

**Ética e pandemia: análise de publicações
internacionais em resposta à COVID-19 e
posição dos alunos de Medicina da
Universidade da Beira Interior
Versão final após defesa**

Ana Luís Freitas Correia

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Mestre Abel García Abejas

junho de 2021

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar ao meu orientador, Mestre Abel García Abejas, pela orientação, apoio, disponibilidade e conselhos.

À Faculdade de Ciências da Saúde e à Universidade da Beira Interior, pela oportunidade e pelos 6 anos de formação, académica e pessoal.

Aos meus pais, pelo esforço, amor e apoio incondicional. Pelos sacrifícios que fizeram para eu chegar aqui e pelo exemplo de trabalho e perseverança. Nunca teria chegado aqui sem eles.

Ao meu irmão, pelo apoio, paciência e companheirismo.

À minha família, pelo carinho e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus amigos, apoio constante durante esta maratona, especialmente à Fátima e à Joana, pela amizade e presença em todos os momentos.

A todos os meus colegas que dispensaram um pouco do seu tempo para contribuir para este trabalho.

E por último à cidade da Covilhã, que me recebeu e se tornou uma segunda casa.

Resumo

Introdução: A COVID-19 representa uma séria ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde, que não se encontravam preparados para o elevado número de doentes necessitados de hospitalização, surgindo a necessidade de criar um sistema de triagem.

Objetivos: Rever pareceres de sociedades de bioética europeias, que estabeleceram recomendações e critérios a ter em conta na triagem, publicadas até fevereiro de 2021. Realizar uma revisão sistemática da literatura relevante, de forma a enquadrar o tema e por último recolher a opinião dos alunos de Medicina da Universidade da Beira Interior sobre os critérios que consideram mais relevantes.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa manual no *Google* e em *websites* governamentais de vários países e uma revisão sistemática da literatura relevante sobre o tema nas bases de dados *Pubmed*, *Scopus* e *Web of Science*, entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021. Foi criado um questionário enviado através de *email* institucional para os alunos do 4º, 5º e 6º anos de Medicina da Universidade da Beira Interior.

Resultados: Foram incluídos 21 documentos pertencentes a 14 países - Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Estónia, França, Grécia, Irlanda, Israel, Itália, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça - que convergiam na maximização do benefício, papel do prognóstico, recusa da discriminação, proteção dos profissionais de saúde, autonomia do doente e importância dos cuidados paliativos. Após aplicação dos critérios estabelecidos foram incluídos 43 artigos. O questionário obteve 103 respostas, nas quais os alunos expressaram preferência pela maximização do número de vidas salvas e priorização dos doentes mais graves e com melhor prognóstico.

Conclusão: a maioria dos países segue uma abordagem utilitarista de maximização do benefício, de forma a salvar o maior número possível de vidas, utilizando como principal critério o prognóstico e gravidade clínica. O idadismo e a discriminação contra portadores de deficiência continuam presentes na Europa. A comparação com os princípios expressos na Declaração de Barcelona revela que estes foram respeitados, com algumas exceções. As respostas obtidas no questionário dirigido aos alunos vão ao encontro dos princípios expressos nos documentos analisados.

Palavras-chave

COVID-19;Bioética;Justiça distributiva;Alocação de recursos;Triagem.

Abstract

Introduction: COVID-19 represents a serious threat to the sustainability of health systems, which were not prepared for the high number of patients in need of hospitalization, and the need to create a triage system arose.

Objectives: Review documents of European bioethics societies, which set recommendations and criteria to be taken into account in the triage, published until February 2021. Carry out a systematic review of the relevant literature, in order to introduce the theme and finally collect the opinion of the medical students from University of Beira Interior on the criteria they consider most relevant.

Methodology: A manual search was carried out on Google and government websites in several countries and a systematic review of the relevant literature on the topic in the databases Pubmed, Scopus and Web of Science, between September 2020 and February 2021. A questionnaire was created and sent via institutional email to students of the 4th, 5th and 6th years of Medicine at the University of Beira Interior.

Results: 21 documents from 14 countries were included - Germany, Austria, Belgium, Spain, Estonia, France, Greece, Ireland, Israel, Italy, Portugal, United Kingdom, Sweden and Switzerland - that converged on maximizing benefit, role of the prognosis, refusal of discrimination, protection of health professionals, patient autonomy and the importance of palliative care. After applying the established criteria, 43 articles were included. The questionnaire obtained 103 responses, in which the students expressed a preference for maximizing the number of lives saved and prioritizing the most serious patients with the best prognosis.

Conclusion: most countries follow a utilitarian approach of maximizing benefit, in order to save as many lives as possible, using prognosis and clinical severity as the main criteria. Ageism and discrimination against people with disabilities are still present in Europe. The comparison with the principles expressed in the Barcelona Declaration reveals that they were respected, with some exceptions. The answers obtained in the questionnaire addressed to students are in line with the principles expressed in the analyzed documents.

Keywords

COVID-19 ; Bioethics ; Distributive justice ; allocation resources ; triage .

Índice

1. Introdução	1
1.1. Enquadramento ético.....	2
2. Materiais e Métodos.....	9
3. Resultados.....	13
4. Discussão	19
4.1. Análise de publicações internacionais	19
5. Conclusão.....	31
6. Bibliografia.....	33
Apêndices	37
Apêndice 1 - Questionário enviado aos alunos	37
Anexos	41
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	41
Anexo 2 – Autorização para ultrapassagem do limite de palavras.....	43

Lista de Figuras

Figura 1- Fluxograma das etapas seguidas durante o processo de seleção dos estudos 10

Figura 2- Perspetiva dos estudantes relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos 14

Lista de Tabelas

Tabela 1. Critérios da Inclusão e Exclusão	9
Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra	13
Tabela 3. Correlações (ρ) entre as respostas obtidas relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos	14
Tabela 4. Critérios mais adequados em situações de escassez	15
Tabela 5. Comparação da perspectiva dos estudantes relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos de acordo com o sexo e o ano curricular	16
Tabela 6. Comparação da escolha dos critérios mais adequados em situações de escassez de acordo com o sexo e o ano curricular	17
Tabela 7. Comparação dos documentos analisados por país e por critérios	23

Lista de Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
UBI	Universidade da Beira Interior
QALYs	<i>Quality-Adjusted Life Years</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SIAARTI	Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Cuidados Intensivos
SEMICYUC	Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva e Crítica e Unidades Coronárias
CNECV	Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos
CNEDM	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
DIVI	Associação Interdisciplinar Alemã para a Medicina Intensiva e de Emergência
BMA	Associação Médica Britânica
CBE	Comité de Bioética de Espanha
CFS	<i>Clinical Frailty Score</i>
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment Score</i>
NECPAL	Necessidades Paliativas
SFAR	Sociedade Francesa de Anestesia e Reanimação
SAMW	Academia Suíça de Ciências Médicas
HNBC	<i>Hellenic National Bioethics Commission</i>
ÖGARI	Sociedade Austríaca de Anestesiologia, Reanimação e Medicina Intensiva

1. Introdução

Um número crescente de casos de infeção respiratória começaram a ser notados pelas autoridades chinesas da cidade de Wuhan, no fim de 2019. A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi envolvida na investigação a 31 de dezembro de 2019. Foi anunciado que se tratava de um novo vírus, pertencente à família dos coronavírus. A investigação epidemiológica ligou muitos dos casos ao Mercado de Peixe de Wuhan.(1)

Os coronavírus pertencem à família *Coronaviridae*, dos quais se conhecem 8 que infetam o Homem. São responsáveis principalmente por infeções respiratórias, com manifestações de gravidade variável. A doença que provoca, denominada COVID-19 infetou até ao momento 130 422 190 pessoas em 223 países, sendo responsável por 2 842 135 mortes (à data de 4 de abril de 2021). Os sintomas mais frequentes são febre, tosse e dificuldade respiratória. Na forma mais grave causa pneumonia, síndrome de dificuldade respiratória aguda que pode piorar rapidamente e levar à morte por falência de múltiplos órgãos. O mecanismo de transmissão não é completamente compreendido mas sabe-se que se transmite por contacto direto pessoa a pessoa e por contacto indireto através de superfícies contaminadas. Estima-se que o período de incubação varie entre 1 a 14 dias, sendo esse o número de dias de isolamento social recomendada após contactos de risco ou viagens.(2)

Do ponto de vista da Bioética uma situação de pandemia apresenta desafios éticos específicos. O cenário de escassez de recursos impôs-se como uma ameaça séria à sustentabilidade dos sistemas de saúde. A possibilidade de ter de escolher que doentes seriam tratados obrigou a uma reflexão sobre os critérios que deveriam ser aplicados. De forma a evitar que esta difícil decisão recaísse nos ombros de profissionais de saúde de forma individual, vários comités e sociedades de Bioética emitiram pareceres a nível nacional com critérios e orientações para à alocação de recursos.

Este trabalho propõem-se a analisar o conteúdo destes diferentes documentos emitidos em países Europeus, comparar os diferentes princípios éticos que cada estado decidiu valorizar e verificar se vão ao encontro dos valores básicos da declaração de Barcelona, que expressa os princípios da Bioética na União Europeia, nomeadamente a dignidade do ser humano, a liberdade, tanto a liberdade de circulação como as liberdades individuais, a democracia representativa, o princípio da igualdade, o estado de direito e os direitos humanos. (3,4)

Pretende-se também auscultar a opinião dos estudantes de Medicina, recolhendo as suas respostas a um questionário dirigido aos estudantes do 4º, 5º e 6º ano de Medicina da Universidade da Beira Interior (UBI), com posterior análise estatística.

