

O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas

Narciso, Gomes, Marinho, Palácios, Rego, Santos, Schramm, Thomé, 2020.

- DOI: [10.13140/RG.2.2.25623.80802](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25623.80802)
-

A formação médica, no Brasil, tem como modelo predominante o foco no desenvolvimento de habilidades técnicas, centradas em especialidades e não no cuidado às pessoas. Ao privilegiar a especialização, a racionalidade médica atua promovendo um conhecimento focado em doenças e em partes ou sistemas do corpo humano, com ensino hospitalocêntrico e ênfase numa diagnose que privilegia a tecnologia, em uma atuação geralmente fragmentada, que não raro desconhece a realidade do doente.

No início da década de 1990, foi criada a Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM). As reflexões resultantes do processo crítico que ela estimulou levaram a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, orientando uma ruptura com essa lógica estrutural, de maneira que os egressos fossem formados para atuarem como profissionais generalistas.

Nesta perspectiva, por meio do estabelecimento de princípios, fundamentos e finalidades da formação em medicina, o que passou a ser preconizado é que os formados tenham “formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”¹. Outrossim, que os estudantes fossem estimulados à construção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e atitudes que lhes deem a competência necessária para o exercício profissional em diferentes cenários de prática, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

É claro que objetivos são sempre elegantes, enquanto sua consecução seja quase uma utopia. Na prática, a incorporação de conteúdos e abordagens originárias da Saúde Coletiva não foi realmente implementada, também em razão da crescente incorporação da lógica da medicina baseada em evidências que minimiza a relevância de uma prática mais individualizada. Nesta conjuntura, o primeiro desafio tem sido obter esse resultado num contexto em que a sociedade brasileira valoriza e remunera melhor o saber especializado, que atrai o interesse dos discentes desde os primeiros períodos, nas chamadas ligas acadêmicas. Poucos estudantes voltam o seu interesse para a prática generalista, que contempla baixa incorporação tecnológica e tem como mercado de trabalho prefeituras e a estratégia de saúde da família, na atenção básica.

Este distanciamento torna-se ainda mais problemático em situações sanitárias como a que vivenciamos agora – a necessidade de enfrentamento à pandemia da COVID-19. Neste cenário, a demanda por profissionais é imensa, dada a intensa e rápida capacidade de disseminação da infecção na população, sem que existam medidas preventivas farmacológicas para contenção do processo, além dos cuidados com a higiene pessoal, o uso de máscaras e o distanciamento social, que objetiva a diminuição do número de casos ou a sua dispersão no tempo, o que possibilitaria uma resposta mais efetiva do sistema de saúde na sua estruturação e posterior acolhida aos pacientes. Cabe ressaltar que, na conjuntura sócio-econômica-cultura brasileira, tais medidas nem sempre são de fácil adoção. Entretanto, o que tem sido observado é uma grande dificuldade de se contratar emergencialmente não apenas médicos, mas trabalhadores de saúde em geral, seja pela precariedade do vínculo proposto, seja pelo reconhecido sucateamento que o SUS tem sofrido nos últimos anos.

Mesmo mal remunerados e com condições de trabalho pouco adequadas, os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de cuidar. Ao serem mais preparados do que a população geral para cuidar do outro, e por terem feito uma escolha profissional nesse sentido, os profissionais de saúde serão desafiados a dispor de suas habilidades para ajudar num momento de necessidade extrema, como uma pandemia. Em uma situação como esta, somam-se às suas responsabilidades pessoais e familiares a sua responsabilidade junto aos pacientes - e junto aos demais profissionais de saúde expostos a considerável risco. Este é um dilema de difícil resolução enfrentado por muitas pessoas com formação na área da saúde (senão todas) e que deve ser explorado de maneira transparente. Os médicos, assim como todos os demais trabalhadores da saúde, têm uma obrigação moral de responder às necessidades de cuidados em saúde das localidades onde atuam, em suas competências específicas, de acordo com os seus códigos de conduta específicos.

