste contexto, e é indubitável que esse grupo necessita de suporte psicológico, afinal, estão na linha de frente combatendo a pandemia e nem sempre conseguem salvar vidas.

É essencial portanto, que as escolhas sejam pautadas em critérios éticos e objetivos e que os profissionais responsáveis pela sua realização sejam amparados, visando a diminuição de impactos negativos nos tratamentos e em sua saúde mental.

## Referências

- ◆ Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2020). *Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva*. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes\\_AMIB04042020\\_10h19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_AMIB04042020_10h19.pdf) [Consulta:14 de junho de 2020].
- ◆ Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2020) *Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19*. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/VJS01\\_maio\\_-](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/VJS01_maio_-)

\_Versa\_o\_2\_Protocolo\_AMIB\_de\_alocac\_a\_o\_de\_recursos\_em\_esgotamento\_durante\_a\_pandemia\_por\_COVID.pdf [Consulta: 16 de junho de 2020].

- ◆ Bliacheris, M.W. (2020) Preconceito Étário. Disponível em: <https://www.linkedin.com/pulse/preconceito-et%25C3%25A1rio-marcos-weiss-bliacheris> [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF.
- ◆ Brasil. Lei federal nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências (Estatuto do Idoso). Diário Oficial da União, Brasília, 01 de outubro de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- ◆ Caropreso, F.; Aguiar, M. B. (2015). O conceito de angústia na teoria freudiana inicial. *Nat. hum.* 17, 1. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302015000100001#:~:text=A%20partir%20dessa%20cita%C3%A7%C3%A3o%2C%20%C3%A9,rea%C3%A7%C3%A3o%20a%20uma%20excita%C3%A7%C3%A3o%20end%C3%B3gena](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302015000100001#:~:text=A%20partir%20dessa%20cita%C3%A7%C3%A3o%2C%20%C3%A9,rea%C3%A7%C3%A3o%20a%20uma%20excita%C3%A7%C3%A3o%20end%C3%B3gena). [Consulta: 18 de junho de 2020].
- ◆ Castro, J. C.; Guimarães, M. N. (2018) Caminhos da Bioética: Teresópolis; Volume 1. Coleção FESO-Editora Unifeso. Disponível em: [https://www.academia.edu/37449660/Caminhos\\_da\\_Bio%C3%A9tica](https://www.academia.edu/37449660/Caminhos_da_Bio%C3%A9tica) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Centro de Bioética do Cremesp. Alocação de Recursos em Saúde. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaParaIniciantes&id=26> [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Clotet, J. (2003). *Bioética: uma aproximação*. Puerto Alegre: EDIPUCRS. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/digitalizacao/irmaosmaristas/bioetica.pdf>. [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Compassion & Choices. (2020). Letter of Compassion & Choices to Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Disponível em: <https://compassionandchoices.org/wp-content/uploads/Final-CC-Letter-to-HHS-re-CMS-Waiver-of-Advance-Directive-Policy-Notice-4-28-20-v6.pdf> [Consulta: 16 de junho de 2020].



- ◆ Conselho Federal De Medicina (2010). Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em:  
<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>  
[Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2020). Câmara Técnica de Geriatria do Crm-Df. Parecer Crm-Df Nº. 12/2020. Disponível em:  
[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/DF/2020/12\\_2020.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/DF/2020/12_2020.pdf). [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Conselho Regional De Medicina do Rio De Janeiro (2020). Recomendação CREMERJ Nº 05/2020. Disponível em:  
[https://www.cremerj.org.br/downloads/pdf/40\\_recomendacao\\_cremerj\\_052020.pdf?inline=inline](https://www.cremerj.org.br/downloads/pdf/40_recomendacao_cremerj_052020.pdf?inline=inline) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (2020). Recomendação CREMEPE Nº 05/2020. Disponível em: [http://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDA%C3%87%C3%83O-CREMEPEN%C2%BA-05\\_v.final\\_.pdf](http://www.cremepe.org.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDA%C3%87%C3%83O-CREMEPEN%C2%BA-05_v.final_.pdf) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Coronavírus Brasil. Painel Coronavírus. Atualizado em: 28/06/2020 18:30 Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/> [Consulta: 29 de junho de 2020].
- ◆ Emanuel, E. J.; Persad, G.; Upshur, R. *et al.* (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *N Engl J Med.* Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>. [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Gonçalves, L.; Dias, M. C. (2020). *Escolha sobre quem deve viver: bioética e COVID-19 no contexto brasileiro. Brasil de Fato.* Disponível em:  
<https://www.brasildefato.com.br/2020/04/28/artigo-escolha-sobre-quem-deve-viver-bioetica-e-COVID-19-no-contexto-brasileiro> [Consulta: 15 de junho de 2020].
- ◆ Junqueira, C. R. (2020). Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade18/unidade18.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Koerich, M. S.; Machado, R. R.; Costa, E. (2005) Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm* 14, 1, 106-10. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1> [Consulta: 16 de junho de 2020].