1.1. Enquadramento ético

A OMS define a ética como apreciações sobre a forma como devemos viver as nossas vidas, incluindo as nossas ações, intenções e comportamento habitual. O método deliberativo requer a identificação dos princípios relevantes que se aplicam à situação que estamos a analisar, balançando a sua importância e baseando a nossa decisão nestes. Existem quatro princípios básicos amplamente usados para deliberação ética. São estes a não maleficência, beneficência, autonomia e justiça. A não-maleficência afirma que devemos evitar causar o mal e a beneficência que devemos trazer benefícios aos outros sempre que possível. O respeito pela autonomia enuncia que as decisões devem ser tomadas pelo doente, capacitado para tal. A justiça traduz um conjunto de princípios que requerem uma distribuição justa dos benefícios e prejuízos por todas as partes envolvidas. Existem mais princípios, dos quais se salienta o princípio da reciprocidade, do qual se entende o retorno adequado e proporcional das contribuições feitas pelas pessoas. (5)

Numa emergência na saúde pública, como a pandemia que atravessamos, não é possível atender a todos os princípios, entrando estes em conflito, podendo ser restringidos e substituídos se assim se justificar. Diferentes países escolhem dar prioridade a diferentes princípios, alguns valorizando mais a liberdade dos seus cidadãos, outros considerando mais a proteção da saúde pública com um custo individual mais elevado. Assistimos e temos conversas diárias sobre o balanço entre beneficência, na perspetiva da proteção da saúde pública, e autonomia, com as já constantes limitações da liberdade de circulação. Diferentes opiniões espelham sistemas de valores distintos, o que também se observa no panorama internacional, existindo mais discórdia sobre a legitimidade de medidas em países com maior cultura democrática, onde os direitos individuais são considerados essenciais e imprescindíveis. Todas as estratégias de ação têm consequências, difíceis de avaliar *a priori*, tornando muito difícil avaliar a estratégia e grau de gravidade das medidas mais adequadas, obrigando-nos a questionar o que valorizamos mais, se os direitos e liberdades individuais ou a minimização do número de mortes evitáveis.(6) Assumem assim um papel principal os decisores políticos e autoridades de saúde, que têm o especial desafio de desenhar uma estratégia de ação que simultaneamente poupe mais vidas, minimize as consequências de uma crise económica, seja custo-efetiva e aceitável para a opinião pública.

Apesar de o racionamento de cuidados médicos ter entrado agora na discussão pública este sempre existiu em qualquer sistema de saúde. Tudo, para todos e agora nunca é possível.(7) A própria sustentabilidade financeira do sistema e a finitude dos recursos assim o obriga.

A OMS recomenda que a alocação de recursos deve ser guiada por um balanço entre equidade, utilidade, maximização de benefício e justiça. Uma distribuição equitativa aparenta ser justa mas em casos específicos pode ser mais justo dar preferência a grupos que estão numa situação pior, como os mais pobres, mais doentes ou mais vulneráveis. A aplicação dos princípios tem de ser consistente, com mecanismos previstos para resolver disputas, evitar corrupção e separação de responsabilidades sempre que possível, evitando que os clínicos que tomam decisões tenham razões pessoais ou profissionais para defender um grupo em detrimento de outro. Restrições à liberdade de movimento como isolamento, quarentena, suspensão de viagens, encerramento de escolas, proibição de ajuntamentos podem ser importantes na contenção da infeção e eticamente justificáveis mas a sua eficácia não deve ser tomada como garantida, pois dependendo das circunstâncias o seu benefício pode ser muito pequeno ou até contra produtivo. (5)

Persad et al (8) resumem a alocação de recursos escassos a 4 categorias: maximizar os benefícios, tratar as pessoas com igualdade, promover e recompensar valor instrumental e dar prioridade a quem está pior. Cada um destes princípios pode ser entendido de diferentes formas. Maximizar o benefício pode significar salvar o maior número de vidas individuais, salvar o maior número de anos de vida, favorecendo doentes com maior probabilidade de sobrevivência a longo prazo, ou salvar o maior número de anos de vida ajustados à qualidade (QALYs). Tratar as pessoas com igualdade pode ser conseguido por seleção aleatória (lotaria) ou através de um critério “*first-come, first-served*” (é dada prioridade aqueles que chegaram primeiro ou entraram em contacto com o sistema de saúde mais cedo). Recompensar o valor instrumental pode significar priorizar aqueles que podem salvar outros (como os profissionais de saúde) ou aqueles que salvaram outros no passado. Por último dar prioridade a quem está pior pode ser entendido como dar prioridade aos doentes mais graves ou aos mais jovens, que viverão vidas mais curtas se morrerem por falta de tratamento.

Uma distribuição justa requer um quadro ético de múltiplos valores. O valor mais importante, consensual entre diferentes perspetivas, desde da utilitarista que enfatiza os *outcomes* populacionais até à não utilitarista que se foca no valor primordial da cada vida, é salvar o maior número de vidas e aumentar a duração da vida pós-tratamento. Tempo e informação limitada podem justificar maximizar o número de doentes que sobrevivem ao tratamento com esperança de vida razoável e deixar a maximização das melhorias na duração da vida como objetivo secundário, relevante apenas para comparação entre doentes com probabilidade de sobrevida semelhante. A incorporação da avaliação da qualidade de vida futura, anos de vida ajustados à qualidade na maximização do benefício não é recomendada devido ao tempo que consome para além dos conflitos éticos e legais.

A questão de priorizar os profissionais de saúde é divisória. Persad et al (8) defendem que recursos essenciais como ventiladores, equipamentos de proteção individual (EPI) ou vacinas devem ser disponibilizados em primeiro lugar a profissionais de saúde que estão na linha da frente, não porque as suas vidas são mais valiosas mas devido ao seu valor instrumental, pois o seu treino torna-os essenciais para diminuir perdas humanas. Também pode ser aplicado o princípio da reciprocidade, no sentido de retribuir os seus esforços. Esta prioridade não se deve estender a pessoas mais favorecidas ou com influência política. Sveen et al (9) argumentam que os profissionais de saúde não devem receber prioridade, apesar de reconhecerem a sua utilidade social e o princípio da reciprocidade. Como argumentos contra afirmam que os profissionais de saúde que necessitarem de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) não voltarão ao trabalho a tempo de serem úteis na luta contra a pandemia. Muitas outras profissões para além da saúde têm utilidade social, como por exemplo bombeiros, polícias, etc. O princípio da reciprocidade assume que os profissionais de saúde contraíram o vírus em resultado de exposição ocupacional, o que pode não ser verdade.

Tolchin et al (10) destacam a importância das desigualdades socioeconómicas e raciais que influenciam quem chega primeiro ao hospital. Para prognósticos semelhantes o princípio da igualdade deve posto em prática através de seleção aleatória em vez de “*first-come, first-served*”, pois este último favorece quem vive mais perto de hospitais, viaja mais rápido, está mais informado e tem menos responsabilidades laborais e familiares, em detrimento de quem adoece mais tarde, possivelmente por cumprimento das recomendações. As crises não afetam todos da mesma maneira, e pessoas com *status* socioeconómico mais baixo, pertencentes a minorias étnicas e raciais têm maior probabilidade de trabalhar no setor dos serviços (que não pode ser feito remotamente), estando mais expostos a poluição, com maior dependência de transportes públicos e menor acesso a cuidados preventivos. O processo de triagem não deve agravar estas desigualdades mas não é o meio mais adequado de corrigir desigualdades sociais. Lotaria tem também a vantagem de ser difícil de corromper.

Emanuel et al (11) defendem que participantes em ensaios clínicos para o desenvolvimento de vacina e tratamentos deve receber alguma prioridade se ficarem doentes posteriormente, como forma de recompensar a sua contribuição, incentivando assim mais pessoas a participar e materializando o princípio da reciprocidade. A prioridade deve no entanto ser limitada, por exemplo como critério de desempate entre doentes com prognóstico similar. Os critérios de alocação de recursos devem ser iguais para doentes com COVID-19 e outras condições médicas. As recomendações éticas devem ser usadas para orientar *guidelines* de ação médica.

Estudos realizados *a posteriori* concluíram que se a necessidade tivesse obrigado a seguir as *guidelines* e protocolos de desastre durante a pandemia de gripe A em 2009 uma percentagem elevada dos doentes que sobreviveram teriam sido excluídos ou retirados de tratamento em UCI. (12–14)

Apesar de ser alvo de críticas por ser pouco humanitário, o utilitarismo traz argumentos pertinentes nesta situação. O utilitarismo é uma teoria consequencialista que se foca nos resultados das ações em vez de nas ações em si mesmas. A ação ideal é a que traz o máximo de felicidade ou bem-estar. Assim uma alocação utilitarista desviaria os recursos para aqueles cuja saúde e bem-estar trouxesse maior felicidade à sociedade, abrindo a porta a julgamentos individuais de valor social.

O igualitarismo, por oposição, foca-se na ação em vez de no resultado, e a moralidade do ato não depende do seu resultado final, mas de um conjunto conhecido e aceite de regras. Todos os indivíduos são iguais em termos de valor social.

