

VINCULANDO A SEGURANÇA DO PROFISSIONAL À SEGURANÇA DO PACIENTE: RECOMENDAÇÕES E QUESTÕES BIOÉTIICAS PARA O CUIDADO DE PACIENTES NA PANDEMIA DA COVID-19

Patricia Rezende do Prado¹ 
Carla Aparecida Arena Ventura² 
Ariane Ranzani Rigotti³ 
Renata Karina Reis⁴ 
Cristina Mara Zamarioli⁴ 
Fabiana Bolela de Souza⁴ 
Fernanda Raphael Escobar Gimenes⁴ 

¹Universidade Federal do Acre, Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva. Rio Branco, Acre, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

³Hospital Emílio Carlos, Fundação Padre Albino. Catanduva, São Paulo, Brasil.

⁴Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste artigo é discutir as implicações da conexão entre a segurança e as questões bioéticas para o cuidado baseado em evidências durante a pandemia da COVID-19.

Método: análise reflexiva com a questão norteadora: “como a segurança do profissional e do paciente pode vincular-se às questões bioéticas durante a pandemia da COVID-19?”

Resultados: a pandemia da COVID-19 desafiou países ao redor do mundo, principalmente devido ao colapso do sistema de saúde que poderia ameaçar a segurança de pacientes e profissionais de saúde. Conectar a segurança do profissional à segurança do paciente é um imperativo para um atendimento seguro durante a pandemia da COVID-19. Aspectos relacionados à qualificação profissional e ao fornecimento e uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual permeiam um ambiente de crise econômica e política que acentua tensões e pode interferir na tomada de decisões, afetando sobremaneira os resultados da assistência prestada. Este artigo apresenta reflexões e recomendações para apoiar os profissionais de saúde na tomada de decisões que envolvam questões bioéticas durante o processo de cuidar em tempos de recursos escassos gerados pela pandemia da COVID-19.

DESCRITORES: Infecções por coronavírus. Saúde ocupacional. Pandemia. Segurança do paciente. Gestão da segurança. Recomendações. Questões bioéticas.

COMO CITAR: Prado PR, Ventura CAA, Rigotti AR, Reis RK, Zamarioli CM, Souza FB, Gimenes FRE. Vinculando a segurança do profissional à segurança do paciente: recomendações e questões bioéticas para o cuidado de pacientes na pandemia da COVID-19. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30: e20200535. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0535>

LINKING WORKER SAFETY TO PATIENT SAFETY: RECOMMENDATIONS AND BIOETHICAL ISSUES FOR THE CARE OF PATIENTS IN THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: the aim of this article is to discuss the implications of the connection between safety and bioethical issues for evidence-based care during the COVID-19 pandemic.

Method: reflective analysis with the guiding question: “how can professional and patient safety be linked to bioethical issues during the COVID-19 pandemic?”

Results: the COVID-19 pandemic has challenged countries around the world, mainly due to the collapse of the health system that could threaten the safety of patients and healthcare providers. Connecting worker safety to patient safety is imperative for safe care during the COVID-19 pandemic. Aspects related to professional qualification and the provision and proper use of personal protective equipment permeate an environment of economic and political crisis that accentuates tensions and can interfere in decision-making, greatly affecting the results of the care provided. This article presents reflections and recommendations to support healthcare providers in making decisions that involve bioethical issues during the care process in times of scarce resources generated by the COVID-19 pandemic.

DESCRIPTORS: Coronavirus infections. Occupational health. Pandemic. Patient safety. Safety management. Recommendations. Bioethical issues.

VINCULANDO LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: RECOMENDACIONES Y CUESTIONES BIOÉTICAS PARA EL CUIDADO DE PACIENTES EN LA PANDEMIA DEL COVID-19

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de este artículo es discutir las implicaciones de la conexión entre la seguridad y las cuestiones bioéticas para el cuidado basado en evidencias, durante la pandemia del COVID-19.

Método: análisis reflexivo con la pregunta orientadora: “¿Cómo la seguridad del profesional y del paciente puede vincularse a cuestiones bioéticas, durante la pandemia del COVID-19?”

