



**UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
PROGRAMA DOUTORAL EM BIOÉTICA**

MÁRIO AFONSO FILHO E MALUF

**A EXPRESSÃO PESSOAL DE MÉDICOS FRENTE À BIOÉTICA,
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE**

**PORTO, PORTUGAL
2023**

MARIO AFONSO FILHO E MALUF

**A EXPRESSÃO PESSOAL DE MÉDICOS FRENTE À BIOÉTICA,
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE**

Tese apresentada no Curso de Doutorado em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em convênio com o Conselho Federal de Medicina como requisito para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Professor Doutor Rui Nunes

**PORTO, PORTUGAL
2023**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: 27-04-2023

Maluf MA.

A expressão pessoal de médicos frente a bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico-paciente

Mário Afonso Filho e Maluf. Porto, Portugal: Universidade do Porto, 2023. 2023. 196 f.

Orientador: Professor Doutor Rui Nunes

Tese (doutorado em bioética). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

1. Bioética. 2. Qualidade de Vida no Trabalho. 3. Serviços de Saúde. 4. Saúde pública. I. Rui Nunes II. Tese (doutorado em bioética) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Porto, Portugal. III. Título.

Exmo. Senhor

Mestre Mario Afonso Filho e Maluf

marioafonsomalufe@hotmail.com

v.referência

v.comunicação

n.referência

data

FOA.26. 1510-2023

2023.04.17

assunto

Provas de Doutoramento



Informo V. Exa. que, por meu despacho de 2023.04.17, proferido no âmbito de delegação reitoral, nomeei o júri proposto para as provas de doutoramento em Bioética, requeridas por V. Ex.º, com a seguinte constituição:

Presidente: Doutor Joao Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Vogais:

- Doutor José Hiran Silva Gallo, Individualidade de reconhecida competência do Conselho Federal de Medicina do Brasil;
- Doutor Fernando de Jesus Regateiro, Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Coimbra;
- Doutora Carla Sónia Lopes da Silva Serrão, Professora Adjunta do Instituto Politécnico do Porto;
- Doutor Rui Manuel Lopes Nunes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo, Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Doutora Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte, Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Doutora Vera Silvia Meireles Martins, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Com os melhores cumprimentos,

A Vice-Reitora,

(Profa. Doutora Fátima Vieira)

(1/s)/PV

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE DE DOUTORAMENTO

Aos 27 dias do mês de abril de 2023, às 10:00h, na sala do Campus da Universidade do Porto, realizou-se a Defesa de Tese de Doutoramento do discente Mário Afonso Filho e Maluf, regularmente matriculado no Programa de Doutoramento da Universidade de Porto em convênio com o Conselho Federal de Medicina e sob a orientação do prof. Dr. Rui Nunes. Após a apresentação, durante 30 minutos, do trabalho intitulado “A expressão pessoal de médicos frente à bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico-paciente”, o doutorando foi arguido pelos examinadores. Após a apresentação a banca reunida considerou o doutorando Mário Afonso Filho e Maluf aprovado. Para constar, foi lavrado o presente documento que depois de lido e aprovado, será assinada pelos membros da banca examinadora:

Presidente: Doutor Joao Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Vogais:

Doutor José Hiran Silva Gallo, Individualidade de reconhecida competência do Conselho Federal de Medicina do Brasil;

Doutor Fernando de Jesus Regateiro, Professor Catedrático Jubilado da Universidade de Coimbra;

Doutora Carla Sónia Lopes da Silva Serrão, Professora Adjunta do Instituto Politécnico do Porto;

Doutor Rui Manuel Lopes Nunes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo, Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Doutora Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte, Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

Doutora Vera Silvia Meireles Martins, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

CORPO CATEDRÁTICO

Professores Catedráticos Efetivos:

Patrício Manuel Vieira Araújo Soares Silva
Alberto Manuel Barros da Silva
José Henrique Dias Pinto de Barros
Maria Fátima Machado Henriques Carneiro
Maria Dulce Cordeiro Madeira
Altamiro Manuel Rodrigues Costa Pereira
Manuel Jesus Falcão Pestana Vasconcelos
João Francisco Montenegro Andrade Lima Bernardes
Maria Leonor Martins Soares David
Rui Manuel Lopes Nunes
José Manuel Pereira Dias de Castro Lopes
António Albino Coelho Marques Abrantes Teixeira
Joaquim Adelino Correia Ferreira Leite Moreira
Raquel Ângela Silva Soares Lino
Rui Manuel Bento de Almeida Coelho

Professores Catedráticos Jubilados e Aposentados:

Alexandre Alberto Guerra Sousa Pinto
Álvaro Jerónimo Leal Machado de Aguiar
António Augusto Lopes Vaz
António Carlos de Freita Ribeiro Saraiva
António Carvalho Almeida Coimbra
António Fernandes Oliveira Barbosa Ribeiro Braga
António José Pacheco Palha
António Manuel Sampaio de Araújo Teixeira
Belmiro dos Santos Patrício
Cândido Alves Hipólito Reis

Carlos Rodrigo Magalhães Ramalhão
Deolinda Maria Valente Alves Lima Teixeira
Eduardo Jorge Cunha Rodrigues Pereira
Fernando Tavarella Veloso
Francisco Fernando Rocha Gonçalves
Henrique José Ferreira Gonçalves Lecour de Menezes
Isabel Maria Amorim Pereira Ramos
Jorge Manuel Mergulhão Castro Tavares
José Agostinho Marques Lopes
José Carlos Neves da Cunha Areias
José Carvalho de Oliveira
José Eduardo Torres Eckenroth Guimarães
José Fernando Barros Castro Correia
José Luís Medina Vieira
José Manuel Costa Mesquita Guimarães
José Manuel Lopes Teixeira Amarante Levi Eugénio Ribeiro Guerra
Luís Alberto Martins Gomes de Almeida
Manuel Alberto Coimbra Sobrinho Simões
Manuel António Caldeira Pais Clemente
Manuel Augusto Cardoso de Oliveira
Manuel Machado Rodrigues Gomes
Manuel Maria Paula Barbosa
Maria Amélia Ferreira
Maria da Conceição Fernandes Marques Magalhães
Maria Isabel Amorim de Azevedo
Rui Manuel Almeida Mota Cardoso
Serafim Correia Pinto Guimarães
Valdemar Miguel Botelho dos Santos Cardoso
Walter Friedrich Alfred Osswald

Epígrafe

“O direito concedido aos pacientes; que devem ter a nossa receptividade, dedicação e o melhor do nosso conhecimento técnico; não pode subtrair ou sobrepor o direito do médico em ter uma boa qualidade de vida no trabalho para o pleno exercício da medicina em prol da bioética, da preservação da sua saúde e da boa relação médico-paciente.”

(Maluf MA)

Dedicatória

*Para minha esposa Kariny, minhas filhas Maria Luiza, Linda Victória, Izadora Mariah,
meus pais e a todos os intrépidos médicos e enfermeiros.*

AGRADECIMENTOS

O agradecimento não é apenas uma formalidade, mas o real reconhecimento da participação proporcional daqueles que estão referidos no construto deste trabalho científico, nada se constrói sozinho, as pessoas são imprescindíveis para a realização do que almejamos em nossa caminhada.

A todos os colegas que participaram da pesquisa geral, e aqueles do doutoramento que auxiliaram na adequação do questionário estruturado.

À Universidade do Porto, pela grande oportunidade de estar realizando este doutorado de grande importância pessoal e académica, pela participação da banca técnica de professores deste doutoramento na sua participação para o coroamento deste curso. Os docentes da primeira etapa do doutoramento: profa. Dra. Cristina Nunes, profa. Dra. Francisca Rêgo, profa. Dra. Guilhermina Rêgo, prof. Dr. José Carlos Amado Martins, prof. Dr. Miguel Ricou, profa. Dra. Stela Barba.

Ao Conselho Federal de Medicina, na pessoa especial do Doutor José Hiran da Silva Gallo, que acreditou desde o seu início no meu projeto e trabalhou para viabilizar a realização da pesquisa em campo próprio sem a qual não seria possível a obtenção dos dados.

Ao Departamento de Informática do Conselho Federal de Medicina, na figura do Sr. Glaycon Porto, que fez a adequação da linguagem digital do questionário a ser enviado pela rede mundial através da jornalista Natália Siqueira que realizou sua efetivação através do email list do CFM.

À bibliotecária Sra. Karyn Lehmkuhl pelo seu auxílio na revisão das referências bibliográficas da tese, adequações de normas específicas para a publicação dos artigos nas revistas científicas.