Os critérios “salvar o maior número de vidas” e “salvar o maior número de anos de vida” são princípios utilitaristas, enquanto lotaria e “*first-come first-served*” refletem uma abordagem mais igualitária. (15)

As pessoas são indiferentes a números grandes mas muito sensíveis a sofrimento individual identificável, da mesma forma que valorizam mais consequências imediatas protelando as futuras. Este viés condiciona os decisores a atender à emergência presente desconsiderando futuras consequências. Desviar todos os recursos para atender aos doentes com COVID-19 evita mortas imediatas, mas condiciona mortes futuras de doentes com outras patologias que não foram diagnosticados ou tratados atempadamente. Assim o utilitarismo recomenda que doentes com COVID-19 não devem ter prioridade em relação a doentes com gravidade semelhante mas com uma causa diferente. É necessário identificar os vieses e emoções que interferem no processo de tomada de decisão. A estratégia escolhida deve ser aquela que evita o maior número de mortes por qualquer causa e aumenta o maior número de anos de vida com saúde máxima.

A maior parte das pessoas é da opinião que é moralmente pior retirar um doente do tratamento do que negar-lhe acesso inicial. Como teoria consequencialista, o utilitarismo valoriza apenas o *outcome* final e não a intenção da ação, e recomenda que doentes com fraco prognóstico que possam retirar benefício do tratamento sejam sujeitos a uma prova terapêutica, retirando depois o tratamento se a melhoria clínica não for significativa, deixando-o disponível para alguém que daí retire maior benefício, mesmo que este tenha entrado no serviço de saúde mais tarde. Rejeita assim o critério “*first-come, first-served*”. Em relação à triagem o utilitarismo diz-nos que devemos priorizar doentes com melhor prognóstico e os que se prevê que necessitem de menos recursos durante menos tempo. Também favorece uma maior duração da vida, favorecendo os doentes que se espera que

possam viver mais anos, o que na prática acaba por dar prioridade aos mais jovens. No entanto a idade é apenas usada como uma medida da duração do benefício esperado, distinguindo se assim do idadismo. O valor de um ano de vida com qualidade de vida máxima é o mesmo independentemente da idade do doente.

Também recomenda a definição de um limite na qualidade e duração de vida que vale a pena salvar, através da avaliação da qualidade de vida, função cognitiva e duração expectável de vida.

Para os utilitaristas o bem-estar é mais importante que a liberdade e os direitos individuais, uma vez que estes só são importantes na medida em que asseguram o bem-estar. Assim esta perspetiva apoia medidas que violam a privacidade ou a liberdade para proteger o bem-estar, como a utilização de aplicações de telemóvel.

Por último as decisões devem ser baseadas em factos, números e ética, e não em política ou opinião popular. Qualquer rumo de ação pode ser justificável, mas é aconselhável ter noção do preço e consequências das decisões tomadas, lembrando que o resultado que gera o maior benefício pode ser diferente do resultado no qual a distribuição é mais justa. (16)

Rhodes (17) aponta críticas à maximização, não a considerando apropriada a não ser em cenário de absoluta escassez, pois esta tende a favorecer os mais jovens e saudáveis em vez de os mais vulneráveis, como os idosos e imunocomprometidos. Stone (18) afirma que as decisões de triagem não devem ter em conta o número de anos de vida salvos após alta hospitalar, pois grupos de pessoas marginalizadas/alvo de injustiças passadas ou presentes apresentam mais frequentemente doenças crónicas, entram em contacto com os serviços de saúde mais tarde, o que lhes condiciona à partida um prognóstico pior. É sugerido que representantes destes grupos sejam incluídos no processo de tomada de decisão e na triagem.

Outros pontos passíveis de crítica são o consequencialismo e a desvalorização da intenção por detrás da ação. Como só é relevante o resultado final os fins justificam os meios. (6)

Deve mesmo o princípio da maximização do benefício prevalecer sobre a igualdade de oportunidade e justiça social? Considerando que a pandemia afeta mais pessoas mais desfavorecidas socialmente, Reid (19) defende que a triagem pode ter um papel mais ativo no combate a estas desigualdades, propondo recusar os critérios de maximização quando estes agravam desigualdades estruturais. A estes seriam preferido a alocação aleatória. Outra proposta sugerida é entre os candidatos a admissão a UCI priorizar pessoas mais desfavorecidas, tornando-se necessário decidir quais os pontos a considerar para avaliar quem é mais desfavorecido. São propostos marcadores raciais, étnicos e socioeconómicos, como por exemplo a morada. No entanto se o papel destes marcadores se tornar conhecido torna-se alvo de manipulação, e pedir aos profissionais de saúde para distribuir

recursos com base em desigualdades sociais pode aumentar a discriminação, em vez de diminuir.

Tolchin et al (10) reconhecem o impacto dos fatores sociais na saúde da população, mas argumentam que o processo de triagem não deve servir para equilibrar injustiças sociais, devendo estas ser endereçadas com políticas de saúde dirigidas à sua causa.

À seleção aleatória é apontada a crítica de tratar toda a gente da mesma forma, o que nem sempre é o mais justo, pois as pessoas têm prognósticos e características diferentes que condicionam a probabilidade de beneficiar do tratamento.(20)

Jordens (21) argumenta que se deve priorizar doentes que cuidam de outros, também conhecidos como cuidadores informais, pelo apoio que prestam indiretamente aos serviços de saúde e porque a sua saúde aumenta a probabilidade de sobrevivência daqueles que têm a seu cargo.

Uma questão também colocada é se devem os doentes mais jovens receber prioridade. Antiel et al (20) e Macklin (22) argumentam que sim, desde de que não seja critério único. É importante valorizar prognóstico, comorbilidades, probabilidade de beneficiar do tratamento e só depois considerar a idade. Para uma situação clínica semelhante doentes mais jovens têm mais a perder, pois vão perder a oportunidade de experienciar todas as fases de uma vida completa, que doentes com mais anos de vida tiveram. Não priorizar jovens nega-lhes a oportunidade de envelhecerem, pelo que os autores consideram esta proposta mais do que ética, justa.

A *American Geriatrics Society* discorda, argumentando que a COVID-19 afeta as pessoas mais velhas desproporcionalmente. Critérios como prognóstico a longo prazo, anos de vida salvos e comorbilidades que não afetam a sobrevivência são discriminatórios e eticamente problemáticos. Recomendam incluir as comorbilidades se estas contribuem para morte a curto prazo. (23)

2. Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão clássica da literatura em diferentes motores de busca e em diferentes períodos de tempo, entre setembro de 2020 e fevereiro de 2021, recorrendo às bases de dados *Pubmed*, *Scopus* e *Web of Science*. Para cada base de dados foi usada a combinação de palavras-chave: (“COVID-19”) AND (“bioethics” OR “distributive justice” OR “allocation resources” OR “triage”). O único filtro aplicado à pesquisa foi *free full text*. Os critérios de inclusão e de exclusão estão descritos na tabela:

Tabela 1. Critérios da inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos nacionais pertencentes à União Europeia e/ou Europa (abriu-se uma exceção para Israel). • Artigos referentes a ética, bioética, alocação de recursos escassos numa situação de pandemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos nacionais não pertencentes à União Europeia ou Europa. • Artigos sobre o impacto da COVID-19 sobre uma doença ou especialidade específica. • Artigos relativos à investigação e distribuição de uma vacina. • Estudos que trataram da COVID-19 com foco exclusivo em dados epidemiológicos, contágio, sintomatologia e/ou complicações clínicas. • <i>Guidelines</i> focadas na terapêutica médica para a COVID-19.

Na *Pubmed* foi utilizada a pesquisa avançada e na caixa de consulta foi escolhido MeSH Terms. Foram utilizadas as associações (COVID-19) AND (Bioethics [MeSH Terms]), (COVID-19 [MeSH Terms]) AND (Distributive justice[MeSH Terms]), (COVID-19[MeSH Terms]) AND (allocation of resources[MeSH Terms]) e (COVID-19[MeSH Terms]) AND (triage[MeSH Terms]), selecionando um total de 108 artigos através da leitura do título e/ou *abstract*. Posteriormente foram selecionados mais 15 artigos para leitura encontrados através das referências dos primeiros artigos selecionados, num novo total de artigos encontrados nesta base de dados de 123.

Na *Scopus* a pesquisa foi feita dentro do título do artigo, *abstract* e palavras-chave (TITLE-ABS-KEY), e o processo repetiu-se, não sendo aplicado nenhum filtro à pesquisa. Os termos utilizados foram ((covid-19) AND (bioethics)), ((covid-19) + (distributive AND justice)), ((covid-19) (allocation AND resources) (bioethics)) e ((covid-19) AND (triage) AND (bioethics)). Nesta base de dados obteve-se um total de 57 artigos para leitura integral.

Na *Web of Science* utilizou-se o separador *COVID-19 related publications*, utilizando-se as palavras-chave “bioethics” e “distributive justice” obtendo-se 8 artigos para leitura integral.

Foi também incluída a Declaração de Barcelona e feita uma pesquisa manual no motor de busca *Google* e nos *websites* governamentais de vários países, obtendo-se 18 documentos e pareceres nacionais.

Após a pesquisa, os artigos com título relevante foram manualmente importados para o *software Mendeley Desktop*, e foi feita a remoção dos artigos duplicados, obtendo-se um total de 175 artigos.