Resultados: la pandemia del COVID-19 desafió a los países, alrededor del mundo, principalmente debido al colapso del sistema de salud, lo que podría amenazar la seguridad de pacientes y profesionales de la salud. Conectar la seguridad del profesional a la seguridad del paciente es un imperativo para una atención segura durante la pandemia del COVID-19. Aspectos relacionados a la calificación profesional, al suministro y al uso adecuado de los Equipamientos de Protección Individual, permean un ambiente de crisis económica y política que agudiza tensiones y puede interferir en la toma de decisiones, afectando especialmente los resultados de la asistencia prestada. Este artículo presenta reflexiones y recomendaciones para apoyar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones, en que participan cuestiones bioéticas durante el proceso de cuidar en tiempos de recursos escasos generados por la pandemia del COVID-19.

DESCRIPTORES: Infecciones por coronavirus. Salud ocupacional. Pandemia. Seguridad del paciente. Gestión de la seguridad. Recomendaciones. Cuestiones bioéticas.

INTRODUÇÃO

No final de 2019, o novo Coronavírus, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), deu origem a uma epidemia respiratória aguda em Wuhan, China. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19, doença causada pelo novo Coronavírus, SARS-CoV2, como pandemia¹. Em 1 de fevereiro de 2021, havia mais de 102 milhões de casos confirmados e mais de 2,0 milhões de mortes em todo o mundo relatados pela OMS². A maior incidência foi nas Américas, seguida pelos continentes europeu, Sudeste Asiático, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África. No Brasil, em 1 de fevereiro de 2021, foram registrados 9.176,975 casos e 223.945 óbitos devido à COVID-19².

Devido à rápida transmissão, morbidade e mortalidade, o colapso dos Sistemas de Saúde (SS) foi observado em muitos países afetados pela pandemia. Isso foi evidenciado pela falta de disponibilidade de exames diagnósticos e de leitos hospitalares em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) necessários ao atendimento adequado aos pacientes com formas intermediárias e graves da doença, pela falta de recursos humanos especializados e treinados, pelo fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e o treinamento para o uso adequado³⁻⁴.

O Ministério da Saúde (MS), desde a declaração da pandemia, vem direcionando esforços para preparar o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento à população. A projeção do MS, com base na evolução do novo Coronavírus em outros países, é que uma em cada 20 pessoas desenvolverá quadro respiratório grave e precisará de leito de UTI. No entanto, os Estados brasileiros com redes hospitalares mais estruturadas não conseguem oferecer atendimento hospitalar sem reforço. Além disso, o Brasil precisa lidar, paralelamente, com leitos ocupados por pacientes com necessidades pré-existentes, além de não ter isolamento respiratório por leito em UTI. Esse cenário torna a situação ainda mais desafiadora e exige que os hospitais se adaptem rapidamente para enfrentar a crise. Por exemplo, leitos de enfermaria precisam ser convertidos em leitos de UTI para o cuidado de pacientes graves com a COVID-19. No entanto, tais mudanças de emergência podem colocar em risco a segurança dos pacientes e profissionais de saúde e desencadear decisões que podem ser mais bem compreendidas por meio dos princípios da bioética³.

Um problema paralelo experimentado na China, no Brasil e em outros países é a escassez de recursos humanos qualificados e treinados para atender pacientes gravemente enfermos com a COVID-19. Até a crise, havia aproximadamente 300 médicos e mil enfermeiras de UTI na cidade de Wuhan, China. Até o final de janeiro de 2020, mais de 600 médicos chineses e 1.500 enfermeiras foram realocados para unidades de cuidados intensivos⁵.

A falta de profissionais de saúde treinados e capacitados para lidar com pacientes com insuficiência respiratória obrigou os trabalhadores a priorizar o atendimento a esses pacientes. Além disso, antes da pandemia, havia um ou dois enfermeiros por paciente em um respirador, pois esses pacientes requerem atenção constante. Com a pandemia, tornou-se comum observar um enfermeiro para cada dez pacientes. Observa-se, considerando esse cenário, que os profissionais de saúde estão enfrentando decisões difíceis sobre quem tratar primeiro. Assim, os especialistas recomendam uma estrutura que ajude os profissionais de saúde a racionarem seu tempo de atendimento e priorizarem os pacientes para a atenção⁴.

