

EDITORIAL: SAÚDE DE TRABALHADORES DA SAÚDE EM MEIO À PANDEMIA DA COVID-19

Bruno Chapadeiro¹

¹Psicólogo e Mestre em Ciências Sociais pela UNESP. Doutor em Educação pela UNICAMP com período pela EHES/Sorbonne, Paris, França. Pós-doutorando em Saúde Coletiva pela Unifesp e pesquisador-colaborador do IEA/USP. Perito Judicial em Saúde Mental e Trabalho pelo TRT-9 e psicólogo clínico.

Anunciada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) enquanto uma pandemia, a Covid-19, nome da doença ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, ou Novo Coronavírus, já infectou até o 5º dia de mês de abril de 2020, cerca de 1,2 milhões de pessoas ao redor do mundo, tendo vitimado em torno de 70 mil. Destes, 11 mil infectados encontram-se no Brasil. A doença já fez 486 mortes em nosso país.

Por se tratar de um “risco biológico” de elevado poder de infectividade (“capacidade de penetração, sobrevivência e multiplicação em determinado hospedeiro” ou “proporção de exposições em condições determinadas, que asseguram uma infecção”), todas as medidas de prevenção à Saúde de Trabalhadores (ST) devem ser priorizadas, seguindo normas técnicas, documentos e orientações universais e oficiais, que vem sendo amplamente difundidos.

Contudo, as notícias que nos chegam do “front” não são das melhores. O que temos visto é a supressão de direitos e liberdades do exercício profissional àqueles tidos como essenciais durante a crise como por exemplo trabalhadores da saúde em que lhes falta condições mínimas de realizar suas atividades respeitadas às garantias de saúde e segurança.

Assistimos a, por exemplo, hospitais estadunidenses tais como o NYU Langone Health e o Northwestern Memorial Hospital, das cidades de Nova York e Chicago respectivamente, que ameaçaram demitir os profissionais de saúde que divulgassem suas condições de trabalho durante a pandemia do novo coronavírus. Também as 855 denúncias de falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para evitar o novo coronavírus que a AMB (Associação Médica Brasileira) em hospitais e demais unidades de saúde do estado de São Paulo. Tais desprovements de condições laborais à trabalhadores, a começar por trabalhadores da saúde, tem ocasionado impactos significativos em todo o mundo. Segundo dados da OMS, o percentual de trabalhadores da saúde afetados pela Covid-19 varia entre 8% e 10%. Na Itália, país severamente afetado pela pandemia, mais de 60 médicos já morreram em decorrência do novo coronavírus sendo que, na experiência italiana cerca de 90% dos trabalhadores do setor saúde que apresentam teste para Covid-19 positivo são assintomáticos. No Brasil, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP), maior hospital público do país já afastou 125 trabalhadores, entre médicos, enfermeiras, técnicos e fisioterapeutas, por causa do novo coronavírus. Mesmo entre a rede privada, nos hospitais Sírio Libanês, 104 trabalhadores estão afastados e no Albert Einstein, 348 foram diagnosticados com a doença e 13 estão internados. Já há casos também no Hospital Marcelino Champagnat de Curitiba-PR.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Administração de Saúde e Segurança Ocupacional (OSHA - *Occupational Safety and Health Administration*), ambos dos EUA, têm indicado incisivamente quais as condições dos ambientes de trabalho bem como os EPIs necessários à realização do atendimento de pacientes infectados pelo novo coronavírus. As máscaras cirúrgicas tipo n95 que normalmente são suficientes para proteção respiratória de trabalhadores da saúde, têm faltado, como também, aventais e luvas, igualmente importantes devido à presença deste tipo de coronavírus em superfícies de diferentes materiais. Não à toa, a *Food and Drugs Administration* (FDA/USA), autorizou o reprocessamento das máscaras, porém com esterilização. Também a Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 04/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) flexibilizou o uso de tais EPIs por sua recente escassez. Retira-se o caráter excepcional do uso da máscara n95 e o prazo de 12 horas por plantão.