Ao colega Doutor Paulo Mariani pelo incentivo durante o curso do doutoramento, o professor Dr. José Sebastião Afonso pelo auxílio académico, e ao colega Dr. José Humberto B. Chaves pela breve conversa e de grande importância no início dos trabalhos sobre o tema razoabilidade e proporcionalidade.

Às revistas científicas São Paulo Medical Journal na figura do seu editor chefe Doutor Paulo Manuel Pêgo Fernandes, e Acta Bioethica na figura do seu editor chefe Doutor Alvaro Jose Quezada Sepúlveda, honoráveis e respeitadas internacionalmente às revistas científicas que

publicaram os artigos que fazem parte das normas do Tratado de Bolonha para este doutoramento.

A todos os professores da Universidade do Porto (UP) que fizeram parte deste doutoramento, como também aqueles que aceitaram a participar da minha banca examinadora para este doutoramento que está aqui listada em folha própria.

Ao corpo de profissionais que fazem parte do Setor de Relações Internacionais, Acreditação e Intercâmbio Técnico-Científico, na figura da Da. Flávia Maurício Tavares (CFM) que em todos anos do curso foi uma ponte fundamental entre nós estudantes e as questões académicas do convênio Universidade do Porto e Conselho Federal de Medicina desempenhando funções de total apoio com carinho e maestria, e Da. Evelyn Oliveira (UP) pela ajuda como ponte com as solicitações junto à Universidade do Porto. Não poderia esquecer dos nossos valores e indispensáveis companheiros de trabalho, os enfermeiros.

O especial e profundo agradecimento ao querido Professor Doutor Rui Nunes que me honra com o seu aceite de pronto para ser o meu orientador neste doutoramento em Bioética.

Meu agradecimento amoroso à minha família que dividiu o espaço de suas vidas, convívio e recursos com este longo e importante curso para meu crescimento pessoal. Tudo isto me remete a uma lembrança do meu saudoso orientador o professor Dr. Ciro Hoesler que me disse durante o curso de mestrado da Universidade Mackenzie: “A nossa contribuição é importante, pode ser um mínimo, um pequeno esforço do tamanho de um grão de areia para a ciência humana”. Aqui está meu grão de areia.

Lista das Tabelas

Tabela 1 – Áreas de atuação de especialidades

Tabela 2 – Anos de formado em medicina

Tabela 3 – Qual o gênero do entrevistado

Tabela 4 – Fatores que podem levar ao estresse

Tabela 4a – Do somatório positivo dos fatores que podem levar ao estresse

Tabela 5 – Precariedade da estrutura física no ambiente laboral

Tabela 5a – Do somatório positivo da precariedade da estrutura física no ambiente laboral

Tabela 6 – Precariedade ou falta de ações administrativas

Tabela 6a – Do somatório positivo da precariedade de ações administrativas no ambiente laboral

Tabela 7 – Percepção da presença de honorários médicos não adequados ou justos

Tabela 7a – Do somatório positivo da percepção da presença de honorários médicos não adequados ou justos

Tabela 8 – A bioética como tema importante na graduação em medicina

Tabela 8a – Do somatório positivo da bioética como tema importante na graduação em medicina

Tabela 9 – Notícias únicas sobre IPI/Covid-19 das instituições federais representativas da classe médica brasileira

Tabela 10 – Sindicatos estaduais com a presença de links específicos direcionados para a AMB

Tabela 11 – Sindicatos que tiveram ações legais para obter os EPI

Lista de Figuras

- Figura 1 – Ata da Décima Quarta Reunião da Diretoria do Ano 2017 do Conselho Federal de Medicina
- Figura 2 – Quadro específico da pesquisa (e-mail marketing) com o resumo, estatísticas e resultados dos envios dos e-mails para a classe médica
- Figura 3 – Parecer favorável para a pesquisa de campo da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Figura 4 – Apresentação da face inicial do corpo do e-mail enviado para a classe médica brasileira
- Figura 5 – Questionário estruturado que foi apresentado para a classe médica – Documento Básico da pesquisa de opinião
- Figura 6 – Áreas de atuação de especialidades
- Figura 7 – Anos de formado em medicina
- Figura 8 – Qual o gênero do entrevistado
- Figura 9 – Fatores que podem levar ao estresse médico no ambiente laboral
- Figura 10 – Presença da precariedade da estrutura física no ambiente laboral
- Figura 11 – Presença da precariedade de ações administrativas no ambiente laboral
- Figura 12 – A presença de honorários médicos não adequados ou justos
- Figura 13 – A importância da bioética no curso de graduação em medicina
- Figura 14 – Escala das necessidades de Maslow
- Figura 15 – A presença das notificações do Covid-19 no Brasil

Lista de abreviaturas

AM: Ato Médico

CDC: Código de Defesa do Consumidor

CEM: Código de Ética Médica

CFM: Conselho Federal de Medicina

DICFM: Departamento de Informática do Conselho Federal de Medicina

EPI: Equipamento de Proteção Individual

MP: Ministério Público

OMS: Organização Mundial da Saúde

QVT: Qualidade de Vida no Trabalho

RH: Recursos Humanos

SB: Síndrome de *Burnout*

SEP: Síndrome do Esgotamento Profissional

Sumário

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO -----	ii
DOCUMENTO DA NOMEAÇÃO DO JÚRI -----	iii
ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE -----	iv
CORPO CATEDRÁTICO -----	vi
EPÍGRAFE -----	viii
DEDICATÓRIA -----	ix
AGRADECIMENTOS -----	x
LISTA DE TABELAS -----	xii
LISTA DE FIGURAS -----	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS -----	xiii
SUMÁRIO -----	xv
PREFÁCIO SOBRE O AUTOR -----	xix
RESUMO -----	xxi
ABSTRACT -----	xxiv
REANUDAR -----	xxvii
1) INTRODUÇÃO -----	031
1.1) Administração, Marketing e Endomarketing em Serviços Médicos -----	032
1.2) O porquê do tema -----	034
1.3) Do problema -----	034
1.4) Da problemática -----	035
1.5) Da hipótese -----	035
2) A MEDICINA, MARKETING E A EVOLUÇÃO DO DIREITO -----	036
2.1) Do histórico e da atualidade -----	036
2.2) Saúde em serviços médicos, Mix Marketing, Endomarketing e CDC -----	038
2.3) Bioética, ética, deontologia e moral -----	042
2.4) Padrões biológicos humanos de saúde e desempenho laboral -----	044
2.5) Médicos e Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout -----	049
2.6) Classe médica e suicídio -----	049

2.7) Da legislação trabalhista -----	052
2.8) A classe médica, interação laboral, bioética e construto pessoal -----	053
2.9) A classe médica é de fato profissionais de estado -----	056
2.10) O ambiente laboral da classe médica -----	058
2.11) Os aspectos dos honorários médicos -----	064
3) OBJETIVOS -----	065
3.1) Objetivo principal -----	065
3.2) Objetivo secundário -----	065
4) DESENHO DO ESTUDO -----	066
5) METODOLOGIA DA PRIMEIRA PESQUISA -----	067
5.1) Etapas -----	067
5.1.1) 1ª Fase -----	067
5.1.2) 2ª Fase -----	069
5.1.3) 3ª Fase -----	078
6) DA PRIMEIRA PESQUISA -----	078
6.1) Características da primeira pesquisa -----	079
6.1.1) Como uma pesquisa Quali-quantitativa -----	080
6.1.2) Como uma pesquisa Aplicada e Bibliográfica-----	083
6.1.3) Como uma pesquisa de Campo -----	083
7) DA AMOSTRA -----	084
7.1) A fórmula para definir o cálculo amostral -----	084
7.2) Observação para o entendimento da fórmula utilizada -----	085
8) QUESTIONÁRIO ENVIADO À CLASSE MÉDICA BRASILEIRA -----	087
8.1.) Você atua em qual das seguintes áreas médicas? -----	087
8.2) Quantos anos você tem de formado? -----	088
8.3) Qual é o seu gênero? -----	090
8.4) Fatores que podem levar ao estresse-----	091
8.5) A precariedade de estrutura física, humana e de apoio -----	094
8.6) A precariedade ou falta de ações administrativas -----	096
8.7) Honorários e prestação de serviços médicos -----	098