Existem outras questões que precisam ser consideradas para o cuidado seguro de pacientes com a COVID-19. Essas questões envolvem o acesso a equipamentos e suprimentos necessários para o cuidado dos pacientes e a necessidade urgente de que sejam usados com segurança. A produção e a distribuição adequadas de ventiladores e EPIs são cruciais para cuidar de pacientes durante a pandemia⁶. No entanto, tem se observado a falta de EPIs adequados para profissionais de saúde da linha de frente em vários países⁶⁻⁷, e essa escassez ameaça a segurança dos profissionais de saúde e pacientes.

Existem muitas informações disponíveis em relação às lições aprendidas na prevenção de eventos adversos associados à saúde, no entanto, há informações limitadas disponíveis sobre a conexão entre a segurança do profissional de saúde na linha de frente de uma pandemia e a segurança do paciente. Assim, o objetivo deste artigo foi discutir as implicações da conexão entre a segurança e as questões bioéticas para o cuidado baseado em evidências durante a pandemia da COVID-19.

REFLEXÃO

Pandemia da COVID-19: a segurança do profissional de saúde e dos pacientes está ameaçada?

A segurança do profissional de saúde e do paciente está intrinsecamente ligada e esforços para reduzir os eventos adversos relacionados à saúde e melhorar a segurança do paciente devem estar ligados para prevenir danos e doenças relacionados ao trabalho⁸. Nesse contexto, os profissionais da saúde têm trabalhado sob extrema pressão e devem ter suas necessidades mais básicas atendidas a fim de fornecer cuidado seguro e ético aos pacientes. Apesar disso, um grande impasse que os profissionais enfrentam durante a pandemia da COVID-19 é o medo da contaminação por um ambiente de trabalho inseguro, já que a crise, em escala global, ocasionou a escassez de EPIs⁹, levando à transmissão da COVID-19 no ambiente hospitalar, ocasionando doença e morte entre os profissionais de saúde¹⁰.

De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), estima-se que mais de 9.200 trabalhadores de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) foram infectados com a COVID-19 no início de abril de 2020, sendo que 90% não foram hospitalizados, 184 foram admitidos em UTI e 27 morreram¹¹. Na China, até 3 de abril, um total de 23 profissionais de saúde morreram da COVID-19 após terem sido infectados durante seu trabalho em Wuhan e em outros lugares na China¹². Na Itália, 20% dos profissionais de saúde que responderam foram infectados e alguns faleceram¹³. Até o dia 17 de abril de 2020, o Brasil havia registrado, pelo menos, 30 óbitos de profissionais de Enfermagem causados pela COVID-19 e houve mais de 4.800 reclamações de falta de EPI para o trabalho, segundo o Conselho de Enfermagem¹⁴.

Existem diversas diretrizes publicadas orientando o uso de EPI, além de diretrizes gerais para o atendimento de pacientes com a COVID-19, fato que pode causar confusão e estresse na tomada de decisões, além de expor profissionais e pacientes a riscos. Nesse sentido, visando a uma maior segurança e padronização para os profissionais e serviços de saúde, a OMS desenvolveu normas para a prevenção e o controle da transmissão de doenças, que incluem: a adoção de cuidados com gotículas e contato e com procedimentos geradores de aerossóis; o fornecimento de máscara cirúrgica para pacientes suspeitos e a realização de higienização das mãos com água e sabão ou solução alcoólica após o contato com secreções respiratórias. Para uma maior segurança dos profissionais de saúde, os pacientes devem permanecer em leitos isolados, de preferência, com pressão negativa¹⁵. Se esses leitos não estiverem disponíveis, os pacientes devem ser colocados a um metro de distância¹⁵. Além disso, o número de visitas de familiares deve ser limitado¹⁵.