Apesar do art. 29º da Medida Provisória (MP) 927 de 22 de março de 2020 estabelecer necessária verificação denexo causal (1) entre a infecção por covid-19 e o trabalho executado, em rejeição a, por exemplo, umnexo de presunção, vide a excepcionalidade do momento, há medidas em pauta como, por exemplo, o Projeto de Lei (PL) nº 1.192/2020 que visa alterar a Lei nº 8.213/1991, para dispor sobre a concessão de auxílio-doença em caso de acidente de trabalho de trabalhadores envolvidos no atendimento de pacientes contaminados por SARS-CoV-2. Ou ainda diversas notas técnicas e manifestos elaborados por diferentes núcleos, grupos e associações que saem em defesa da saúde de trabalhadores da saúde. Destacamos aqui a Nota Técnica elaborada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade da Paraíba; o Manifesto encabeçado pela Associação Juizes para a Democracia (AJD); a nota pública da Associação Brasileira dos Médicos e Médicas pela Democracia (ABMMD) e; a Nota Técnica Conjunta da Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores.

Por todo o exposto, e pela atual frequência de uma rotina estressante em que observa-se leitos cada vez mais cheios e insuficientes devido ao crescente número de infectados(as) por covid-19 necessitando de atendimento, a carga mental destes profissionais de saúde também tem se agravado. O “trabalhar com medo” sob condições já historicamente precarizadas em termos de capacidade para o trabalho, seja material e/ou humana, para além do desgaste provocado por jornadas extensas com poucas pausas, ritmos de trabalho extenuantes, trabalhos em turnos e noturnos, violências físicas e psicológicas sofridas por pacientes, pares e chefias, baixa remuneração e contratos e vínculos de trabalho frágeis, coexiste com a, agora, possibilidade ser infectado(a) pelo novo coronavírus(2). Por exemplo, foi constatado um aumento nas taxas de sintomas de depressão grave entre médicos(as) (4,9%) e enfermeiros(as) (7,1%) chineses desde o início do surto da covid-19 no país. Já há relatos aqui no Brasil ligados à dilemas éticos, cansaço e o aumento do já epidemiologicamente constatado nesses(as) “profissionais do cuidar”, o *burnout*, com os(as) mesmos(as) relatando choros, cansaço e desesperança.

É tempo de se repensar a valorização de trabalhadores da saúde. Algo que vai muito além de palmas nas janelas. Mas sim, passa por se repensar o calvário do subfinanciamento da saúde pública que se expressa, por exemplo, em medidas tais como a Emenda Constitucional

(EC) nº 95 da limitação do “teto dos gastos públicos”, assim como também o problema das renúncias fiscais ocasionado por nosso modelo regressivo de tributação sobre a renda. São acintes à nossa “consciência sanitária” como diria o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer. Também a questão reside no reordenamento da organização destes(as) em que se preconize condições laborais que se expressem em remunerações adequadas, jornadas e contratos de trabalho, bem como maior autonomia no/do processo de trabalho.

Em suma, a questão reside naqueles que nunca deveriam ter deixados de ser nossos maiores motes: a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o incentivo à pesquisa científica por meio da valorização das universidades públicas e a luta em prol do trabalho decente, saudável e digno.

Nota 1 - Quanto ao exposto, a Associação Paulista de Medicina do Trabalho (APMT) inclusive já se posicionou dizendo que: “considerando o princípio da probabilidade **deve ser emitida CAT toda vez que ficar caracterizado o nexu ocupacional** de acordo com o item II do Art. 20 da Lei 8.213/1991. Mesmo considerando a situação de pandemia, a probabilidade da contaminação no exercício laboral deve ser considerada como justificativa para a caracterização de doença relacionada ao trabalho”.

Nota 2 - E pensar que nenhum dos fatores citados estão dispostos na Norma Regulamentadora (NR) nº 32 que versa sobre o trabalho em saúde.