8.8) Bioética e faculdade de medicina -----	100
9) DA SEGUNDA PESQUISA – EPI NA PANDEMIA PELO COVID-19 -----	103
9.1) Características da segunda pesquisa -----	104
9.1.1) Como uma Pesquisa Quantitativa -----	104
9.1.2) Como uma Pesquisa Aplicada e Bibliográfica -----	104
9.1.3) Covid-19 uma incógnita, demanda e corrupção -----	104
10) DESENVOLVIMENTO PARA A SEGUNDA PESQUISA -----	106
10.1) Escala de Maslow abordando o trabalho médico -----	109
11) METODOLOGIA DA SEGUNDA PESQUISA -----	117
11.1) Fase 1 -----	117
11.2) Fase 2 -----	118
12) PANDEMIA PELO COVID-19 -----	119
12.1) COVID-19 E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -----	119
12.2) COVID-19 NO BRASIL -----	119
13) INSTITUIÇÕES MÉDICAS E EPI -----	120
13.1) Região Norte - Sindicato no Amazonas -----	121
13.2) Região Nordeste - Sindicato no Piauí -----	121
13.3) Região Sudeste - Sindicato em Minas Gerais -----	122
13.4) Região Sul - Sindicato no Paraná -----	123
13.5) Região Centro Oeste - Sindicato em Goiás -----	124
13.6) Conselho Federal de Medicina e EPI -----	124
13.7) Associação Médica Brasileira e EPI -----	125
14) ORÇAMENTO FEDERAL PARA O COVID-19 -----	127
15) BIODIREITO -----	127
16) PRIORIZAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO DOS EPI -----	130
17) A FALTA GLOBAL DE EPI -----	132
18) DA AQUISIÇÃO DO EPI PELOS ENTES PÚBLICOS -----	133
19) DADOS SOBRE A IPI E INSTITUIÇÕES -----	134
19.1) Das Tabelas IPI/Covid-19 -----	134
19.1.1) Tabela 9 - Notícias únicas sobre IPI/Covid-19-----	134

19.1.2) Tabela 10 - Sindicatos estaduais com a presença de links específicos -----	135
19.1.3) Tabela 11 - Ação na justiça a imposição do EPI -----	136
20) QUAIS CAMINHOS E SOLUÇÕES PARA O PROBLEMA? -----	136
21) DISCUSSÃO -----	139
22) LIMITAÇÕES DA PESQUISA -----	140
23) CONCLUSÕES -----	141
24) REFERÊNCIAS -----	142
25) APÊNDICES -----	158
25.1) Artigo publicado no periódico São Paulo Medical Journal -----	158
25.2) Artigo aprovado para ser publicado no periódico Acta Bioethica -----	164

Prefácio do autor

Mário Afonso Filho e Maluf
Médico psiquiatra e homeopata

Formação

Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia/MG (1982);
Homeopatia – Instituto Francoise Lamasson – Ribeirão Preto/SP (1983);
Plantas Medicinais e Química de Produtos Naturais – Universidade Mogi das Cruzes (UMC) – Mogi das Cruzes/SP (1984);
Gestão de Recursos Humanos – Faculdade Álvares Penteado (FECAP) – São Paulo/SP (1996);
Mestrado em Administração de Empresas – Marketing – Universidade Presbiteriana Mackenzie – São Paulo/SP (1999).

Experiências profissionais

Mais de 40 anos de atividades como médico psiquiatra e setores da saúde;
Promotor e Coordenador do I Congresso Brasileiro de Medicina Natural, Uberaba/MG, 1983;
Coordenador do II e III Congresso de Medicina Natural, Salvador/BA, 1984 e Brasília/DF, 1985;
Chefia de Centro de Saúde – Taciba/SP, 1985;
Coordenador do Departamento Médico – Hospital Psiquiátrico Dr. Bezerra de Menezes – Presidente Prudente/SP, 1986;
Coordenador do Curso de Fitoterapia do Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília/DF, 1987;
Coordenador Estadual de Programas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 1987;

Professor de Gestão em Serviços de Saúde da graduação das Faculdades São Camilo, São Paulo/SP, 1995;

Professor e coordenador do curso de pós-graduação em Administração de Recursos Humanos da Faculdade Álvares Penteado, São Paulo/SP, 1996;

Professor e coordenador do curso de pós-graduação em Marketing Hospitalar da Faculdade Álvares Penteado, São Paulo/SP, 1999;

Escritor técnico com o livro SOS Medicina – O produto nos serviços médicos, Florianópolis, 2000;

Auditor/Consultor da Fundação Getúlio Vargas (FGV/GV Consult), São Paulo/SP, 2002;

Professor do curso de pós graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2003;

Professor de graduação de Medicina Legal da Universidade do Vale do Itajaí, Florianópolis/SC, 2004;

Promotor e coordenador do I e II Congresso Brasileiro de Gestão de Clínicas Estéticas, São Paulo/SP, 2004 e 2005;

Professor da pós-graduação da Universidade da Região de Joinville/SC, 2005;

Professor do curso de pós-graduação em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2005;

Diretor do Sindicato Médico do Estado de Santa Catarina (SIMESC), Florianópolis, 2021.

Maluf MA. A expressão pessoal de médicos frente à bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico-paciente [Tese Doutorado em Bioética]. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal. p.196, 2023.

Resumo

Introdução

Este trabalho científico tratou de assuntos que dizem respeito à classe médica brasileira focada nos temas da Bioética, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e relação médico-paciente. A primeira pesquisa no nível nacional foi feita com médicos cadastrados e com seus e-mails válidos que fazem parte do banco de dados ao Departamento de Informática do Conselho Federal de Medicina (CFM). Teve como instrumento de pesquisa um questionário estruturado onde se efetuaram oito perguntas específicas que trataram de alguns fatores que fazem parte do contexto laboral da classe médica brasileira, e propôs-se também conhecer qual o seu sentimento e entendimento sobre a bioética nesta relação. A segunda pesquisa foi feita através de um levantamento junto aos websites das entidades médicas representativas nacionais e regionais do Brasil buscando identificar um agravante negativo da QVT no período pandêmico, que foi aumento do risco de vida destes trabalhadores que não obtiveram de forma adequada os equipamentos de proteção individual (EPI). Este fato pode comprometer o segundo nível da escala de Maslow no seu ambiente laboral durante a pandemia pelo Covid-19. Ao final do trabalho observamos que uma QVT não adequada pode afetar no campo pessoal o seu sentimento e entendimento da bioética, base essencial para uma boa prática médica, já que não podemos dissociar plenamente a figura pessoal do homem e deste ser profissional.

Métodos

A pesquisa de opinião consistiu de um questionário estruturado composto de oito perguntas pertinentes ao contexto laboral médico enviado pelo Departamento de Informática do Conselho Federal de Medicina (DICFM) para uma população alvo de 360.841 médicos,

sendo 95.022 com endereços respectivos de e-mails válidos, havendo um retorno de 426 questionários. Este resultado foi 57,75% superior considerando a Amostra Homogênea da qual é necessário um retorno de 246 questionários para sua validação, já que é uma população homogênea de médicos, ou também considerando uma Amostra Heterogênea, com o resultado de 11% superior para uma população inespecífica que necessita minimamente do retorno de 384 questionários para sua validação. Ambos os resultados independentemente da consideração do tipo da amostra da pesquisa ela obteve validação pelo montante do retorno dos questionário enviados. No segundo trabalho, também de abrangência nacional, colaborativa da primeira, foi escolhido o tema da não distribuição adequada dos EPI durante a pandemia pelo Covid-19 para a classe médica, onde houve a participação de todas as entidades médicas representativas nacionais e regionais que possuíam até aquele momento em seus websites existentes e/ou ativos, e que manifestaram sobre o tema proposto. Sendo que as denúncias foram feitas pelos próprios médicos de forma individual, e também de notícias específicas sobre o tema ocorridas no período pesquisado, entre o dia 01-01-2020 e o dia 31-08-2020. Ambas as pesquisas tiveram situações negativas pertinentes à QVT. Todos os dados da primeira e segunda pesquisa foram posteriormente tabulados em planilhas do software Excel, analisados e concluídos.

Resultados

Os resultados positivos auferidos na primeira pesquisa foram observados através da expressão livre e pessoal da classe médica brasileira; expressa de forma individual e autônoma; com uma média positiva aproximada de 55% do somatório das questões formuladas no questionário estruturado. Este resultado obtido foi derivado da soma das respostas positivas para os itens identificados como: “Totalmente de acordo”, e “De acordo”. Estas expressões em que são identificados os sentimentos e compreensão sobre a percepção individual da bioética onde ela pode ser desconstruída a partir deste contexto pesquisado e relacionado com a QVT. No segundo trabalho ficou evidente o fato de que a não distribuição dos EPI constatada por um resultado massivo de mais de 3.000 denúncias individuais de médicos, e também de 73 notícias específicas sobre o tema nos websites oficiais das entidades representativas da classe médica, durante o período pesquisado da pandemia pelo

Covid-19, entre o dia 01-01-2020 e os dias 31-08-2020 que demonstraram o comprometimento do segundo nível da escala de Maslow para a classe médica brasileira.