Os EPIs recomendados para profissionais de saúde que estão em contato com procedimentos geradores de aerossol são as máscaras N95 ou PFF2, luvas, aventais de mangas compridas e óculos de segurança ou protetores faciais. Após o atendimento ao paciente, todos os EPIs devem ser descartados corretamente e a higienização das mãos, realizada. Caso seja necessário o compartilhamento de equipamentos entre pacientes, como termômetros ou estetoscópios, a limpeza e a desinfecção com álcool 70% devem ser realizadas após o uso com cada paciente. Além disso, a OMS recomenda que os profissionais que atendem pacientes com a COVID-19 sejam designados apenas para esses pacientes para evitar contaminação cruzada¹⁵.

Alguns procedimentos geradores de aerossol (PGA) foram associados a um risco aumentado de transmissão do Coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV), como a intubação traqueal, a ventilação

não invasiva, a traqueotomia, a ressuscitação cardiopulmonar, a ventilação manual antes da intubação e a broncoscopia. Portanto, recomenda-se que os profissionais de saúde evitem o uso de máscara de Venturi e da Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF). Caso o paciente apresente dessaturação prévia à intubação orotraqueal, recomenda-se que o profissional use máscara com reservatório e fluxo de oxigênio o mais baixo possível para manter a saturação de oxigênio (SpO₂) superior a 93%. Além disso, a intubação deve ser realizada rapidamente e por um médico experiente. O paciente deve estar conectado ao ventilador, preferencialmente com filtro apropriado na saída do circuito expiratório para o ambiente (filtro HME), e o sistema de sucção deve ser do tipo fechado (*trach-care*)¹⁵.

Também é recomendado que o profissional de saúde use o máximo de EPI disponível ao realizar ou auxiliar um PGA ou trabalhar em áreas de alto risco, incluindo a UTI ou o Departamento de Emergência¹⁶. No entanto, a escassez global de EPIs para lidar com a COVID-19 pode representar desafios para a tomada de decisão bioética para atender às necessidades clínicas de todos os pacientes no contexto da pandemia.

Diante desse cenário, da possibilidade de escassez ou falta de máscaras N-95, a OMS recomendou o uso racional de EPI para a COVID-19, o que inclui o uso prolongado de máscaras (N95 e FFP2 ou equivalente), sem retirá-las, durante o AGP, por até quatro horas consecutivas, no período de emergência da COVID-19 e quando houver a falta deste EPI. Essa mesma recomendação deve ser seguida ao cuidar de vários pacientes com diagnóstico de COVID-19 suspeito ou confirmado¹⁶.

Na ausência de EPI apropriado, ou em casos de uso impróprio, os profissionais de saúde enfrentam maiores riscos. O EPI adequado é considerado uma estratégia eficaz de mitigação de risco quando usado de maneira adequada¹⁷, portanto, minimizar o risco e a exposição dos profissionais de saúde e criar um ambiente de saúde seguro e de alta qualidade pode proteger os pacientes e suas famílias. Os esforços devem priorizar a quantidade de EPIs adequados para profissionais de saúde que cuidam de pacientes com a COVID-19.

Países com dimensões continentais e realidades econômicas, culturais, sociais e de saúde variadas enfrentam problemas de gestão que podem ser agravados com a pandemia. Por exemplo, no Brasil, esses desafios estão refletindo diretamente na capacidade instalada do sistema de saúde. Além disso, a crise política pode afetar a resiliência do próprio sistema de saúde, gerando divergências, incertezas e instabilidade entre os três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e os órgãos federais. A ausência de contratação formal de profissionais qualificados também representa um desafio para garantir uma assistência segura nos serviços de saúde. Os contratos de emergência e provisórios refletem na formação e avaliação desses profissionais pelo financiador público, o que muitas vezes origina equipes técnicas pouco qualificadas. Além disso, foi observada a interferência de partidos políticos, o que pode influenciar a qualidade do atendimento e impactar a tomada de decisões clínicas e a segurança dos pacientes e profissionais de saúde¹⁸.