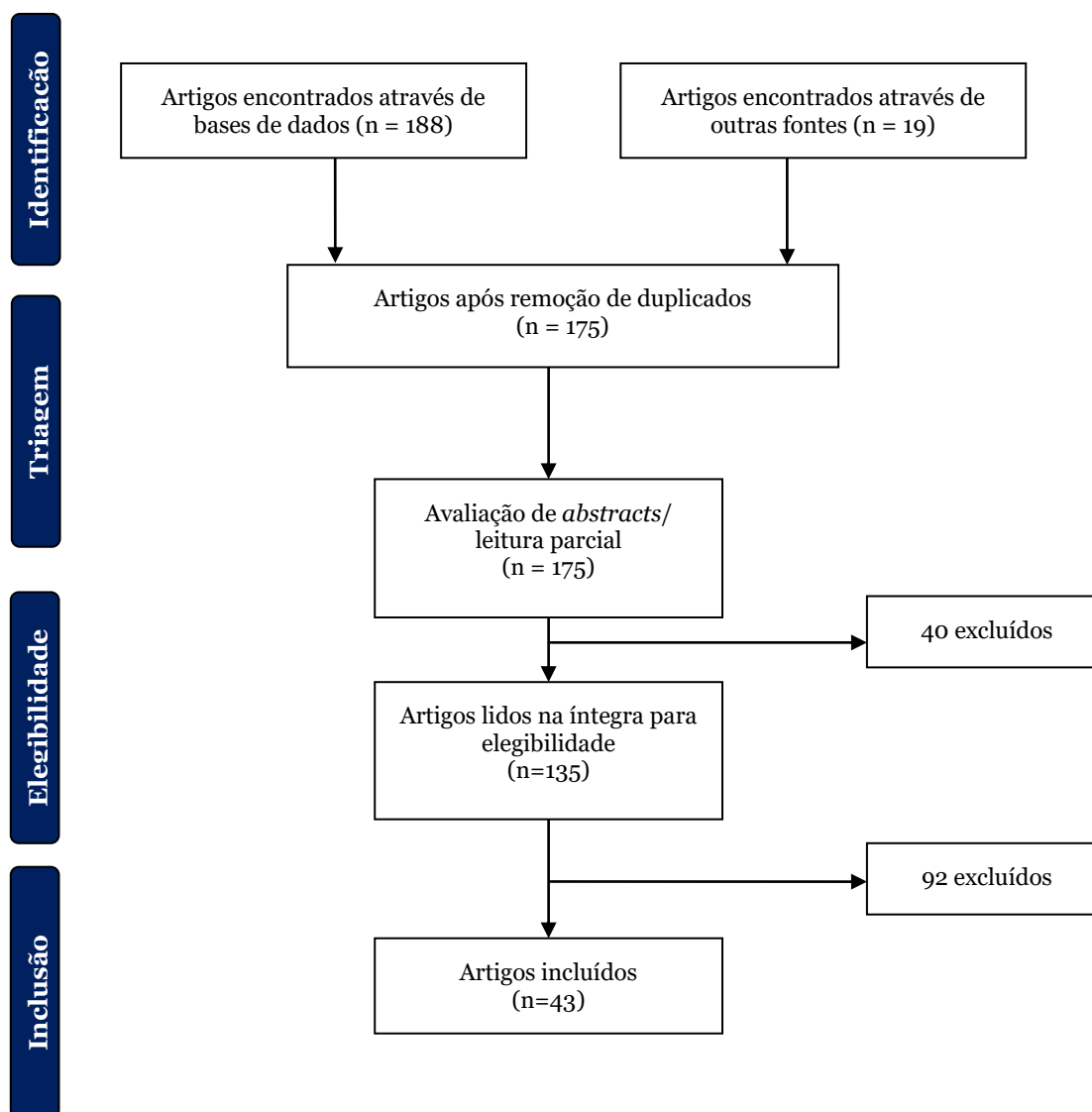


Figura 1- Fluxograma das etapas seguidas durante o processo de seleção dos estudos

De forma a complementar este trabalho pensou-se que seria interessante questionar os alunos de Medicina da UBI sobre o tema. Para esse efeito foi enviado um questionário (Apêndice 1), via *email* institucional para alunos do 4º, 5º e 6º ano de Medicina, inscritos no corrente ano letivo 2020/2021. Foi enviado para os 138 alunos do 4º ano, 156 do 5º e 140 alunos do 6º ano, num total de 434 alunos. Considerou-se que apenas os alunos dos anos clínicos possuíam a formação e experiência para responder com adequada reflexão às questões apresentadas, pelo que se excluiu os alunos dos restantes anos. A participação foi completamente anónima e voluntária. O projeto foi submetido ao parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, que o aprovou a 13 de Outubro de 2020 (Anexo 1).

A análise estatística foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05. As variáveis contínuas foram apresentadas sob a forma de média e desvio-padrão e as categóricas através da frequência relativa e absoluta. O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para analisar a distribuição das variáveis contínuas. O Coeficiente de Correlação de *Spearman* (ρ), o teste Qui-Quadrado e teste de *Kruskal-Wallis* foram usados para estudar as opiniões dos alunos face a dilemas éticos apresentados.

3. Resultados

A maioria dos estudantes era do sexo feminino e a idade média da amostra foi de $23,8 \pm 3,0$ anos, tendo variado entre 21 e 42 anos de idade (Tabela 2). O 6º ano curricular esteve sobre representado (50,5%), enquanto que a frequência de respostas foi significativamente inferior por parte dos estudantes do 4º ano (19,4%; $p < .001$).

Tabela 2. Caracterização demográfica da amostra

Variável	(n=103)
Sexo, % (n)	
Masculino	19,4 (20)
Feminino	80,6 (83)
Ano curricular, % (n)	
4º ano	19,4 (20)
5º ano	30,1 (31)
6º ano	50,5 (52)
Idade, média±DP	23,8±3,0
DP, desvio-padrão.	

Numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), os estudantes entrevistados apresentaram o maior grau de concordância com a preferência em salvar o maior número de vidas em detrimento do maior número de anos de vida ($3,1 \pm 1,1$) e o menor com dar prioridade indivíduos com contribuições sociais importantes passadas em detrimento de indivíduos com grande utilidade social futura ($1,8 \pm 0,8$). A maioria dos estudantes concordou com a suficiência da sua formação em ética médica para identificar e resolver dilemas na prática clínica ($3,8 \pm 0,8$) (Figura 2). As opiniões dos estudantes relativamente ao salvamento do maior número de vidas e de doentes mais graves estiveram positivamente correlacionadas ($\rho = 0.293$; $p = 0.003$), mas não no que toca às restantes questões (Tabela 3).

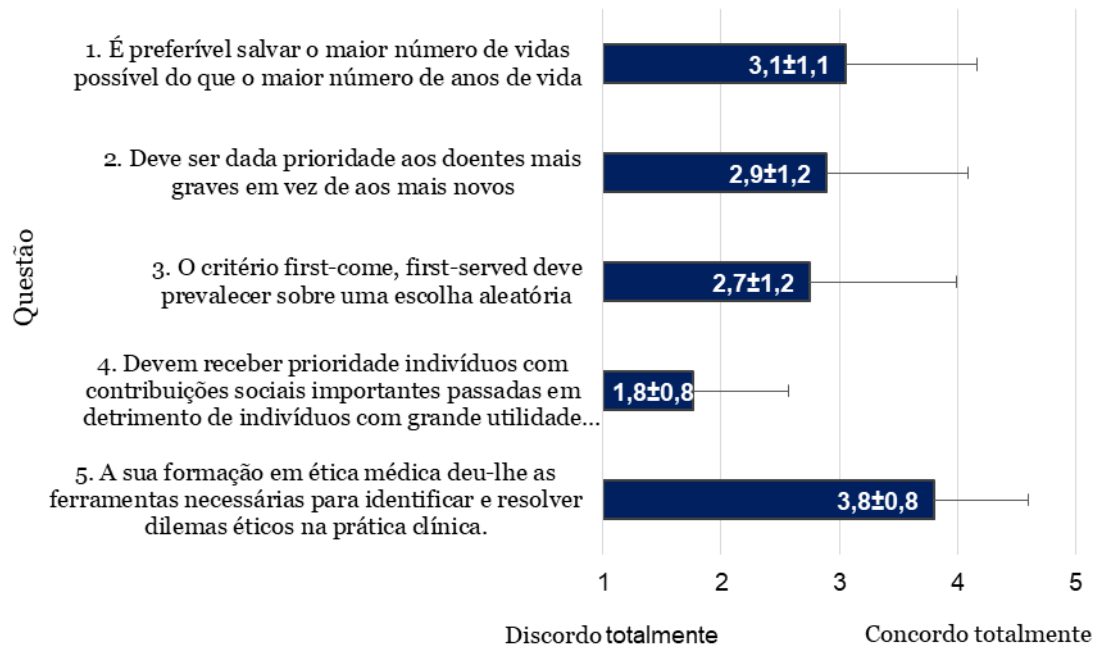


Figura 2- Perspetiva dos estudantes relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos.

Tabela 3. Correlações (ρ) entre as respostas obtidas relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos.

Questão	1.	2.	3.
2.	0.293*	1	
3.	0.079	0.157	1
4.	0.084	0.028	0.099

* $p < 0.05$; ρ , Ró de Spearman.

A Tabela 4 representa a frequência das escolhas dos critérios mais pertinentes para aplicar numa situação de escassez. O salvamento do maior número de anos de vida (74,8%) e do maior número de vidas possível (68,0%) foram considerados os mais importantes, enquanto que a escolha aleatória (11,7%) e a contribuição dos esforços e sacrifícios passados para a saúde e bem-estar da comunidade (6,8%) foram apenas considerados por uma minoria.

Tabela 4. Critérios mais adequados em situações de escassez.