Conclusões

A pesquisa demonstrou com seus resultados claramente positivos que a depender da QVT ela pode comprometer; resultado em mais de 50%; o sentimento e entendimento da bioética na relação médico-paciente, um dos pilares para a boa prática da medicina. Complementando este resultado houve mais um reforço de 3.000 denúncias da não distribuição de EPI que tiveram um significado ainda mais forte para o desenvolvimento do estresse médico pelo aumento do risco de vida destes profissionais, portanto comprometendo sua QVT.

O resultado mais importante que podemos extrair deste trabalho científico é construir um novo olhar sobre a profissão médica para que a mesma possa ter QVT na prestação dos seus serviços. Portanto, as atitudes devem ser voltadas para a prevenção e restabelecimento no campo da saúde do trabalhador e do biodireito. Esta pesquisa deve ser encarada como um serviço para o aprimoramento da saúde pública brasileira, já que quase 90% (89,3%) do quadro médico se encontram ligado a este setor, quer seja no nível municipal, estadual e federal. Esses resultados alarmantes devem ser mais explorados e contextualizados em novos estudos já que o resultado minimamente pode demonstrar um sentimento, um pensar sobre esta relação que está deteriorada. Não foi pesquisado e também não constitui tema desta pesquisa a objetividade, a concretude, se houve ou não a “ação” no comprometimento efetivo na relação médico-paciente através da execução de qualquer Ato Médico (AM) (Lei do Ato Médico, 2013) tangenciado por um possível ato de negligência e/ou imprudência médica. Os estudos realizados também devem ser propostos em outros países, com focos na gestão dos recursos humanos (RH) médicos, contemplando com uma visão em saúde pública. Enfim, os médicos puderam expressar de forma livremente, pessoal e espontânea seu pensar, seu sentimento e seu entendimento desta relação bioética e QVT, sendo estas expressas através desta pesquisa de opinião.

Palavras-chave: Bioética, qualidade de vida no trabalho, endomarketing, Covid-19, equipamento de proteção individual, gestão de serviços de saúde, mistanásia, saúde pública, síndrome de *burnout*

Maluf MA. The personal expression of physicians in relation to bioethics, quality working of life and physicians-patient relationship [Doctoral Thesis in Bioethics]. Porto: University of Porto. Faculty of Medicine, University of Porto; p.196, 2023.

Abstract

Background

This scientific work dealt with issues that concern the Brazilian medical class focused on the themes of Bioethics, Quality of Life at Work (QVT) and doctor-patient relationship. The first survey at the national level was carried out with registered doctors and their valid e-mails that are part of the database of the Department of Informatics of the Federal Council of Medicine (CFM). A structured questionnaire was used as a research tool, in which eight specific questions were asked that dealt with some factors that are part of the work context of the Brazilian medical class, and it was also proposed to know what their feelings and understanding about bioethics in this relationship. The second survey was carried out through a survey on the websites of national and regional representative medical entities in Brazil, seeking to identify a negative aggravating factor of QWL in the pandemic period, which was an increased risk to the lives of these workers who did not properly obtain the equipment for personal protection (PPE). This fact may compromise the second level of the Maslow scale in your work environment during the Covid-19 pandemic. At the end of the work, we observed that an inadequate QWL can affect, in the personal field, their feeling and understanding of bioethics, an essential basis for good medical practice, since we cannot fully dissociate the personal figure of the man and this professional being.

Methods

The opinion survey consisted of a structured questionnaire composed of eight questions relevant to the medical work context sent by the Department of Informatics of the Federal Council of Medicine (DICFM) to a target population of 360,841 physicians, 95,022 of which had valid email addresses, with a return of 426 questionnaires. This result was 57.75% higher considering the Homogeneous Sample, which requires a return of 246 questionnaires for validation, since it is a homogeneous population of doctors, or also considering a Heterogeneous Sample, with the result of 11% higher for a non-specific population that minimally needs the return of 384 questionnaires for validation. Both results, regardless of the type of survey sample, were validated by the amount returned by the questionnaires sent. Both results, regardless of the type of survey sample, were validated by the amount returned by the questionnaires sent. In the second work, also national in scope, collaborative of the first, the topic of not properly distributing PPE to physicians during the Covid-19 pandemic was chosen, enrolling all national and regional medical entities that had until that moment active websites. Since the data from the complaints were made by the doctors themselves individually, and from specific news on the subject that occurred in the researched period, between 01-01-2020 and 08-31-2020. Both surveys had negative situations relevant to QLW. All data from the first and second surveys were later tabulated in Excel spreadsheets, analyzed and completed.

Results

The positive results obtained in the first survey were observed through the free and personal expression of the Brazilian medical profession; expressed individually and autonomously; with an approximate positive average of 55% of the sum of the questions formulated in the structured questionnaire. This result obtained was derived from the sum of the positive responses for the items identified as: “Totally agree” and “Agree”. These expressions in which feelings and understanding about the individual perception of bioethics are identified where it can be deconstructed from this context researched and related to QWL. In the second study, it was evident that the non-distribution of PPE was verified by a massive result of

more than 3,000 individual complaints by doctors, and also 73 specific news on the subject on the official websites of entities representing the medical profession, during the period surveyed of the pandemic by Covid-19, between 01-01-2020 and 08-31-2020, which demonstrated the commitment of the second level of the Maslow scale for the Brazilian medical class.

Conclusions

The research demonstrated with its clearly positive results that depending on the QWL it can compromise; result in more than 50%; the feeling and understanding of bioethics in the doctor-patient relationship, one of the pillars for the good practice of medicine. Complementing this result, there was another reinforcement of 3,000 complaints about the non-distribution of PPE, which had an even stronger meaning for the development of medical stress due to the increased risk to these professionals' lives, therefore compromising their QWL.

The most important result that we can extract from this scientific work is to build a new look at the medical profession so that it can have QWL in the provision of its services. Therefore, attitudes must be aimed at prevention and recovery in the field of worker health and biolaw. This research must be seen as a service for the improvement of Brazilian public health, since almost 90% (89.3%) of the medical staff are linked to this sector, whether at the municipal, state or federal level. These alarming results should be further explored and contextualized in new studies, since the result can at least demonstrate a feeling, a thought about this deteriorated relationship. Objectivity, concreteness, whether or not there was an “action” in the effective commitment in the doctor-patient relationship through the execution of any Medical Act (ML) was not researched and is not the subject of this research (Lei do Ato Médico, 2013) touched by a possible act of negligence and/or medical recklessness. The studies carried out should also be proposed in other countries, with a focus on the management of medical human resources (HR), contemplating a public health vision. Finally, the physicians were able to freely, personally and spontaneously express their thinking, their feelings and their understanding of this bioethics and QWL relationship,

which were expressed through this opinion survey.

Keywords: Bioethics, quality of life at work, internal marketing, Covid-19, personal protective equipment, health services management, misthansia, public health, burnout syndrome

Maluf MA. La calidad de vida en el trabajo interfiere en la práctica de la bioética en la relación médico-paciente [Tesis Doctoral en Bioética]. Porto: Universidad de Porto. Facultad de Medicina de la Universidad de Porto. p. 196, 2023.

Reanudar

Introducción

Este trabajo científico abordó cuestiones que preocupan a la clase médica brasileña enfocada en los temas de Bioética, Calidad de Vida en el Trabajo (QVT) y relación médico-paciente. La primera encuesta a nivel nacional se realizó con médicos registrados y sus correos electrónicos válidos que forman parte de la base de datos del Departamento de Informática del Consejo Federal de Medicina (CFM). Se utilizó como herramienta de investigación un cuestionario estructurado, en el que se formularon ocho preguntas específicas que trataban sobre algunos factores que forman parte del contexto de trabajo de la clase médica brasileña, y también se propuso conocer cuáles eran sus sentimientos y comprensión sobre la bioética en esta relación. La segunda encuesta se realizó a través de una encuesta en los sitios web de entidades médicas representativas nacionales y regionales en Brasil, buscando identificar un agravante negativo de la CVT en el período de pandemia, que fue un mayor riesgo para la vida de estos trabajadores que no obtener adecuadamente el equipo de protección personal (EPP). Este hecho puede comprometer el segundo nivel de la escala de Maslow en su entorno laboral durante la pandemia del Covid-19. Al final del trabajo, observamos que una CVT inadecuada puede afectar, en el ámbito personal, su sentimiento y comprensión de la

bioética, base esencial para la buena práctica médica, ya que no podemos disociar totalmente la figura personal del hombre y de este profesional.