É vital que os governos vejam os profissionais da saúde não apenas como empregados, e a segurança destes deve ser garantida. O fornecimento adequado de EPI é apenas o primeiro passo; outras medidas práticas devem ser consideradas, incluindo a alimentação, o descanso e o apoio familiar e psicológico. Atualmente, os profissionais de saúde são os recursos mais valiosos dos serviços de saúde e devem ser valorizados, considerando sua segurança e a do paciente¹³.

Questões bioéticas para o cuidado de pacientes durante a pandemia da COVID-19

É provável que seja difícil prestar cuidados nos padrões existentes¹⁹ e tomar decisões de racionamento durante a pandemia da COVID-19, representando um desafio profissional, gerando questões bioéticas e legais, uma vez que os profissionais podem se sentir legalmente vulneráveis e com a possibilidade de comprometer sua integridade moral⁴. Especialistas recomendam que o processo de tomada de decisão ética seja desenvolvido em antecipação à tomada de decisões

complexas e não em reação à necessidade de tomar uma decisão²⁰. Nesse contexto e apesar de suas limitações, o referencial da bioética principalista pode auxiliar o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde com base nos princípios da não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça visando à maior qualidade da deliberação ética²¹⁻²².

Portanto, emerge a questão: como os recursos médicos podem ser alocados durante a pandemia da COVID-19 sem causar mal a outras pessoas e visando a auxiliar a consolidação dos interesses legítimos dos envolvidos (profissionais de saúde e pacientes)?

A já mencionada escassez de EPIs para profissionais de saúde que trabalham com pacientes COVID-19 é um dos questionamentos emergentes quanto à alocação de recursos, tendo em vista que esses trabalhadores estão expostos a altas cargas virais e estão suscetíveis a doenças mais graves. Nessas condições, o debate sobre “o dever de cuidar *versus* direito à proteção” enfoca se os profissionais de saúde têm o dever de cuidar mesmo quando o sistema de saúde não protege a sua saúde e segurança por meio do fornecimento adequado de EPI²³.

O conflito posto guarda estreita ligação entre o direito individual do profissional e o seu dever objetivo de cuidado, especialmente com base no princípio bioético da beneficência, em que se impõem a maximização dos benefícios dos envolvidos, o afastamento do perigo e a redução de danos para ambas as partes²⁴.

Nessa perspectiva, a maior chance de maximização dos benefícios ocorre quando os profissionais de saúde conseguem equilibrar suas múltiplas funções, tais como: o dever de cuidar dos pacientes; o dever de se proteger para não serem infectados, a fim de permanecerem produtivos durante o período da pandemia, assim como o dever de proteger seus amigos, sua família e vizinhanças e o dever para a sociedade em geral²⁴. Assim, os profissionais de saúde têm a obrigação moral de fornecer serviços de saúde em momentos de necessidade como na atual pandemia. Por outro lado, também têm o direito de ser protegidos de danos para si próprios, pois só assim poderão continuar a servir a sociedade. Portanto, existe um consenso emergente em diferentes orientações internacionais de que o dever de cuidar durante a pandemia deve ser voluntário e associado à reciprocidade do sistema de saúde (fornecimento adequado de EPI, jornada de trabalho adequada, incentivos monetários e não monetários) para proteger os profissionais da saúde²⁵.

Os princípios éticos da saúde pública orientam a adotar deliberações que busquem equilibrar a pressão existente entre as necessidades, os direitos e os deveres da pessoa e do grupo. Embora todos os recursos de saúde sejam limitados na realidade atual, diante das emergências de saúde pública, estes podem ser ainda mais reduzidos, sendo insuficientes para salvar vidas que, em condições normais, poderiam ser salvas²⁶.

Muitas organizações concordam que a segurança do trabalhador deva ser considerada parte do movimento de segurança do paciente⁹, uma vez que equipes e recursos adequados e suporte administrativo mostraram melhorar os resultados dos pacientes¹⁰. Durante a pandemia da COVID-19, é realmente importante estimular um ambiente de trabalho resiliente e compassivo para apoiar os profissionais de saúde a oferecer um padrão ético e de qualidade na assistência²⁷.