Critério, % (n)	(n=103)
Salvar o maior número de anos de vida (favorecer os doentes com melhor prognóstico)	74,8 (77)
Salvar o maior número de vidas possível	68,0 (70)
Doentes mais graves	46,6 (48)
Doentes mais jovens	38,8 (40)
Priorizar indivíduos com utilidade social futura (exemplo profissionais de saúde)	37,9 (39)
<i>First-come, first-served</i>	15,5 (16)
Escolha aleatória	11,7 (12)
Priorizar indivíduos cujos esforços e sacrifícios passados promoveram a saúde e bem-estar da comunidade	6,8 (7)

Tabela 5. Comparação da perspectiva dos estudantes relativamente a situações de triagem sob escassez de recursos de acordo com o sexo e o ano curricular.

Variável, média±DP	Sexo			Ano curricular			
	Masculino	Feminino	Valor P	4º	5º	6º	Valor P
1. É preferível salvar o maior número de vidas possível do que o maior número de anos de vida	2,6±1,0	3,2±1,1	.043	3,0±0,9	3,3±1,2	3,0±1,1	.516
2. Deve ser dada prioridade aos doentes mais graves em vez de aos mais novos	3,2±1,1	2,8±1,2	.194	3,0±1,3	3,2±1,2	2,7±1,1	.118
3. O critério <i>first-come, first-served</i> deve prevalecer sobre uma escolha aleatória	2,9±1,3	2,7±1,2	.702	2,8±0,8	3,4±1,3	2,3±1,2	.001
4. Devem receber prioridade indivíduos com contribuições sociais importantes passadas em detrimento de indivíduos com grande utilidade social futura	1,6±0,7	1,8±0,8	.368	1,5±0,8	1,7±0,8	1,9±0,8	.145
5. A sua formação em ética médica deu-lhe as ferramentas necessárias para identificar e resolver dilemas éticos na prática clínica.	4,0±0,6	3,7±0,9	.545	2,0	-	3,8±0,8	.087

DP, desvio-padrão.

Tabela 6. Comparação da escolha dos critérios mais adequados em situações de escassez de acordo com o sexo e o ano curricular.

Variável, % (n)	Sexo			Ano curricular			
	Masculino	Feminino	Valor P	4º	5º	6º	Valor P
<i>First-come, first-served</i>	15,0 (3)	15,0 (3)	1.000	0,0 (0)	25,8 (8)	15,4 (8)	.046
Escolha aleatória	15,0 (3)	10,8 (9)	.698	15,0 (3)	6,5 (2)	13,5 (7)	.549
Doentes mais graves	55,0 (11)	44,6 (37)	.460	55,0 (11)	58,1 (18)	36,5 (19)	.115
Doentes mais jovens	35,0 (7)	39,8 (33)	.695	35,0 (7)	32,3 (10)	44,2 (23)	.515
Salvar o maior número de vidas possível	65,0 (13)	68,7 (57)	.752	70,0 (14)	80,6 (25)	59,6 (31)	.136
Salvar o maior número de anos de vida (favorecer os doentes com melhor prognóstico)	70,0 (14)	75,9 (63)	.585	80,0 (16)	61,3 (19)	80,8 (42)	.118
Priorizar indivíduos cujos esforços e sacrifícios passaram promoveram a saúde e bem-estar da comunidade	0,0 (0)	8,4 (7)	.341	5,0 (1)	6,5 (2)	7,7 (4)	.917
Priorizar indivíduos com utilidade social futura (exemplo profissionais de saúde)	45,0 (9)	36,1 (30)	.608	40,0 (8)	29,0 (9)	42,3 (22)	.472

DP, desvio-padrão.

A concordância com os dilemas éticos e a escolha dos critérios éticos mais adequados em situações de escassez foram analisados de acordo com o sexo e o ano curricular dos estudantes na Tabelas 4 e 5, respetivamente. As raparigas ($3,2\pm 1,1$) apresentaram uma maior preferência no salvamento do número de vidas em relação ao número de anos de vida em relação aos rapazes ($2,6\pm 1,0$; $p=.043$), mas as opiniões entre sexos não diferiram significativamente face aos restantes dilemas éticos. A opção pelo critério “*first-come, first-served*” sobre uma escolha aleatória foi mais aceite ($p=.001$) e mais frequentemente escolhida ($p=.046$) no 5º ano curricular relativamente ao 4º e 6º anos. Não se detetaram outras diferenças ou associações significativas entre os dilemas e critérios éticos e o sexo e ano curricular dos alunos.

Já foram realizados estudos com o objetivo de descobrir o que pensam os cidadãos destes critérios de triagem, e se as suas convicções estão alinhadas com as recomendações dos especialistas em ética. Através de questionários *online* concluiu-se que os participantes aplicam mais frequentemente o princípio da maximização do benefício quando aumenta a probabilidade de salvar uma vida em vez de quando salva mais anos de vida e valorizam o prognóstico e a gravidade clínica. (15,24,25) Entre doentes com o mesmo prognóstico uma vasta maioria escolheu “*first-come, first-served*” em detrimento de lotaria. Os participantes também mostraram maior inclinação para tratar um doente com COVID-19 do que outro com prognóstico semelhante não provocado com COVID-19 e não concordam com a valorização do valor instrumental ou reciprocidade.(24) Huseynov et al (25) e Grover et al (15) também concluíram que que o público se manifesta a favor de dar prioridade a doentes mais jovens quando a gravidade clínica é semelhante.

4. Discussão

4.1. Análise de publicações internacionais

Existe consenso entre os documentos analisados na maximização do benefício, gerindo cuidadosamente os recursos disponíveis de forma a salvar um número máximo de vidas. Nenhum defende a maximização do número de anos de vida, mas a Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Cuidados Intensivos (SIAARTI) (26) e a Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva e Crítica e Unidades Coronárias (SEMICYUC) (27) admitem ter em conta a esperança de vida.

Fatores chave envolvidos na decisão de admissão são as preferências do doente (expressas pessoalmente, através de diretrizes avançadas ou por procuração), se este beneficia com o tratamento e se o benefício supera o risco. Os pareceres também convergem na importância do prognóstico e do uso de critérios clínicos na triagem, sendo estes referidos nos artigos da SEMICYUC (Espanha), Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (28), Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM) (29), Associação Interdisciplinar Alemã para a Medicina Intensiva e de Emergência (DIVI) (30), Associação Médica Britânica (BMA) (31), Conselho Sueco de Ética Médica (32) e Comissão Conjunta do Conselho Nacional de Bioética de Israel. (33)

Existe também consenso na importância do acesso a cuidados paliativos para todos os doentes que não sejam admitidos a UCI ou que, por falta de melhoria clínica, seja decidido a suspensão do seu tratamento.

A recusa de um tratamento discriminatório com base em características como idade, raça, orientação sexual, género, deficiência ou *status* socioeconómico também são referidos ao longo da maioria das publicações. A SEMICYUC destaca-se neste ponto, pois afirma que deve ter sido em conta se o doente tem outros ao seu cuidado e o seu valor social, não definindo o que entende por isso, abrindo a porta a interpretações dúbias e potencialmente discriminatórias. Esta afirmação é contestada pelo Comité de Bioética de Espanha (CBE) (7) que recusa discriminação com base na utilidade social. A exclusão do acesso a ventilação mecânica invasiva a doentes com deterioração cognitiva e a consideração da sobrevida livre de deficiência, para além sobrevida isolada, igualmente advogadas pela SEMICYUC são classificadas pelo CBE como incompatíveis com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Todos concordam na necessidade de proteção dos profissionais de saúde, através de acesso a EPI, apoio psicológico, legal e ético no processo de triagem, e na aplicação de

critérios iguais para doentes com COVID-19 e doentes com outras patologias, recusando tratamento prioritário para os primeiros.

A maioria dos pareceres aconselha que as decisões sejam tomadas por pelo menos dois médicos, equipa interdisciplinar ou por equipa especial de triagem (Sociedade Belga de Medicina Intensiva (34), Academia Suíça de Ciências Médicas [SAMW] (35) e DIVI [Alemanha]).

O Comité de Bioética da Áustria (36) e o Departamento de Saúde Irlandês (37) referem especificamente que a exclusão com base no tempo ou qualidade de vida após a alta não é justificável, sendo discriminatória. O Conselho de Ética Estónio (38) especifica que o prognóstico é o de recuperação após cuidados intensivos, ou seja, a curto prazo, mas inclui a qualidade de vida futura nos fatores a ter em conta. Pelo contrário a SEMICYUC (Espanha) refere que o ingresso de doentes com esperança de vida inferior a 2 anos em UCI deve ser cuidadosamente avaliada, recorrendo ao NECPAL (ferramenta para identificar doentes terminais que precisam de cuidados paliativos) e valoriza os anos de vida ajustados à qualidade (QALY) como critério de escolha entre dois doentes semelhantes.

A utilização da *Clinical Frailty Score (CFS)* é sugerida pela Sociedade Belga de Medicina Intensiva e DIVI, e a *Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA)* é defendida pela SEMICYUC (Espanha), DIVI (Alemanha) e Sociedade Austríaca de Anestesiologia, Reanimação e Medicina Intensiva (ÖGARI) (39) para avaliar o prognóstico, apesar desta última ainda não se encontrar validada para a COVID-19. A presença de comorbilidades severas como critério de exclusão de UCI é mencionado pela BMA (Reino Unido).