Métodos

La encuesta de opinión consistió en un cuestionario estructurado compuesto por ocho preguntas pertinentes al contexto laboral médico enviado por el Departamento de Informática del Consejo Federal de Medicina (DICFM) a una población objetivo de 360.841 médicos, de los cuales 95.022 tenían direcciones de correo electrónico válidas, con una devolución de 426 cuestionarios. Este resultado fue un 57,75% superior considerando la Muestra Homogénea, que requiere la devolución de 246 cuestionarios para su validación, ya que se trata de una población homogénea de médicos, o también considerando una Muestra Heterogénea, con un resultado un 11% superior para una población no específica que necesita mínimamente la devolución de 384 cuestionarios para su validación. Ambos resultados, independientemente del tipo de muestra de investigación, fueron validados por la cantidad devuelta por los cuestionarios enviados. En el segundo trabajo, también de ámbito nacional, colaborador del primero, el tema de la no adecuada distribución de EPI durante la pandemia fue elegido por Covid-19 para la clase de medicina, donde participaron todas las entidades médicas representativas nacionales y regionales que tenían hasta ese momento en sus webs existentes y/o activas. Ya que los datos de las denuncias fueron realizados por los propios médicos de manera individual, y también de noticias puntuales sobre el tema ocurridas en el período investigado, entre el 01-01-2020 y el 31-08-2020. Ambas encuestas tuvieron situaciones negativas relevantes para la CVT. Todos los datos de la primera y segunda encuesta se tabularon posteriormente en hojas de cálculo de Excel, se analizaron y completaron.

Resultados

Los resultados positivos obtenidos en la primera encuesta se observaron a través de la expresión libre y personal de la profesión médica brasileña; expresarse de forma individual y autónoma; con una media positiva aproximada del 55% de la suma de las preguntas formuladas en el cuestionario estructurado. Este resultado obtenido se derivó de la suma de

las respuestas positivas para los ítems identificados como: “Totalmente de acuerdo” y “De acuerdo”. Estas expresiones en las que se identifican sentimientos y comprensiones acerca de la percepción individual de la bioética donde se puede deconstruir a partir de este contexto investigado y relacionado con la CVT. En el segundo estudio, se evidenció que la no distribución de EPP fue verificada por un resultado masivo de más de 3.000 denuncias individuales de médicos, y también 73 noticias específicas sobre el tema en los sitios web oficiales de entidades representativas de la profesión médica, durante el período relevado de la pandemia por Covid-19, entre el 01-01-2020 y el 31-08-2020, que demostró el compromiso del segundo nivel de la escala de Maslow para la clase médica brasileña.

Conclusiones

La investigación demostró con sus resultados claramente positivos que dependiendo de la CVT puede comprometerse; resultar en más del 50%; el sentir y comprender la bioética en la relación médico-paciente, uno de los pilares para el buen ejercicio de la medicina. Complementando este resultado, hubo otro reforzamiento de 3.000 denuncias por no distribución de EPI, que tuvo un significado aún más fuerte para el desarrollo del estrés médico por el mayor riesgo para la vida de estos profesionales, comprometiendo así su CVT. El resultado más importante que podemos extraer de este trabajo científico es construir una nueva mirada sobre la profesión médica para que pueda tener CVT en la prestación de sus servicios. Por tanto, las actitudes deben estar encaminadas a la prevención y recuperación en el ámbito de la salud del trabajador y del bioderecho. Esta investigación debe ser vista como un servicio para la mejora de la salud pública brasileña, ya que casi el 90% (89,3%) del personal médico está vinculado a este sector, ya sea a nivel municipal, estatal o federal. Estos resultados alarmantes deben ser más explorados y contextualizados en nuevos estudios, ya que el resultado puede al menos demostrar un sentimiento, un pensamiento sobre esta relación deteriorada. La objetividad, la concreción, si hubo o no “acción” en el compromiso efectivo en la relación médico-paciente a través de la ejecución de cualquier Acto Médico (LA) no fue investigada y no es objeto de esta investigación (Lei do Ato Médico, 2013) tocada por un posible acto de negligencia y/o imprudencia médica. Los estudios realizados también deben ser propuestos en otros países, con enfoque en la gestión de recursos humanos

(RRHH) médicos, contemplando una visión de salud pública. Finalmente, los médicos pudieron expresar de manera libre, personal y espontánea su pensamiento, su sentir y su comprensión de esta relación bioética y CVT, que fueron expresados a través de esta encuesta de opinión.

Palabras clave: Bioética, calidad de vida en el trabajo, marketing interno, Covid-19, equipos de protección personal, gestión de servicios de salud, mistanasia, salud pública, síndrome de burnout

1) INTRODUÇÃO

O propósito maior deste trabalho é contribuir para o aprimoramento da QVT da classe médica brasileira e para o fortalecimento da bioética na prática médica, que são pilares para a existência de uma medicina de excelência. Acreditamos que este fortalecimento e sua efetiva qualificação não só passa pelo acolhimento, respeito e disponibilização do melhor de nossa capacidade técnica para os nossos pacientes, mas também propor um novo olhar para identificar as reais condições de trabalho da classe médica brasileira sem o qual inexistiria a própria medicina de qualidade com uma relação médico-paciente humana e empática. Enfim, ter um novo olhar para o outro lado da mesma moeda. Propondo um efetivo respeito profissional por estes trabalhadores da saúde.

O médico é um agente humano na sua essência e no âmbito da técnica profissional manifesta pela prática efetiva através do ato médico (AM) no seu ambiente de trabalho. Acreditamos que tudo que pode interferir e modificar este profissional, como o ambiente de trabalho, também pode modificar seu sentimento e compreensão deste contexto junto à bioética, já que não há como dissociar o mesmo homem do mesmo profissional médico.

Sem a classe médica a bioética pode ficar solta no ar, podendo ser somente um substantivo da língua portuguesa, sem função prática na medicina. Com certeza ela será manca sem a complementação do binômio médico e paciente.

O AM pode ser definido pela Resolução nº 1.627/2001 do CFM como: “Em seu art. 1º, define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado, dirigido à prevenção primária, secundária ou terciária”.(1)

Num dos universos éticos, a expressão da bioética no seu contexto construtivo e dimensional do médico têm na pesquisa o objetivo de identificar numa perspectiva integrada e relacional entre o binômio médico e paciente, que também expressa seu sentimento e compreensão pessoal para com a bioética, as condições laborais oferecidas para a realização destes serviços específicos. As condições laborais na atualidade, e também no passado, como o demonstrado em minha primeira pesquisa há mais de 20 anos do mestrado sobre assunto

correlato a este tema, são definidas como insuficientes na política global de gestão de RH médicos pertinentes à QVT.

1.1) Administração, marketing e endomarketing em serviços médicos

Tendo iniciado de forma estruturada e sempre atentando a observância para a defesa da dignidade e atenção para com o aperfeiçoamento do ambiente laboral para a classe médica foi apresentada em 1999 minha dissertação de mestrado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie com o título: “Marketing de Serviços na assistência médica: fatores que podem determinar a qualidade.”(2) Esclarecendo que na área do marketing o conceito do produto serviços médicos é definido como um dos quatros “Ps” elementos componentes do Mix Marketing, o produto (os 4 Ps: produto, preço, ponto e promoção).(3) Sendo este produto denominado prestação de serviços médicos é concretizado durante o próprio processo da sua construção dentro da relação médico-paciente através do próprio AM.

Neste trabalho de mestrado foi também realizada uma pesquisa de campo, e também com o componente quali-quantitativa, através da opinião pessoal de cada médico participante em um universo menor com médicos de nove grandes hospitais da região da grande São Paulo/SP.(2) Os temas pesquisados neste mestrado são similares ao desta pesquisa aqui apresentada com resultados matemáticos e análise interpretativa. Há também a existência de fatores no ambiente de trabalho que podem interferir na qualidade da prestação dos serviços médicos. Permeia em ambas as pesquisas uma linguagem da ciência da administração focada na área de recursos humanos médicos onde este contexto laboral pode provocar uma interferência na formação do produto final – prestação dos serviços médicos/produto em “serviços é um dos ‘ps’ do Mix Marketing”.(3) Nesta pesquisa realizada de 1999, portanto há mais de 20 anos, também ficou evidente que no campo da relação entre o RH médico e no ambiente laboral há uma falta de QVT. Foram escolhidos temas pertinentes ao contexto da administração de serviços médicos como: o tempo de descanso, a carga de trabalho, os múltiplos serviços, a baixa remuneração, a organização do sistema de saúde, etc. São temas constantes das suas reclamações que interferem na qualidade dos serviços prestados por estes

profissionais, fatos desastrosos que podem até levá-los a um quadro equivalente a uma Síndrome do Esgotamento Profissional (SEP), mais conhecida como síndrome de *Burnout* (SB). Deve realçar-se que sendo o *burnout* uma circunstância bem conhecida na profissão médica este viu-se agravado substancialmente nos profissionais diretamente envolvidos no combate à pandemia pelo Covid-19, período onde se desenvolveu parte deste trabalho científico.(4,5)