Dentre os princípios bioéticos que podem embasar o processo de tomada de decisão de profissionais de saúde, neste estudo, enfatiza-se a busca de maximização dos benefícios, com base nos valores da igualdade e equidade, assim como na priorização dos pacientes que estão mais graves. Essas considerações geram seis recomendações práticas específicas para a alocação de recursos médicos na pandemia da COVID-19: maximizar os benefícios; priorizar os profissionais de saúde; não alocar com base na ordem de chegada; ser sensível às evidências; reconhecer a participação na pesquisa e aplicar os mesmos princípios a todos os pacientes COVID-19 e não COVID-19¹⁹.

A primeira recomendação, maximizar os benefícios, deve incluir salvar mais vidas e mais anos de vida, sendo este um valor consensual por meio de experiências de *experts*. Portanto,

operacionalizar o valor da maximização dos benefícios significa que as pessoas que estão doentes, mas poderiam se recuperar se tratadas, têm prioridade sobre aquelas que provavelmente não se recuperarão mesmo se tratadas e aquelas que provavelmente se recuperarão sem tratamento¹⁹. Nessas situações, os médicos são pressionados em tomar decisões moralmente tendenciosas sobre a alocação de recursos escassos com base na capacidade de salvar muitas vidas²⁵. No entanto, essas decisões têm um impacto significativo sobre os profissionais de saúde e a comunidade. Nesse contexto, as diretrizes locais devem ser desenvolvidas para apoiar os profissionais de saúde na tomada de decisão que seja relevante e aceitável para a sua comunidade¹⁹.

A segunda recomendação é que as intervenções críticas da COVID-19, incluindo testes, EPIs, leitos de UTI, ventiladores, terapêutica e vacinas, devem ser direcionadas, primeiro, para os profissionais de saúde da linha de frente e outros que cuidam de pacientes doentes e que mantêm a infraestrutura de saúde em funcionamento. Assim, os trabalhadores que enfrentam alto risco de infecção e cujo treinamento dificulta sua substituição devem ter prioridade especial, pois esses trabalhadores são essenciais para a resposta à pandemia¹⁹. De acordo com a terceira recomendação, para pacientes com prognósticos semelhantes, a igualdade deve ser invocada e operacionalizada por meio de alocação aleatória. A quarta recomendação é sobre as diretrizes que devem responder às mudanças nas evidências científicas¹⁹.

A quinta recomendação afirma que as pessoas que participam de estudos para investigar a segurança e a eficácia de vacinas e terapêuticas devem receber prioridade para intervenções, pois assumem um risco durante a sua participação em pesquisas e ajudam futuros pacientes, sendo necessário recompensá-los por essa contribuição¹⁹. A sexta recomendação é que não deve haver diferença na alocação de recursos entre pacientes com a COVID-19 e aqueles com outras condições médicas se a pandemia levar à escassez absoluta. Essa escassez afetará todos os pacientes, incluindo aqueles com insuficiência cardíaca, câncer e outras condições, e o objetivo é salvar o maior número de pessoas possível nessa situação¹⁹.

As instituições de saúde são cruciais para a capacidade da sociedade em resistir e recuperar-se de emergências de saúde pública. Durante a pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde estão enfrentando muitos desafios éticos, tendo que priorizar o que consideram os elementos mais essenciais do cuidado em ambientes de saúde complexos. Assim, o apoio à prática ética é crucial para a integridade da saúde e o bem-estar da força de trabalho da saúde. Reconhecer e abordar os desafios especiais que os profissionais de saúde enfrentam ao responder à COVID-19 fazem parte da liderança e do dever cívico da área de saúde. Assim, líderes da área de saúde devem promover um ambiente de trabalho ético por meio da implementação de estratégias para apoiar o bem-estar, a moral e o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde. Garantir que os profissionais de saúde sintam que têm apoio, tanto como profissionais de saúde quanto como indivíduos, ajudará a manter o desempenho individual e da equipe em longo prazo²³.