Todos concordam que a idade isoladamente não é suficiente para a tomada de decisão, com a exceção da Sociedade Francesa de Anestesia e Reanimação (SFAR) (40) e da SAMW (Suíça). O algoritmo sugerido pela SFAR prevê, num nível severo de escassez, excluir dos Cuidados Intensivos doentes com elevada fragilidade, demência, condições pré-existentes ou agudas graves, como insuficiência cardíaca ou renal estágio avançado e todos os doentes acima dos 85 anos, assim como acima de 75 anos se sofrerem de cirrose hepática, insuficiência cardíaca NYHA II ou acima, insuficiência renal grau 3 ou acima, sendo estes encaminhados para cuidados paliativos. Também a recomendação da SAMW (Suíça) (35), perante a possibilidade de já não ter camas de UCI disponíveis exclui doentes com idade acima dos 85 anos ou acima dos 75 se comorbilidades (cirrose hepática, doença renal crónica estadio III, IC NYHA class>I e sobrevivência estimada inferior a 24 meses).

A SIAARTI (Itália) e a Comissão Conjunta [...] de Bioética de Israel admitem, num nível de escassez severa, estabelecer um limite, mas este não se encontra definido nos documentos. A SEMICYUC (Espanha) afirma privilegiar uma maior esperança média de vida.

A SFAR (França) é a única que interpreta o critério “favorecer quem está pior” como dar prioridade ao doente mais jovem, pois este perde mais anos de vida se não lhe for oferecida a oportunidade de tratamento. Esta também defende a priorização dos profissionais de saúde e de indivíduos envolvidos em investigação sobre o vírus.

O CBE (Espanha) defende uma discriminação positiva para crianças e adolescentes que adoeceram com COVID-19 mas principalmente para aquelas com outras patologias cuja assistência seja afetada pela falta de meios, citando a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

Os critérios de desempate “lotaria” e “*first-come, first served*” são sugeridos pela Sociedade Belga de Medicina Intensiva, que não faz distinção entre eles. A SAMW (Suíça) recusa qualquer um dos dois. “*First come, first served*” também é recusado pelo CNEDM (Portugal), SEMICYUC e CBE (Espanha), SIAARTI (Itália), ÖGARI (Áustria) e Conselho de Ética Estónio, e aceite pelo Ministério da Saúde Espanhol (41) e BMA (Reino Unido), apesar deste último o reconhecer como problemático.

O CBE (Espanha), a BMA (Reino Unido), o Departamento de Saúde Irlandês, a Comissão Conjunta [...] de Bioética de Israel e SFAR (França) admitem priorizar trabalhadores essenciais, numa ética de reciprocidade mas também de valor instrumental.

A maioria refere a possibilidade de, dependendo do grau de escassez, restringir algum tratamento, não necessariamente todo. Alguns textos referem explicitamente a futilidade como critério para mudar o tratamento (Sociedade Belga de Medicina Intensiva, SEMICYUC [Espanha], DIVI [Alemanha]) enquanto outros usam o conceito de proporcionalidade dos cuidados (Sociedade Belga de Medicina Intensiva, SIAARTI [Itália], BMA e *Nuffield Council on Bioethics* [Reino Unido](42)).

Com a exceção da Sociedade Belga de Medicina Intensiva que fala da importância de evitar cuidados desproporcionados e maximizar a capacidade de UCI os restantes documentos focam-se na maximização do benefício como número de vidas ou número de anos de vida. A qualidade dos anos de vida salvos raramente é mencionada explicitamente, exceto pela SEMICYUC (Espanha) e Conselho de Ética Estónio.

Os princípios referidos mais vezes são a necessidade, proporcionalidade, transparência, solidariedade, privacidade, precaução, dignidade humana, equidade, justiça, não maleficência, beneficência, autonomia e o dever de cuidar.

O Comité de Bioética Grego (HNBC) refere apenas a importância da responsabilidade individual e a proporcionalidade das medidas restritivas, não especificando critérios ou princípios de triagem. (43). A também importância da responsabilidade individual na contenção da infeção é referida na generalidade dos pareceres.

O Conselho de Ética Alemão mostra preocupação com a proteção do direito à liberdade e participação democrática, assim como direitos económicos, sociais e culturais, que não

devem ser incondicionalmente subordinados, pois nem mesmo o valor da proteção da vida humana é absoluto. (44)

O Conselho Sueco de Ética Médica refere a importância da minimização de danos sociais, tendo como objetivo diminuir ao máximo tanto os impactos na saúde pública como na sociedade. (32)

Na tabela 7 encontra-se um resumo dos princípios referidos por cada país.

Tabela 7. Comparação dos documentos analisados por país e por critérios

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/ Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	Crítérios adicionais
<i>Deutscher ethikrat Solidarity and responsibility during the coronavirus crisis Ad hoc recommendation</i> (44)	Alemanha	<i>Deutscher Ethikrat</i>				Proíbe			Proíbe		Valor da proteção da vida humana assim como o direito à liberdade e participação, direitos económicos, sociais e culturais.
<i>Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfallund der Intensivmedizin im Kontext der COVID 19-Pandemie</i> (30)	Alemanha	<i>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</i>		Sobrevivência a curto prazo e prognóstico a longo prazo	Estado clínico; Comorbilidades	Recusa como critério único					Scores de prognóstico (<i>SOFA</i> , <i>CFS</i>); Princípio da igualdade
<i>Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie</i> (39)	Áustria	<i>Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)</i>		Sobrevivência a curto prazo; Comorbilidades				Recusa			Justiça, não maleficência beneficência e autonomia

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	Crítérios adicionais
<i>Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie Stellungnahme der Bioethikkommission (36)</i>	Áustria	<i>Bioethikkommission</i>		A probabilidade de sobrevivência a curto prazo pode ser critério.		Rejeita a exclusão com base no tempo ou qualidade de vida posterior à alta.					
<i>Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine (34)</i>	Bélgica	<i>Belgian Society of Intensive Care Medicine</i>				Recusa como critério único					Recomenda a <i>CFS</i>
<i>Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus (7)</i>	Espanha	<i>Comité de Bioética de España (CBE)</i>		Recusa discriminação contra idosos e portadores de deficiência		Prioriza assistência a crianças e adolescentes		Recusa	Recusa discriminação com base na utilidade social	Prioriza profissionais de saúde.	Mesmos critérios p/doentes COVID e não COVID

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	Critérios adicionais
<i>Informe del ministerio de sanidade sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el sars-cov-2 (41)</i>	Espanha	<i>Ministerio de Sanidad</i>	Maximização do benefício	Prognóstico	Gravidade clínica	Rejeita idade e incapacidades como critério único		Sugere			
<i>Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC) (27)</i>	Espanha	<i>Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)</i>	Maximizar o benefício global	Privilegia a maior esperança de vida associada à qualidade; ponderar ingresso em UCI se esperança vida inferior a 2 anos	Gravidade clínica associada à probabilidade de benefício	Prioriza doentes c/maior esperança média de vida		Deve ser evitado	Valorizar valor social do doente e se tem outros a seu cargo		Recomenda <i>SOFA</i> e <i>NECPAL</i>
<i>Recommendations on clinical ethics for Estonian hospitals for distribution of limited health care resources during the COVID-19 pandemic (38)</i>	Estónia	<i>Ethics Council of the North Estonia Medical Centre, the Ethics Committee of Tartu University Hospital and the Centre for Ethics at the University of Tartu</i>	Maior benefício para o maior número de pessoas	Prognóstico a curto prazo e qualidade de vida futura (principal critério)		Recusa			Recusa		Valores coletivos: Solidariedade, reciprocidade, segurança

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/ Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	CrITÉRIOS adicionais
<i>COVID-19 Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie</i> (45)	França	<i>Comité Consultatif National D'Éthique por les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE)</i>							Rejeita utilidade social		Respeito pela dignidade humana, a equidade e a justiça
<i>Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources</i> (40)	França	<i>Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)</i>			Mais jovens	Num nível severo de escassez impõe como limite os 85 anos			Priorizar profissionais de saúde e envolvidos em investigação		
<i>The bioethical dimension of individual responsibility in response to covid 19 (coronavirus)</i> (43)	Grécia	<i>Hellenic National Bioethics Commission (HNBC)</i>									Respeito pela autonomia; Responsabilidade individual

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico /Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	Crítérios adicionais
<i>Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic</i> (37)	Irlanda	<i>Department of Health</i>	Quem mais beneficie, considerando o estado de saúde prévio, comorbilidades e fragilidade			Evitar exclusão categórica com base na idade			Pode ser correto priorizar trabalhadores essenciais		Minimizar os danos, proporcionalidade, solidariedade, justiça, dever de cuidar, reciprocidade e privacidade
<i>Israeli Position Paper: Triage Decisions for Severely Ill Patients During the COVID-19 Pandemic</i> (33)	Israel	<i>Joint Commission of the Israel National Bioethics Council, the Ethics Bureau of the Israel Medical Association and Representatives from the Israeli Ministry of Health</i>	Salvar o maior número de pessoas possível	Comorbilidades e capacidade funcional	Gravidade clínica	Recusa inicialmente mas admite considerar idade biológica se escassez extrema			Recusa mérito passado; Admite priorizar profissionais de saúde		Proporcionalidade; Não é aceitável qualquer tipo de discriminação
<i>Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances</i> (26)	Itália	<i>Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI)</i>	Maximizar o benefício tendo em conta probabilidade e de sobrevivência, esperança de vida e comorbilidades		Gravidade clínica	Admitida num nível de escassez severo		Não recomendado			Admite parar/retirar tratamento