“HCWs are in a ‘privileged’ position to develop burnout, stress, depression and anxiety. Hospital administrations should implement measures to protect the mental health of their professionals and to promote their satisfaction with life, the independent variable with major associations with the outcomes. Additionally, occupational health professionals should be sensitised to this topic to promote public health and occupational health practices to the mental health of HCWs.”(4)

“The impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers (HCWs) has been tremendous. The impact is not only related to increased workload, but also fear of the disease being contracted by themselves and their families, working with new and frequently changing protocols, limited personal protective equipment, caring for patients who are very sick and quickly deteriorating, and caring for colleagues who have also fallen ill. This pandemic has exacerbated stressors in healthcare systems, in which HCWs burnout in response to workplace stress is already an epidemic.”(5)

Podemos observar que o produto “serviços de assistência médica”, como todos os demais na área de serviços, como sendo um produto intangível, ele somente consubstancia, se concretiza, no próprio desenvolvimento do processo do “fazer” o produto, no caso na área da prestação de serviços médicos, pelo AM. É o AM o motor construtivo dos processos em saúde onde há a participação de médicos. Observa-se que produtos na área de serviços não

possuem a figura do estoque. Dando continuidade nesta linha de pensamento acreditamos ser fundamental para a classe médica brasileira, para sua boa prestação de serviços médicos, estar esta classe de trabalhadores inserida num ambiente laboral estruturado e organizado, com apoio adequado, etc., com características cercadas de qualidade para a execução dos seus atos e processos (AM) para o exercício pleno da medicina.

1.2) O porquê do tema

A justificativa do tema “A expressão pessoal de médicos frente à bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico-paciente” foi motivado pelos resultados da minha dissertação do mestrado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie em 1999, e intitulada: “Marketing de Serviços na assistência médica: Fatores que podem determinar a qualidade.”(2) Nesta luta pela promoção da qualidade no ambiente laboral para a classe médica coube continuar a explorar as dificuldades que se encontram também recorrentes para o seu exercício profissional. Agora termos um novo componente primordial neste processo que é uma abordagem no campo da bioética, parte integrante da assistência médica, e diretamente inserida como um dos pilares na relação médico-paciente.

1.3) Do problema

Nesta pesquisa de opinião foram abordados alguns fatores possíveis que podem interferir de alguma maneira no sentimento e compreensão na relação médico-paciente e bioética a partir do seu contexto laboral. Nesta abordagem à bioética acontece no cenário da sua rotina diária que de alguma maneira está sendo submetida às condições de difíceis de trabalho – falta de QVT no ambiente laboral. Assim, o médico no seu sentimento e compreensão individual sobre a bioética expressa dentro das perguntas formuladas específicas respostas que a qualificam neste contexto laboral dentro da sua própria realidade.

1.4) Da problemática

Nesta pesquisa definiu situações que são temas pertinentes ao contexto voltados para os eventos da administração do RH médico em seu ambiente laboral como exemplos: o estresse, a gestão das unidades, as estruturas de apoio e honorários médicos. O fato da deficiente atenção para com a classe médica, que perdura há décadas, foi complementado por outra nova pesquisa de estudo transversal, focada na disponibilização de equipamentos de proteção individual (EPI) no momento da pandemia pelo Covid-19 iniciada em 2020, uma catástrofe mundial que ocorreu durante a construção desta tese de doutorado. Este fato que agiganta ainda mais a triste realidade laboral para com a classe médica. De maneira objetiva a falta de distribuição de EPI para estes profissionais da saúde comprometeu o segundo nível da escala de Maslow, segurança, intensificando ainda mais a falta de QVT. Pelo lado humano da classe médica estas e outras atitudes promovem a desconstrução do conceito em que cada um destes profissionais possui em relação à bioética, que são expressas de forma livre e individual através das respostas de perguntas a eles formuladas.

1.5) Da hipótese

A bioética é fundamental para a boa relação médico-paciente, e um dos pilares da medicina. Alguns fatores desta pesquisa puderam identificar que de alguma maneira fatos negativos no contexto do ambiente laboral dos profissionais médicos, falta de QVT, podem interferir de forma negativa no sentimento e compreensão desta relação. Os fatos pesquisados são de extrema importância a serem identificados e contextualizados. Sendo o médico um trabalhador envolvido em ações específicas de alta complexidade e trabalhando em ambientes próprios, acreditamos também que ele possa sofrer interferências a partir de certas condições laborais negativas como qualquer outro trabalhador de outra esfera profissional. O médico como ser humano, como os demais da sua espécie, não deve ficar imune às influências do seu ambiente laboral.

Portanto, buscamos identificar “um porquê?” da falta de QVT, espelhada nas condições laborais da classe médica que possam interferir de forma positiva ou negativa no seu entendimento e compreensão junto à bioética.

2) A MEDICINA, MARKETING E A EVOLUÇÃO DO DIREITO

Foram explicitadas algumas referências históricas da medicina acompanhadas de conceitos da ciência da administração pautadas sobre o tema da prestação de serviços médicos, meio pelo qual a classe médica expressa sua base produtora de serviços através do AM. O AM é um dos produtos do Mix Marketing com características também de ser um produto intangível – como todo o setor de serviços.(3)

Em termos práticos o AM *per sí* encontra-se no âmbito das atividades que são classificadas como um produto passível de inserção no Código de Defesa do Consumidor (CDC) por ser um “produto de consumo”, como também por sua questão da humanidade é gerido pelo Código de Ética Médica (CEM). Portanto, é um produto impar por sua abordagem de uma ética superior.

2.1) Do histórico e atualidade

Fazendo com poucas pinceladas um périplo pelo histórico mundial da medicina, temos na cultura médica ocidental conhecida e iniciada na mitologia grega por Esculápio (1.200 AC),(6) contemplado com o memorável juramento do grego Hipócrates (Século V, AC), como também na medicina da cultura oriental que foi iniciada na China com Huang Di Nei Jing – o Imperador Amarelo (2.700 AC)(7) e Lao-Tsé (600 AC),(8) e no antigo Egito com Imhotep (2.650 AC)(9) a epistemologia, a filosofia médica e sua prática histórica nos seus propósitos tem contemplado o mundo que cerca o paciente, nada mais justo e louvável, já que não existe medicina sem o paciente, ele é o ponto inicial e o foco principal da existência da profissão médica, apesar da existência de concepções diferentes sobre a medicina, o

homem e o universo em suas raízes e bases filosóficas como ocorre na medicina ocidental, a do oriente médio, e na medicina tradicional chinesa. Hoje a medicina ocidental que muito privilegia a tecnologia está espalhada por todo o globo. Mas, apesar destas distintas tradições existiu sempre a mesma preocupação central: o bem-estar do paciente, o seu melhor interesse, à luz do princípio da beneficência e de um dever geral de assistência, que obriga todos os médicos a uma plena dedicação ao seu paciente.(10)

Diferentemente do tempo histórico que coube aos grandes nomes da medicina antiga, nas últimas décadas tendo em vista o incremento no acesso da população aos serviços de saúde, acesso este muito decorrente das conquistas democráticas, pela educação, pelo aumento demográfico, e também do envelhecimento da humanidade, parte devido ao incremento ao acesso para os próprios serviços médicos, desenvolvimento da medicina e do saneamento básico. Vemos um descompasso desta equação relativa entre a procura das soluções dos problemas de saúde e os serviços médicos oferecidos para toda a população. Uma equação que quase nunca fecha, onde os recursos e soluções são finitos, com demandas constantes tendendo ao infinito.(11) Quase sempre a tendência é identificada como problemas de política saúde, e quase sempre os problemas costumam apresentarem maiores dos que as soluções. Assim sendo, as insatisfações se avolumam neste gigante setor da humanidade.