É essencial que os empregadores implementem diferentes medidas para fornecer apoio adequado aos pacientes²⁸ e aos profissionais de saúde da linha de frente, que já estão sobrecarregados, e a capacidade do sistema de saúde em responder à pandemia dependerá de seu bem-estar. Essas questões éticas podem ser a causa de grave sofrimento moral entre os profissionais. Assim, o apoio de um comitê de ética clínica e o apoio psicológico podem ser necessários para todos os profissionais de saúde que trabalham durante a pandemia, pois muitos deles podem achar que trabalhar nas condições extenuantes e desconhecidas de uma pandemia seja difícil e desafiador moral e emocionalmente. Portanto, uma atenção especial deve ser dada ao profissional de saúde que está na linha de frente da pandemia da COVID-19²⁹. Nesse cenário, é fundamental reconhecer o nível de incerteza e angústia que a pandemia pode causar e os profissionais de saúde devem receber apoio para superar todas as diferentes desafios bioéticos que enfrentam em sua prática profissional.

CONCLUSÃO

Conectar a segurança do profissional à segurança do paciente é um imperativo para um atendimento seguro durante a pandemia da COVID-19. A escassez de EPI, a disponibilidade de profissionais de saúde treinados para gerenciar o aumento do número de pacientes críticos da COVID-19, o tempo inadequado para descanso e recuperação, o pouco suporte e assistência e as considerações limitadas para a saúde mental e o bem-estar são fatores de risco para os profissionais de saúde e para os pacientes. Portanto, prestar um cuidado seguro, baseado em evidências, em um cenário incerto e com recursos cada vez mais escassos, constitui um desafio para o sistema de saúde. Além disso, a escassez de recursos materiais necessários ao atendimento e de profissionais qualificados pode impactar a tomada de decisões e o comportamento ético.

Os profissionais de saúde devem reconhecer os conflitos éticos e compreender os valores morais envolvidos no cuidado, especialmente em momentos de crise, como a pandemia da COVID-19. Além disso, os líderes dos serviços de saúde desempenham um papel significativo no desempenho da segurança e, por isso, devem apoiar as equipes, definindo os padrões de comportamento seguro e estabelecendo uma forte cultura de segurança baseada no princípio da dignidade humana e nos valores da comunidade envolvida.

REFERÊNCIAS

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jul 14];382:1199-207. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa20013166>
2. World Health Organization. WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard 2021. [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2021 [acesso 2021 Fev 1]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
3. Jucá B. Pandemia de coronavírus: crise do coronavírus põe à prova gargalo de UTIs no SUS. Governo Federal começa a distribuir novos leitos e aposta no cancelamento de cirurgias para garantir estrutura num sistema de saúde que já atua no limite de ocupação [Internet]. *El País*; 2020 [acesso 2020 Aug 01]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-03-17/crise-do-coronavirus-poe-a-prova-gargalo-de-utis-no-sus.html>
4. Cheney C. Coronavirus care rationing: 'it's not just about ventilators'. *Patient Safety & Quality Healthcare* [Internet]; 2020 [acesso 2020 Ago 01]. Disponível em: <https://www.psqh.com/news/coronavirus-care-rationing-its-not-just-about-ventilators/>
5. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID19 epidemic in China. *Intensive Care Med* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 14];46:837-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>
6. Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical supply shortages - the need for ventilators and personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 14];382(18):e41. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmp2006141>
7. Kamerow D. COVID-19: the crisis of personal protective equipment in the US. *BMJ* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 14];369:m1367. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1367>
8. NORA Healthcare, Social Assistance Sector Council. State of the sector healthcare and social assistance: identification of research opportunities for the next decade of NORA. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, 2009 [acesso 2020 Ago 31]. Available from <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-139>

9. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health)
10. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet] 2020 [acesso 2020 Ago 30];323(13):1239-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
11. Cohen E, Nigam M. CDC estimates more than 9,200 health care workers have been infected with covid-19. [Internet]. CNN; 2020. [acesso 2020 Jul 31]. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2020/04/15/health/coronavirus-9200-health-workers-infected/index.html>
12. Zhan M, Qin Y, Xue X, Zhu S. Death from COVID-19 of 23 health care workers in China. *N Engl J Med* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 31];382:2267-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005696>
13. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 31];395(10228):922. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
14. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por Covid-19 e 4 mil profissionais afastados. [Internet]. Brasília, DF(BR): COFEN; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-covid-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html
15. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
16. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages)
17. Institute of Medicine (US). Committee on Personal Protective Equipment for Healthcare Personnel to Prevent Transmission of Pandemic Influenza and Other Viral Respiratory Infections: Current Research Issues. Larson EL, Liverman CT, editors. Preventing transmission of pandemic influenza and other viral respiratory diseases: personal protective equipment for healthcare personnel: update 2010 [Internet]. Washington, D.C.(US): National Academies Press; 2011 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24983058>
18. Vargas I, Mogollon-Perez AS, Paepe PD, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Jul 31];31:736-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>
19. Emanuel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *New Engl J Med* [Internet] 2020 [acesso 2020 Jul 31];382(21):2049-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
20. ISQua, Italian Network for Safety in Healthcare. Patient safety recommendations for COVID-19 epidemic outbreak [Internet]. ISQua; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: <https://www.isqua.org/blog/covid-19/covid19-resources/patient-safety-recommendations-for-covid19-epidemic-outbreak.html>
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5a ed. New York (US): Oxford; 2001.

22. Serodio A. Revisitando o Princípioalismo: aplicações e insuficiências na abordagem dos problemas bioéticos nacionais. RBB [Internet]. 2008 [acesso 2021 Jan 23];4(1-2):69-7. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7875>.
23. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. JAMA [Internet]. 2020 [acesso 2020 Jul 31];323(15):1439-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
24. Simonds AK, Sokol DK. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. Eur Respir J [Internet]. 2009 [acesso 2020 Ago 31];34(2):303-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/09031936.00041609>
25. Gopichandran V. Clinical ethics during the COVID-19 pandemic: Missing the trees for the forest. Indian J Med Ethics [Internet]. 2020 [acesso 2020 Ago 31];3:182-7. Disponível em: <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.053>
26. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 [Internet]. The Hastings Center; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCOVIDFramework2020.pdf>
27. Koenig KL, Lim HCS, Tsai SH. Crisis standard of care: Refocusing health care goals during catastrophic disasters and emergencies. J Exp Clin Med [Internet] 2011 [acesso 2020 Ago 31];3(4):159-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jecm.2011.06.003>
28. Bampi LNS, Grande LF. Potentialities and limits of the clinical ethics committee and nurse participation: reflections. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [citado 2020 Out 08];29:e20180305. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0305>.
29. Ministry of Health British Columbia (Canada). Provincial COVID-19 Task Force. COVID-19 ethics analysis: what is the ethical duty of healthcare worker to provide care during covid-19 pandemic? [Internet]. Ministry of Health British Columbia; 2020 [acesso 2020 Ago 31]. Disponível em: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/covid-19/duty_to_care_during_covid_march_28_2020.pdf

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: do Prado PR, Gimenes FRE, Ventura CAA, Reis KR, Zamarioli CM, Souza FB, Rigotti AR.

Coleta de dados:

Análise e interpretação dos dados: do Prado PR, Gimenes FRE, Ventura CAA, Reis KR, Zamarioli CM, Souza FB, Rigotti AR.

Discussão dos resultados: do Prado PR, Gimenes FRE, Ventura CAA, Reis KR, Zamarioli CM, Souza FB, Rigotti AR.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: do Prado PR, Gimenes FRE, Ventura CAA, Reis KR, Zamarioli CM, Souza FB, Rigotti AR.

Revisão e aprovação final da versão final: do Prado PR, Gimenes FRE, Ventura CAA, Reis KR, Zamarioli CM, Souza FB, Rigotti AR.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Gisele Cristina Manfrini, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 11 de Outubro de 2020.

Aprovado: 11 de Fevereiro de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Patricia Rezende do Prado

patyrezendeprado@gmail.com