- ◆ Lemos, D.; Palhares, F.; Pinheiro, J. P.; et al. Velhice (verbete). In: Projeto de Pesquisa “Políticas de Subjetivação” (e-Psico), s/d. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html> [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Mannelli, C. (2020). Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *Journal of Medical Ethics* 46, 364-366. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277018/> [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Matta, G. C. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223> [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Mendonça, J. R. (2018). A universalidade do direito à saúde e a escassez de recursos. Conteúdo Jurídico. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/52154/a-universalidade-do-direito-a-saude-e-a-escassez-de-recursos>. [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Ministério da Saúde. (2020) Número de curados do coronavírus ultrapassa os casos ativos no Brasil. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47065-numero-de-curados-do-coronavirus-ultrapassa-os-casos-ativos-no-brasil> [Consulta: 18 de junho de 2020].
- ◆ Moura, E. S. de (2013). O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. *Âmbito Jurídico*, XVI, 114, jul 2013. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/17657/material/0%20direito%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20de%201988%20-%20Constitucional%20-%20%C3%82mbito%20Jur%C3%ADdico.pdf>. [Consulta: 13 de junho de 2020].
- ◆ Mosimann, L. T. N. Q.; Lustosa, M. A. (2016). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Rev. SBPH*, vol.14, 1. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012) [Consulta: 18 de junho de 2020].
- ◆ ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- ◆ Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. Nova York: Springer.

- ◆ Peixoto, T.C.; Passos, I.C.F.; Brito, M. J. M. (2018) Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 22, 65, 461-472. Epub December 21, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200461&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200461&script=sci_abstract&lng=pt) [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Ramos, E. M. B.; Ramos, P. R. B. (2017). Velhice, escassez de recursos e direito à saúde. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, vol.99. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/RDConsInter\\_n.97.09.PDF](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDConsInter_n.97.09.PDF) [Consulta: 16 de junho de 2020].
- ◆ Rinnenburger, D. (2020). Le scelte in tempi di COVID-19. *Salute Internazionale*. Disponível em: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/le-scelte-in-tempi-di-COVID-19/>> [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Rocha, R. O. (2013). BIOÉTICA E ALOCAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE: reflexões sobre o compartilhamento democrático das tecnologias médicas avançadas. *Revista Direito UNIFACS* n.154. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/2543>. [Consulta em 14 de junho de 2020].
- ◆ Sá, M. F. F. Moureira, D. L. (2012) *Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade*. Belo Horizonte: Del Rey.
- ◆ Satomi, E.; Souza, P.M.R.; Thomé, B.C., *et al.* (2020) Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. *Einstein*, vol. 18 e AE5775. Epub April 30, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ae5775](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ae5775) [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Silva, A.L.P.; Teixeira, M.A.A. (2002). A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura. *Cogitare Enferm.* 7, 1, 75-83. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32560/20665>. [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Sociedade Brasileira de Bioética. (2020). Recomendação SBB N° 01/2020: aspectos éticos no enfrentamento da COVID-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI. Disponível em: <http://www.sbbioetica.org.br/Noticia/754/RECOMENDACAO-SBB-N-012020-aspectos-eticos-no-enfrentamento-da-COVID-19> [Consulta: 16 de junho de 2020]

- ◆ Suarez, J. (2020). Dois doentes, um respirador e um médico para decidir. Publica - Agência de Jornalismo Investigativo. Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/dois-doentes-um-respirador-e-um-medico-para-decidir/> [Consulta: 14 de junho de 2020].
- ◆ Schimidt, B.; Crepaldi, M. A.; Bolze, S. D. A.; et al.. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol.* 37. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2020000100501#B02](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501#B02) [Consulta: 18 de junho de 2020].

**Fecha de recepción: 29 de junio de 2020**

**Fecha de aceptación: 20 de julio de 2020**