Não há como furtar em explicitar que antes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos redigida em 2005, houve uma declaração mais abrangente redigida em 1948, que foi a Declaração dos Direitos do Homem dentre outras também de importância singular que são pertinentes quanto ao direito à saúde como um bem universal.(12) A própria Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos em um dos seus postulados diz que: “Reconhecendo que a presente Declaração deve ser interpretada de modo consistente com a legislação doméstica e o direito internacional, em conformidade com as regras sobre direitos humanos.”.(13,14) Portanto, o médico não poderia deixar de estar inserido dentro desta declaração maior sobre bioética, tendo como tal ser olhado de forma humanitária, mesmo sendo um profissional responsável maior, coordenador, pelo acolhimento e atenção para com a saúde dos pacientes, não discriminando outros importantes profissionais do contexto da saúde.(14)

2.2) Saúde em serviços médicos, Mix Marketing, Endomarketing e CDC

A área da saúde é uma prestadora de serviços que necessita para a sua existência fundamentalmente do fator humano como sua base de execução de processos operacionais, para produzir o “produto prestação de serviços médicos” através do AM. Há grandes problemas que fazem parte deste complexo setor, como: o setor de administração dos RH e dos recursos financeiros que devem ser alocados e de efetivamente serem utilizados para fazer funcionar esta máquina gigante. Com recursos limitados se faz necessário e importante promover uma melhor gestão administrativa organizacional e financeira na saúde para otimizar recursos e conquistar bons resultados. Há hiatos importantes com diversos pontos de estrangulamentos que envolvem todo o contexto da administração geral, especialmente aqui reiteramos o RH médico como o prestador destes serviços em saúde. Consideramos o setor de RH médico como “*sendo ele o mais importante a ser considerado*”(15) o que pode ainda pelo fato de ser o “coordenador” de uma equipe multidisciplinar de saúde somar a sua realidade mais uma carga maior de estresse pelas características que são pertinentes e que impõem nos coordenadores de forma geral. Obviamente que a classe médica não é a única participante como prestadora de serviços deste importante setor, mas com certeza o seu motor principal. Os RH são o ponto nevrálgico das ações desempenhas na saúde e muitas vezes são negligenciadas nas organizações, muitas delas o tratando como “um inimigo, um adversário” deste processo, e esta postura pode trazer indiretamente risco para a organização. A classe médica constitui um potencial positivo ou um potencial de risco, portanto necessita de uma visão ampla que deve ser abordada para um bom gerenciamento.

“From a broad perspective, human resources risk refers to all intended and unintended employee-related events, which determine the level of organizational goal attainment. Hence, the risk factors could include individual characteristics of employees, their unpredictable behaviors, actions, decisions or day-to-day situations that may have a negative impact on companies.”(16)

Os fatos decorrentes e postos na pesquisa de campo, suas análises e conclusões no campo da bioética irão demonstrar ao longo da apresentação deste trabalho que inexoravelmente é encontrada uma conexão visceral entre elas, as condições que são definidas pela QVT e o sentimento e entendimento sobre a bioética. A própria existência da relação bioética *versus* médico-paciente é fundamental para o bom trabalho da própria medicina. Existem gargalos na sua inserção no ambiente profissional que constituem fatores que podem no contexto do seu dia a dia alterar seus sentimentos e compreensão no campo da bioética na relação médico-paciente. Até é possível perceber o envolvimento dos pacientes e suas manifestações em relação aos entendimentos relativos aos seus aspectos organizacionais que podem interferir na relação médico-paciente. *“The findings show that the main factors for engaging patients in their own safety can be summarised in four categories: illness; individual cognitive characteristics; the clinician-patient relationship; and organisational factors.”*(17) Especificamente, este tema é tratado em seu universo de trabalho com a presença de pacientes, onde os problemas que envolvem aspectos da QVT estão inseridos em sua prática diária.

Neste ambiente de prestação de serviços a classe médica desempenha o papel de “fabricar o produto” dentro deste setor de saúde. Segundo McCarthy que popularizou esta ferramenta de marketing, os 4Ps: produto, preço, ponto (distribuição e logística), e promoção (propaganda e demais ações de apresentação do produto); onde faz a colocação de que o produto, no caso o produto da prestação de serviços médicos, como sendo o mais importante deste Mix Marketing.(2)

Sendo *“o produto na área de serviços médicos, é elaborado e concretizado no momento da prestação de serviços, portanto no ato da assistência médica, na relação médico-paciente na sua interação com o meio ambiente.”*(2), e tendo sua qualificação diretamente relacionada, por analogia, com a QVT, o que denota que a relação QVT e AM possuem uma interferência mútua e simbiótica.

A relação médico-paciente é aplicada no Brasil dentro do CDC por ser um produto, prestação de serviços médicos, e remunerados por tal, seja na espera privada quanto pública com todas

as suas consequências legais. Na medicina é preciso entender dois conceitos: consumidor e fornecedor de serviços. Pela ótica da atividade médica, podemos conceituá-los: Consumidor (art. 2º do CDC): pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza serviço como destinatário final, e Fornecedor (art. 3º do CDC): pessoa física (profissional liberal) ou jurídica (estabelecimento de saúde, como hospitais, clínicas etc.) que desenvolvem atividades de prestação de serviços(18).

Além disso, entra nessa relação à remuneração, que é o que acarreta a obrigação e a responsabilização do profissional diante de eventuais danos provocados ao consumidor. O paciente é um consumidor, pois se aproveita diretamente dos conhecimentos do profissional da área médica, que é remunerado pela prestação do serviço privado ou público. Por isso, a relação médico-paciente é uma relação de consumo.

Na ciência da administração o marketing é sua principal subdivisão, que está voltado para assuntos do desenvolvimento de produto, sua promoção (propaganda), logística e valores (preço), valores estes que no campo médico são denominados honorários. Fato que não é simplesmente uma alteração da sua denominação, uma pura semântica, mas um substantivo que espelha a atividade médica diferenciada através do AM, e requer dele todo um cuidado especial também embasado em comportamento ético próprio que são formalizados e estão sob a égide do código de deontologia médica, o Código de Ética Médica – CEM, no caso brasileiro pelo CFM, e paralelo em Portugal pela Ordem dos Médicos.

No setor da saúde, especificamente aquele pertinentes aos serviços médicos, o produto é consubstanciado através de ações advindas do AM (o AM é a ação de construir/fabricar na vasta área da saúde um produto denominado serviços médicos junto aos pacientes/consumidor). Não existe AM sem pacientes, como também não existem os serviços médicos sem os médicos. Numa proposta para o desenvolvimento e promoção deste produto (prestação de serviços médicos) passa ele a ser desenvolvido através de um aprimoramento de ações técnicas específicas para sua melhor qualificação e apresentação junto ao seu público alvo (pacientes - o cliente externo). Um produto convencional e o produto na assistência médica diferem por estar este último envolto na sua concepção e abordagem para o seu público alvo embasado no seu aspecto extremamente ético. O produto

assistência médica não é um produto qualquer, ele está sempre caminhando com os conceitos e práticas éticas do início ao fim. Portanto, na área do marketing o desenvolvimento do produto assistência médica para melhor apresentação junto aos pacientes deve sempre estar agregado numa concepção essencialmente bioética. Com toda a certeza pela sua humanidade indiscutivelmente ele está num patamar bem acima dos demais produtos abordados no mundo da administração e marketing. Quando está em discussão a qualificação do produto prestação dos serviços não podemos esquecer que o “fabricante” deste produto assistência médica é realizado através de ações profissionais específicas da classe médica, o AM, na sua essência e roupagem específica sob a égide do CEM. Portanto, tudo que pode interferir neste “fabricante”, conseqüentemente interfere no resultado final do produto prestação de serviços médicos específicos. Este produto, assistência médica, pode ser modificado alterando o ambiente laboral do seu agente formulador. O médico sofre influência positiva direta do seu meio ambiente quando qualificado através da existência de uma boa QVT, tema deste trabalho científico, e que ocorre também de maneira inversa; ou seja produto mal formado, ambiente sem ou comprometida QVT. Toda criação, desenvolvimento e aspectos gerais do produto assistência médica se encontram diretamente ligados ao desenvolvimento e suporte para o RH médico. É através de propostas positivas que estão inseridas num das vertentes do marketing, que é o endomarketing, ciência que aborda os processos pertinentes ao cliente interno, neste caso o médico. O endomarketing (Internal Marketing) é uma solução para melhor qualificar o trabalho do médico promovendo o aperfeiçoamento da QVT, e diretamente promovendo a melhora do produto final, assistência médica, com qualidade tendo como sempre o seu objetivo principal focado nos pacientes.(19) É fundamental para a boa prática médica criar verdadeiras políticas de desenvolvimento do seu RH pela ciência do endomarketing, que deve ser embasada nos pilares e práticas éticas para melhor qualificar a QVT mantendo sempre uma interação entre o corpo clínico (RH) das instituições e os técnicos em administração de serviços em saúde, para uma melhor promoção da qualidade destes programas de intervenção positiva pelo endomarketing.(20)

Esta abordagem técnica no campo da administração e marketing regados com os instrumentos necessários preventivos a serem definidos com uma boa política de endomarketing focadas nos RH da saúde pode ser também realizada junto com a situação

similar que iremos discorrer a frente quando tratamos do período da pandemia pelo Covid-19.(21,22)