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	Crítérios adicionais
<i>Considerações e recomendações éticas relacionadas com as situações provocadas pela pandemia Covid-19 (29)</i>	Portugal	Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDM)			Gravidade clínica	Recusa como critério único		Recusa			
<i>Situação de emergência de saúde pública pela pandemia covid-19. Aspectos éticos relevantes (28)</i>	Portugal	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)			Gravidade clínica						Princípios da necessidade, precaução, proporcionalidade, transparência, solidariedade e subsidiariedade
<i>COVID-19 – ethical issues. A guidance note (31)</i>	Reino Unido	<i>British Medical Association (BMA)</i>		Prognóstico a curto prazo					Admitido	Admite priorizar trabalhadores essenciais	Equidade, respeito, minimização de danos, justiça, reciprocidade, proporcionalidade, flexibilidade, transparência

Tabela 7 (continuação)

Documento	País	Organismo emissor	Maximização do benefício/nº de vidas	Prognóstico/Nº de anos de vida	Doentes mais graves (<i>worst-off</i>)	Idade	Lotaria	<i>First-come, first-served</i>	Valor instrumental	Reciprocidade	CrITÉRIOS adicionais
<i>Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic</i> (42)	Reino Unido	<i>Nuffield Council on Bioethics</i>									Proporcionalidade, eficácia e necessidade
<i>Ethical choices in a pandemic</i> (32)	Suécia	<i>Swedish Council on Medical Ethics</i>	Minimização de danos e salvar vidas	Probabilidade de sobrevivência	Gravidade clínica	Recusa			Recusa		Minimizar danos nas vidas humanas, tanto nas perdas como nas afetadas pelo isolamento, desemprego
<i>COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity</i> (35)	Suíça	<i>Swiss Academy of Medical Sciences (SAMW)</i>		Prognóstico a curto prazo		Recusa discriminação com base na idade; Admite limite de 85 anos se escassez severa	Recusa	Recusa	Recusa discriminação com base no <i>status</i> social		

A maioria dos países segue uma abordagem utilitarista de maximização do benefício, de forma a salvar o maior número possível de vidas. Utilizam como principal critério o prognóstico e/ou gravidade clínica. Alguns têm o cuidado de definir prognóstico ou sobrevivência a curto prazo, evitando discriminar idosos, mas o idadismo e a discriminação contra portadores de deficiência continua presente na União Europeia, como se comprovou pela análise dos documentos. A recusa de qualquer tipo de discriminação ou critério baseado em utilidade social é um passo na direção certa.

Os valores fundamentais da União Europeia, como expressos na Declaração de Barcelona (3) e na Declaração sobre a Solidariedade Europeia e a Proteção dos Direitos Fundamentais na Pandemia de COVID-19 (4) foram respeitados nos documentos examinados, com algumas exceções, não consensuais entre especialistas. Estes manifestam respeito pela autonomia, reafirmando a necessidade de ouvir o doente e incentivando o preenchimento de diretrizes antecipadas de vontade. O reforço da importância dos cuidados paliativos para todos os que não cumpram critérios de acesso a UCI vai de encontro ao valor da integridade e dignidade humana. A vulnerabilidade é protegida através da priorização dos doentes mais graves e dos cuidados paliativos, mas a aplicação de critérios como “*first-come, first-served*”, limites de idade e considerações sobre valor social deixam de fora muitos cidadãos vulneráveis.

Os alunos de Medicina da UBI entrevistados mostraram-se favoráveis a maximizar o maior número de vidas em vez do maior número de anos de vida ($3,1 \pm 1,1$) mas pouco favoráveis a priorizar doentes mais graves em detrimento de doentes mais jovens ($2,9 \pm 1,2$). Importa realçar que a média de idade dos participantes foi de $23,8 \pm 3,0$ anos. O grau de concordância com a afirmação “O critério *first come, first served* deve prevalecer sobre uma escolha aleatória” também foi baixo ($2,7 \pm 1,2$), mostrando que os alunos não se encontram sensibilizados para os problemas associados a este critério. A afirmação “Devem receber prioridade indivíduos com contribuições sociais importantes passadas...em detrimento de indivíduos com grande utilidade social futura...” foi a que obteve menor grau de concordância ($1,8 \pm 0,8$), explicada pelo exemplo apresentado de indivíduos com utilidade social (profissionais de saúde), ocupação futura dos respondentes.

Os três critérios que os estudantes consideraram mais relevantes foram salvar o maior número de anos de vida (74,8%) e do maior número de vidas possível (68,0%) e priorizar os doentes mais graves (46,6%) o que mais uma vez pode refletir a média de idade destes, pois o primeiro critério favorece claramente doentes mais jovens. Numa nota positiva a maioria dos estudantes ($3,8 \pm 0,8$) concordou com a suficiência da sua formação em ética médica para identificar e resolver dilemas simples na prática clínica.

5. Conclusão

O presente estudo pretendia analisar o conteúdo de pareceres éticos emitidos na União Europeia em resposta à COVID-19, e descobrir como se posicionavam os alunos dos anos clínicos de Medicina na Universidade da Beira Interior. Estes objetivos foram cumpridos, embora não sem limitações.

As áreas de consenso entre os diferentes documentos passam pela maximização do benefício, de forma a salvar o maior número possível de vidas. O prognóstico e gravidade clínica assumem um papel principal como critérios de triagem. Existe concordância sobre a recusa da discriminação baseada em características como idade, deficiência ou *status* socioeconómico, necessidade de proteção dos profissionais de saúde, importância da autonomia do doente e do acesso a cuidados paliativos para todos os que não cumpram critérios para tratamento intensivo. Os critérios devem ser os mesmos para doentes com COVID-19 e doentes com outras patologias, recusando tratamento prioritário para os primeiros. As decisões relacionadas com a triagem devem ser sempre tomadas em equipa, de preferência por uma equipa multidisciplinar.

Os principais pontos de discórdia são a valorização da esperança de vida, qualidade de vida após a alta, a utilidade social e o estatuto de cuidador. Também não há consenso sobre a relevância da deterioração cognitiva e sobrevida livre de deficiência, o papel da idade e comorbilidades, utilização de critérios como “*first-come, first-served*” e seleção aleatória e priorização de trabalhadores essenciais. Considera-se que os princípios expostos na Declaração de Barcelona foram valorizados, com as exceções já apresentadas.

Um dos obstáculos encontrados foi a dificuldade em encontrar os pareceres nacionais, pois muitos deles apenas se encontram disponíveis em *websites* governamentais, abrindo a possibilidade que textos pertinentes não tenham sido incluídos neste trabalho. Alguns apenas se encontram escritos na língua nacional, sem tradução disponível para inglês, aumentando assim a probabilidade de erros de interpretação. Recomendo que *guidelines* futuras estabeleçam com maior precisão os critérios escolhidos o mais rigoroso e explicitamente possível, de forma a não deixar margem para dúvidas aos profissionais de saúde e responsáveis pela triagem. É importante definir os princípios chave mas estes têm de se materializar num sistema de triagem claro e compreensível, de forma a não deixar margem para que a triagem se desenvolva de formas diferentes consoante a interpretação.

Os resultados do questionário foram limitados pelo reduzido número de respostas obtidas, difícil de ampliar devido à ausência de benefício ou contrapartidas obtidas com o seu preenchimento. Os respondentes mostraram preferência pela maximização do número de vidas salvas, priorização de doentes mais graves e com melhor prognóstico, sendo mais favoráveis a priorizar indivíduos com utilidade social futura, como profissionais de saúde,

do que indivíduos com contribuições importantes passadas. Vão assim ao encontro de vários critérios que são defendidos nos documentos analisados.

Seria interessante um estudo comparativo do plano de vacinação dos membros da União Europeia, examinando os grupos prioritários escolhidos por cada um.

A crise pandémica atual vem reforçar a importância da bioética na Medicina e na sociedade. As dificuldades trazem ao de cima os nossos valores e preconceitos, muitas vezes escondidos pela abundância relativa de meios, mas representam também uma oportunidade para uma discussão e reflexão ética aprofundada.

6. Bibliografia

1. World Health Organization. Novel Coronavirus – China [Internet]. 2020 [accedido a 2021 Abr 5]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [accedido a 2021 Abr 5]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
3. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration. *Synth Philos*. 2008;2(1):239–51.
4. European Group on Ethics in Science and New Technologies. Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic. *Eur J Health Law*. 27(2):87–91.
5. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization; 2016. 62 p.
6. Randall RM, Rafferty R. Ethics in Practice Philosophy Problems Become Real During the COVID-19 Pandemic. *J Bone Jt Surg*. 2020;102(e88):1–4.
7. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. Madrid: Comité de Bioética de España; 2020 Mar. p. 1–13.
8. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* [Internet]. 2009;373(9661):423–31. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)
9. Sveen W, Antommaria AHM. Why Healthcare Workers Should Not Be Prioritized in Ventilator Triage. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):133–5.
10. Tolchin B, Hull SC, Kraschel K. Triage and justice in an unjust pandemic: ethical allocation of scarce medical resources in the setting of racial and socioeconomic disparities. *J Med Ethics* [Internet]. 2020;1–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33067315>
11. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049–55.
12. Fink S. Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than No Protocol at All? *Am J Bioeth*. 2020;20(7):1–5.