Com o número crescente de casos, o quantitativo de pessoas que necessitam de atenção em nível ambulatorial, de internação hospitalar e de suporte de terapia intensiva cresce assustadoramente. Associa-se ao aumento do número de casos, o adoecimento dos profissionais de saúde que, no decurso do

O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas

Narciso, Gomes, Marinho, Palácios, Rego, Santos, Schramm, Thomé, 2020.

- DOI: [10.13140/RG.2.2.25623.80802](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25623.80802)
-

atendimento, infectam-se e precisam ser afastados. O lamentável, e previsível, esgotamento da capacidade do SUS em responder adequadamente à pandemia é a expressão mais evidente do desinvestimento que tem sido feito no setor público.

O sucateamento do sistema público de saúde não é o resultado de um acaso, mas algo deliberadamente planejado, inclusive pelo congelamento de recursos financeiros por um período de vinte anos. O despreparo da gestão do sistema também é demonstrado pela escassez de insumos básicos nos serviços, como equipamentos de proteção individual (EPI). Destaque-se que a Associação Médica Brasileira (AMB) disponibilizou, desde 19 de março de 2020, uma plataforma para registros de reclamações e denúncias de profissionais da saúde que estão atuando “na linha de frente em combate” à COVID-19. Até o dia 27 de abril, já contabilizavam 3.313 (três mil, trezentas e treze) queixas pela falta de EPI, principalmente máscaras adequadas, capotes impermeáveis e óculos de proteção - ou *face shield*⁵. Na 18ª semana epidemiológica, são noticiados mais de dois mil e duzentos afastamentos de profissionais da rede pública da saúde no estado do Rio de Janeiro, por contaminação em serviço.

A partir disto, medidas vão sendo tomadas na tentativa de fortalecer as equipes de saúde, que atendem a um número crescente de pacientes nos serviços do sistema público. Embora o setor privado de saúde não esteja com a mesma sobrecarga, sua capacidade também é limitada. Algumas decisões tomadas por autoridades públicas da saúde são particularmente preocupantes, especialmente antecipar a formatura de estudantes de medicina no último ano do curso, reduzindo o tempo de internato, o que nos leva a concluir que o poder público deseja (ou espera) poder contratar esses recém-formados para o enfrentamento da pandemia.

Com relação à incorporação de acadêmicos aos serviços, é importante considerar que eles não são profissionais formados, ao contrário do que acontece nos EUA. Logo, eles demandam uma supervisão estrita em seus atos. Assim, a inserção dos estudantes no serviço pressupõe a supervisão, que em situações de caos como a que o sistema de saúde público vive agora, com o número de casos elevado em relação à capacidade de atendimento, possivelmente não existirá. Desta forma, o estudante é duplamente exposto: pela sua inexperiência e pela ausência de supervisão efetiva, que proporcione a aprendizagem em serviço.

Em troca, pela adesão à proposta, são oferecidas vantagens realmente tentadoras para quem se prepara para uma etapa de disputa acirrada – os concursos para residência médica (como dito no início desse texto). O edital que “conclama alunos dos cursos de graduação em medicina” (entre outros) a participarem da “Ação Estratégica ‘Brasil Conta Comigo’, em caráter excepcional e temporário” informa que quem aderir à proposta terá um certificado que lhe garante, por dois anos, uma “pontuação adicional de 10% (dez por cento) no processo de seleção pública para programas de residência promovidos pelo Ministério da Saúde”⁶. Embora a residência médica ainda não seja obrigatória em nosso país para o exercício da medicina, poucos docentes se arriscarão a dizer que seus formandos estariam em condições de exercer a medicina em uma situação de tanta insegurança como a da Covid-19. Talvez leigos não saibam, mas não é qualquer médico que sabe operar um respirador artificial, que também demanda equipe de apoio igualmente especializada.

O cadastro de profissionais, orientado pela Portaria MS 639, de 31 de março de 2020, tem sido um fator estressor para muitos. A insegurança gerada pela possibilidade de um chamamento à atuação profissional numa condição nunca (ou pouco) experienciada anteriormente é grande. Como atuar fora do escopo da especialidade abraçada por muitos anos de trabalho? Soma-se a isto as inseguranças geradas pelo número de mortes que também atingem os profissionais atuantes mundo afora, e pelas próprias condições de saúde, por vezes vulnerabilizantes. Entretanto, a ação do Ministério da Saúde na busca pela estruturação de um cadastro de possíveis profissionais a serem convocados, na hipótese de uma falência total do sistema de saúde, é correta, desde que a situação de excepcionalidade possa ser verificada. Para tal, algumas condições provavelmente devem ser consideradas: dar início à convocação pelos profissionais que se cadastraram no sistema como voluntários à atuação no enfrentamento da pandemia, na sequência, chamar os profissionais com formação nas especialidades de infectologia, terapia intensiva e pneumologia, seguidos pelos socorristas e assim por diante, excluindo-se, inicialmente, aqueles que fazem parte dos grupos em risco especial, por idade ou comorbidades.

Por fim, é importante observar a precariedade das formas de contratação temporárias, expressas, e que não estabelecem nenhuma segurança previdenciária aos contratados. A narrativa utilizada para

O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas

Narciso, Gomes, Marinho, Palácios, Rego, Santos, Schramm, Thomé, 2020.

- DOI: [10.13140/RG.2.2.25623.80802](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25623.80802)
-

descrever a emergência em saúde pública em curso, traz em si um apelo de ação militar orquestrado pela sociedade civil. Estamos “em guerra” contra um “inimigo que tem nome e sobrenome: COVID-19”. Para combatê-lo, precisamos, neste momento, fortalecer o “front” de batalha e, para isto, é aberto um processo de cadastramento (como o alistamento) sob um forte apelo patriótico: “o Brasil conta comigo”. A grande questão aqui é: os “guerreiros e guerreiras” da saúde poderão contar com o Brasil de que forma? Qual amparo está sendo/será dado aos que adoecerem? Como será reestabelecida a saúde mental dos que vierem a sofrer com o ritmo de trabalho excessivo (*Burnout*), ou com o peso de receber a alcunha de herói e, assim, sofrer por achar que não pode sucumbir? Caso sofram com o contágio, o adoecimento e com as formas graves da doença, que resultem em óbito, como serão assistidas as suas famílias?

Na verdade, a metáfora da guerra é um erro que pode ser observado por diferentes pontos de vista e que já devíamos ter aprendido. Nas guerras, uma das primeiras vítimas é a democracia, visto que são comumente usadas para fortalecer líderes, elegerem inimigos preferenciais e um certo “vale tudo” contra estes. Rapidamente, a guerra contra a Aids se transformou na estigmatização de homossexuais e a guerra às drogas na guerra aos adictos. Não podemos permitir que o enfrentamento da Covid-19 se transforme no combate aos idosos, ou aos diabéticos e cardiopatas, ou mesmo às pessoas com deficiência, ou doentes raros ou - acaba sempre chegando lá - negros e pobres.

Em meio a tantos acontecimentos, esses aspectos precisam ser pensados, assim como medidas protetivas a esses profissionais de saúde. Desta forma, recomendamos que:

- As entidades sindicais e o Ministério Público do Trabalho devem estar empenhados na busca pela ampla garantia de direitos trabalhistas aos profissionais que atuam na assistência à população. Ainda que os resultados pela implementação de medidas só se deem após a pandemia e de forma retroativa.
- Os gestores sejam responsáveis e responsabilizados - pelo fornecimento de EPI adequado aos trabalhadores de saúde para o atendimento seguro à população. A falta de medidas de proteção aumenta o seu risco de contaminação. Caso isto venha a ocorrer, além dos danos pessoais gerados, haverá um impacto no fluxo do serviço - pela redução objetiva da equipe de saúde e prejuízos na sua moral.
- Os profissionais comuniquem a falta de EPI e más condições de trabalho aos seus sindicatos, Ministério Público, Defensoria Pública ou entidades corporativas, como o Conselho Federal de Medicina <<https://sistemas.cfm.org.br/fiscalizacaocovid/>> e a Associação Médica Brasileira. A publicização tem sido uma via importante de cobrança de posicionamento às autoridades competentes.
- O apoio psicológico seja oferecido aos profissionais, por meio de cuidado promovido pelas equipes de saúde mental dos diferentes serviços.
- Os problemas éticos ao redor do dever de cuidar sejam amplamente discutidos com a sociedade, garantindo-se a pluralidade e diversidade de atores participantes e que estes debates possam gerar políticas.
- Os processos de formação dos trabalhadores de saúde precisam contemplar os conhecimentos relacionados com as interações entre humanos, animais não-humanos e ambiente (“*One Health*”), conhecendo o equilíbrio necessário entre essas três dimensões de forma a atuarmos adequadamente.
- Os processos de formação dos trabalhadores de saúde devem proporcionar um leque de saberes e campos de prática que possibilitem efetivamente a formação de indivíduos críticos, capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção.

Referências

1 – Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>, acesso em 04/05/2020.

3 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do

O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas

Narciso, Gomes, Marinho, Palácios, Rego, Santos, Schramm, Thomé, 2020.

- DOI: [10.13140/RG.2.2.25623.80802](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25623.80802)
-

coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442>>, acesso em 04/05/2020.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>>, acesso em 04/05/2020.

5 - AMB. Faltam EPIs em todo Brasil. Disponível em <<https://amb.org.br/epi/>>, acesso em 04/05/2020.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 4, de 31 de março de 2020. Chama os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e estabelecimentos de saúde filantrópicos para aderirem à Ação Estratégica "Brasil Conta Comigo", bem como conclama alunos dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia para se cadastrarem visando participação na Ação Estratégica "Brasil Conta Comigo", em caráter excepcional e temporário. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-4-de-31-de-marco-de-2020-250707765>>, acesso em 04/05/2020.

7 - BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-Lei nº 5.442, de 01.mai.1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>, acesso em 04/05/2020.

Autores:

Luciana Narciso - Ensp/Fiocruz - PPGBIOS – Nubea/UFRJ - GT Bioética Abrasco - Unit RJ/Unesco Chair Haifa

Andreia Patrícia Gomes – UFV.

Beatriz Thomé - UNIFESP

Fermin Roland Schramm –Ensp/Fiocruz - PPGBIOS

Marisa Palácios – Nubea/UFRJ, PPGBIOS, GT Bioética Abrasco - Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa. Contato: marisa.palacios@gmail.com

Sergio Rego - Ensp/Fiocruz – PPGBIOS - PQ CNPq – GT Bioética Abrasco - Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa

Sônia Beatriz dos Santos – Faculdade de Educação /UERJ.

Suely Marinho – HUCFF / UFRJ - GT Bioética Abrasco

Contribuições: Luciana Narciso escreveu a primeira versão do texto, que foi debatido com os demais autores e escrito sucessivas versões até chegarmos à versão final.

- Todos os autores participam do Observatório Covid-19, GT de Bioética, organizado na Fundação Oswaldo Cruz.
- Participam do GT de Bioética do Observatório Covid-19 docentes da: Ensp/Fiocruz, Nubea/Ufrj, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de Viçosa, Universidade Federal de Viçosa, Universidade Federal de

O exercício da medicina no enfrentamento da COVID-19 – vulnerabilidades e necessidades protetivas

Narciso, Gomes, Marinho, Palácios, Rego, Santos, Schramm, Thomé, 2020.

- DOI: [10.13140/RG.2.2.25623.80802](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.25623.80802)
-

São Paulo. Docentes do Programa de Pós-graduação em Bioética e Ética Aplicada (PPGBIOS), do GT Bioética da Abrasco e da Rio de Janeiro Unit of the International Network of the Unesco Chair in Bioethics at Haifa.