13. Guest T, Tantam G, Donlin N, Tantam K, McMillan H, Tillyard A. An observational cohort study of triage for critical care provision during pandemic influenza: “clipboard physicians” or “evidenced based medicine”? *Anaesthesia*. 2009;64(11):1199–206.
14. Khan Z, Hulme J, Sherwood N. An assessment of the validity of SOFA score based triage in H1N1 critically ill patients during an influenza pandemic. *Anaesthesia*. 2009;64(12):1283–8.
15. Grover S, McClelland A, Furnham A. Preferences for scarce medical resource allocation: Differences between experts and the general public and implications for the COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol*. 2020;25(4):889–901.
16. Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*. 2020;34(6):620–32.
17. Rhodes R. Justice and Guidance for the COVID-19 Pandemic. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):163–6.
18. Stone JR. Social Justice, Triage, and COVID-19 Ignore Life-years Saved. 2020;58(7):579–81.
19. Reid L. Triage of critical care resources in COVID-19: A stronger role for justice. *J Med Ethics*. 2020;46(8):526–30.
20. Antiel RM, Curlin FA, Persad G, White DB, Zhang C, Glickman A, et al. Should Pediatric Patients Be Prioritized When Rationing Life-Saving Treatments During COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2020;146(3).
21. Jordens CFC. Imagining and Preparing for the Aftermath of the COVID-19 Pandemic: A Justification for Taking Caring Responsibilities into Consideration when Allocating Scarce Resources. *J Bioeth Inq*. 2020;
22. Macklin R. Allocating medical resources fairly: the CSG bioethics guide. *Salud Publica Mex*. 2020;62(5):590–2.
23. Farrell TW, Ferrante LE, Brown T, Francis L, Widera E, Rhodes R, et al. AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(6):1136–42.
24. Fallucchi F, Faravelli M, Quercia S. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19: what do people think? *J Med Ethics*. 2020;medethics-2020-106524.
25. Huseynov S, Palma MA, Nayga RM. General Public Preferences for Allocating Scarce Medical Resources During COVID-19. *Front Public Heal*.

- 2020;8(December):1–5.
26. Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. Roma: SIAARTI; 2020. p. 7.
 27. Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC). Madrid: SEMICYC; 2020. p. 1–15.
 28. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Situação de emergência de saúde pública pela pandemia COVID-19 aspetos éticos relevantes. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2020 Abr. p. 1–17.
 29. Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos. CNEDM58. Considerações e recomendações éticas relacionadas com as situações provocadas pela pandemia COVID19. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2020. p. 1–4.
 30. Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen. [Internet]. Berlin: DIVI; 2020 Mar. p. 1–11.
 31. British Medical Association. COVID-19 – Ethical Issues. A guidance note [Internet]. Londres: BMA; 2020. p. 1–9.
 32. Swedish Council on Medical Ethics. Ethical choices in a pandemic. Estocolmo: Swedish Council on Medical Ethics; 2020 Mai. p. 1–107.
 33. Steinberg A, Levy-Lahad E, Karni T, Zohar N, Siegal G, Sprung CL. Israeli position paper: Triage decisions for severely ill patients during the COVID-19 pandemic. joint commission of the israel national bioethics council, the ethics bureau of the israel medical association and representatives from the israeli ministry o. Rambam Maimonides Med J. 2020;11(3):1–19.
 34. Meyfroidt G, Vlieghe E, Biston P, Decker K De, Wittebole X, Depuydt P, et al. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium : advice by the Belgian Society of Intensive care medicine. Bruxelas: Belgian Society of Intensive Care Medicine; 2020. p. 1–4.
 35. Swiss Academy Of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. Swiss Med Wkly. 2020;150(March):w20229.
 36. Bioethikkommission. Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der

- Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie - Stellungnahme der Bioethikkommission. Viena: Bioethikkommission; 2020 Mar.
37. Ireland Department of Health. Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic. Dublin: Department of Health; 2020. p. 1–19.
 38. Ethics Council of the North Estonia Medical Centre. Recommendations on clinical ethics for Estonian hospitals for distribution of limited health care resources during the COVID-19 pandemic. Tartu: Ethics Council of the North Estonia Medical Centre, the Ethics Committee of Tartu University Hospital and the Centre for Ethics at the University of Tartu; 2020. p. 10–5.
 39. Arbeitsgruppe Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie Reanimation und Intensivmedizin. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Viena: ARGE Ethik ÖGARI; 2020. p. 1–7.
 40. Leclerc T, Donat N, Donat A, Pasquier P, Libert N, Schaeffer E, et al. Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020;39(3):333–9.
 41. Ministerio de Sanidad. Informe Del Ministerio De Sanidad Sobre Los Aspectos Éticos En Situaciones De Pandemia: El Sars-Cov-2. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 Abr. p. 12.
 42. Nuffield Council on Bioethics. Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic. Londres: Nuffield Council on Bioethics; 2020 Mar. p. 1–11.
 43. National Bioethics Commission. The bioethical dimension of individual responsibility in response to COVID 19 (coronavirus). Atenas: National Bioethics Commission; 2020 Mar.
 44. Deutscher Ethikrat. Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis [Internet]. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2020 Mar. p. 1–8.
 45. Sophie D, Delfraissy J, Delmas-goyon P, Duée P, Hédon C. COVID-19 Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie. 2020 Mar;1–10.

Apêndices

Apêndice 1 - Questionário enviado aos alunos

Ética e pandemia – análise de publicações internacionais em resposta à COVID-19 e posição dos alunos de Medicina da Universidade da Beira Interior

A finalidade deste questionário é auscultar a opinião dos estudantes de Medicina da UBI relativamente a ética em contexto de crise. Destina-se apenas a alunos que se encontrem no 4º, 5º e 6º ano do curso. O questionário é anónimo e as respostas confidenciais. Os dados recolhidos serão objeto de análise estatística exclusivamente para fins de investigação, e os resultados serão incluídos na minha dissertação de mestrado. A participação é voluntária e a desistência possível a qualquer momento. A submissão do questionário confirma a autorização na recolha e tratamento dos dados. O preenchimento requer cerca de 5 minutos.

Qualquer dúvida poderá ser endereçada a:

Ana Luís Freitas Correia
a35658@fcsaude.ubi.pt

Abel García Abejas
abel.abejas@fcsaude.ubi.pt

Agradeço desde já o tempo dispensado.

Percebi os objetivos do questionário e do estudo e aceito participar, autorizando a recolha e análise das respostas.

Sim__

Não__

Dados sociodemográficos

*Idade:*__

Sexo: F__ M__

Frequenta o Mestrado Integrado em Medicina na UBI?

Sim:__

Não:__

Em que ano se encontra?

4ºano:___

5ºano:___

6ºano:___

Numa situação de pandemia em que os recursos se tornam insuficientes face à procura torna-se necessário triar os doentes a receber tratamento. Leia as seguintes afirmações e selecione o seu grau de concordância com as afirmações, sendo que 1 significa “Discordo totalmente” e 5 significa “Concordo totalmente”:

1) Deve ser salvo o maior número de vidas possível ou o maior número de anos de vida (dar prioridade a doentes com melhor prognóstico).

2) O critério first-come, first-served (os primeiros doentes a chegar são aqueles que recebem tratamento) deve prevalecer sobre uma escolha aleatória (entre doentes com prognóstico semelhante).

3) Devem receber prioridade indivíduos com contribuições sociais importantes passadas (por exemplo participantes em estudos para o desenvolvimento de uma vacina) em detrimento de indivíduos com grande utilidade social futura (por exemplo profissionais de saúde).

4) Deve ser dada prioridade aos doentes mais graves em vez de aos mais novos, (independentemente do prognóstico futuro ou expectativas de melhoria de ambos).

Das seguintes opções escolha os 3 critérios que lhe parecem mais adequados para aplicar numa situação de escassez:

-First-come, first-served

-Escolha aleatória

-Doentes mais graves

-Doentes mais jovens

-Salvar o maior número de vidas possível

-Salvar o maior número de anos de vida (favorecer os doentes com melhor prognóstico)

-Priorizar indivíduos cujos esforços e sacrifícios passados promoveram a saúde e bem-estar da comunidade

-Priorizar indivíduos com utilidade social futura (exemplo profissionais de saúde)

Responda apenas a esta pergunta se for aluno do 6º ano.

Selecione o seu grau de concordância com as afirmações, sendo que 1 significa “Discordo totalmente” e 5 significa “Concordo totalmente”.

A formação em ética médica que recebeu durante a sua formação deu-lhe as ferramentas necessárias para identificar e resolver dilemas éticos simples na sua prática clínica.

Anexos

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2020-071:ID343

Na sua reunião de 13 de outubro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "Ética e pandemia: análise de publicações internacionais em resposta à COVID-19 e posição dos alunos de Medicina da Universidade da Beira Interior", da proponente Ana Luís Freitas Correia, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2020-071.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 27 de outubro de 2020

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS
Num. de identificação: BI112741975
Data: 2020.10.28 15:10:54+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)

Anexo 2 – Autorização para ultrapassagem do limite de palavras



gem Antontem
para Bcc: mim ▾



Caro(a) aluno(a)

na sequência da mensagem que enviou, com informação sobre a necessidade de ultrapassagem do limite de palavras fixado para elaboração da Dissertação informo que, a título excecional no presente ano letivo, e tendo em conta a proximidade da data de entrega do trabalho, não será aplicada penalização específica sobre este aspecto na secção Documentação da Grelha de Classificação que será utilizada pelo Júri no dia da Prova Pública.

Realço, no entanto, a importância da capacidade de síntese e a delimitação do campo de investigação de um determinado tema, pois será uma situação com a qual poderá vir a ser confrontado no futuro, quer em trabalhos no âmbito da realização do internato médico, quer em Comunicações Científicas em congressos ou até mesmo na realização de Doutoramento.

Melhores cumprimentos

O Diretor de Curso e
Responsável pela UC Dissertação

Miguel Castelo-Branco Sousa

MD PhD