2.3) Bioética, ética, deontologia e moral

Pela importância em esclarecer possíveis dúvidas quanto à definição do que seja bioética e outros substantivos dentro do contexto maior que envolvem o tema. Segue abaixo as definições:

A Bioética (grego:*bios*, vida + *ethos*, relativo à ética) é o estudo transdisciplinar entre Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Filosofia (Ética), e Direito (Biodireito) que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da Vida Humana, animal e ambiental.(23) Considera, portanto, questões onde não existe consenso moral como a fertilização in vitro, o aborto, a clonagem, a eutanásia, os transgênicos e as pesquisas com células tronco, bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e aplicações na área da saúde.(24)

Conforme Nunes, “*a bioética eclodiu como um grito de alerta vibrado por médicos e biólogos, face às incríveis possibilidades das novas tecnologias. Perante os novos poderes que a ciência dá ao homem sobre a vida e sobre si próprio, é imperioso que a sociedade tome consciência de todas as suas consequências em longo prazo e, num diálogo transdisciplinar e pluralista, aberto a um público cada vez mais informado, tome todas as decisões necessárias para evitar a degradação da vida e da terra, possibilitando a sobrevivência do homem no nosso planeta e dar-lhe um futuro autenticamente humano. Bioética é opção da sociedade sobre os comportamentos e aplicações tecnológicas que lhe convêm. É expressão da consciência pública da humanidade. É charneira (unidas) entre o possível e o conveniente. Entre tecnologia galopante e humanidade imprescindível. A bioética*

recolhe do passado, todo o saber adquirido pelas ciências médicas ao longo dos tempos e transforma-o em sabedoria. Mas tem em mira o futuro, em longo prazo, da humanidade.”(25)

Deontologia Médica, sua definição de ética aplicada ao médico (Ética biomédica – deveres), ordenado por Código de Ética Médica de Portugal é:

“CAPÍTULO I PRINCÍPIOS GERAIS Artigo 1.º (Deontologia Médica) A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história e tem a sua primeira formulação no código hipocrático. CAPÍTULO I PRINCÍPIOS GERAIS Artigo 1.º (Deontologia Médica) A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história e tem a sua primeira formulação no código hipocrático.”(26)

Moral significa “moral” substantivo feminino. *Preceitos e regras estabelecidos e admitidos por uma sociedade que regulam o comportamento das pessoas que fazem parte dessa sociedade. Leis da honestidade e do pudor; moralidade. [Informal] Qualidade do que se impõe, influência ou exerce certa soberania em relação a: não tinha moral para falar do adversário. [Filosofia] Parte da filosofia que trata dos costumes, dos deveres e do modo de proceder dos homens nas relações com seus semelhantes. Adjetivo: Que está de acordo com*

os bons costumes, que explica, disciplina, ensina. Em conformidade com o considerado ético, legal, correto. Que é próprio para favorecer os bons costumes. Refere-se às regras de conduta, ao âmbito do espírito humano. Que significa um comportamento delimitado por regras fixadas por um grupo social específico. Relativo ao espírito intelectual em oposição ao físico, ao material substantivo masculino Estado de espírito; disposição de ânimo. Etimologia (origem da palavra moral). A palavra moral deriva do latim "moralis", com o sentido do que se referem aos costumes, hábitos.(27)

2.4) Padrões biológicos humanos de saúde e desempenho laboral

Há uma infinidade de estudos que determinam a necessidade adequada do sono, como também aqueles estudos divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) onde ele está diretamente relacionado com o desempenho profissional, já que seu comprometimento leva a um aumento dos acidentes, alteração da pressão e hormônios, interfere nos efeitos do desempenho cognitivo, na motivação humana, provocam alterações cardiovasculares, na saúde mental com a presença de depressão, ansiedade, além do comprometimento do sistema imunológico, renal, gastrointestinal, musculatura esquelética, e contribui para o uso do álcool e de substâncias ilegais de ação central, aumento da mortalidade e suicídio. *“Other studies have been focused on how sleep loss affects neurobehavioral functions, especially neurocognitive performance.”(28)*

O desempenho cognitivo deficiente como o comprometimento da motivação e da saúde mental constituem alterações na saúde dos profissionais da classe médica, fato que pode atingir diretamente o entendimento adequado da bioética junto aos pacientes. Neste quadro de comprometimento da saúde pode também repercutir diretamente nas ações técnicas necessárias para o bom desempenho global das suas atividades profissionais junto aos pacientes, já que todas as ações vindas das manifestações cerebrais desempenhadas pelos profissionais da saúde dependem da cognição e da saúde mental para sua efetivação a

contento. Como exemplo na Inglaterra, onde há uma medicina com boa inserção profissional, há 80% dos médicos correm alto risco de sofrerem a SB. *“A majority of doctors (80%) in our survey were at high/very high risk of burnout with junior doctors most at risk. Burnout was driven mostly by exhaustion rather than disengagement from one’s role as a doctor.”*(29)

“The largest and most comprehensive systematic review and meta-analysis assessing the association of burnout with the career engagement of physicians and the quality of patient care, summarising results from 170 observational studies with 239 246 physicians Physicians with burnout are up to four times more likely to be dissatisfied with their job and more than three times as likely to have thoughts or intentions to leave their job (turnover) or to regret their career choice Physicians with burnout are twice as likely to be involved in patient safety incidents and show low professionalism, and over twice as likely to receive low satisfaction ratings from patients.”(30)

Lá também a classe médica, em 30 a 40%, possuem problemas de saúde mental com fortes evidências de serem decorrentes do seu ambiente e trabalhos específicos. Isto é uma realidade significativa e triste para a classe médica inglesa.

“This report offers robust evidence that many doctors in the UK are struggling with their mental health. The prevalence of mental health problems in medicine is considerably higher than in the general working population. Although the actual proportion varies according to speciality, between 30% and 40% of UK doctors are experiencing burnout (particularly emotional exhaustion) and work-related stress.”(31)

O pouco sono, abaixo de 6 horas diárias, para um padrão básico normal de 7 a 8 horas, tem efeito direto e devastador sobre a saúde. *“Por outro lado, um indivíduo portador de distúrbio*

do sono provavelmente sofrerá consequências no trabalho devido à má qualidade do sono”.(32) Sendo que está constatado por estudos de meta-análise que o sono de pouca duração, abaixo de 7 horas, pode comprometer a saúde conforme foi citado acima.

“Current evidence supports the general recommendation for obtaining 7 or more hours of sleep per night on a regular basis to promote optimal health among adults aged 18 to 60 years. Individual variability in sleep need is influenced by genetic, behavioral, medical, and environmental factors.”(33)

Há publicações que demonstram cabalmente as evidências do déficit de sono nas jornadas diárias de trabalho, decorrentes tanto por excessos de horas laborais durante a semana, quanto pelas horas contínuas. Fatos que ocorrem de forma frequente no mundo laboral da classe médica. Foi verificado que *“89,2% dos médicos que responderam o questionário trabalham mais de 45 horas semanais, e só 21,7% dos que trabalham 24 horas no serviço de urgência têm o dia seguinte livre”*,(2) e outro dado mais atualizado onde *“16,6% cumprem jornada de 80 horas ou mais e 75,5% dos médicos trabalham entre acima de 40 horas semanais, e até maior o igual a 80 horas semanais”*,(34) o que fisiologicamente constitui fator real de estresse físico e mental. Por requerer muita atenção e alto nível de especialização nos procedimentos as ações médicas, AM, requerem muita atenção e raciocínio. É uma realidade diária que pode levar o profissional médico a manifestar não só o estresse, mas evoluindo para uma SEP/SB, com *“21,6% dos profissionais de saúde apresentaram burnout moderado e 47,8% burnout elevado”*.(35) Hoje a maior parte da classe médica está composta de profissionais estressados.

“[...] É caracterizado pela sociedade no seguinte quadro social: não é um ser dotado de necessidades e limites, é onnipresente, sempre disponível e bem-humorado qualquer que seja o grau de exaustão, não falha e não tem de receber mais do que o prazer de dar. No bom profissional a dedicação à arte e aos outros é, neste olhar, total e,

como tal, a onisciência e onipotência estão garantidas. Este é o mau princípio que gera o trágico fim: o médico que sucumbe.”(36)

“Sumariam-se os factores de stress na medicina e os de vulnerabilidade dos médicos, que se aliam, contribuindo para fazerem do médico um dos profissionais de maior risco para o distress laboral, com consequências graves para o próprio, para os utentes e para a comunidade. Salienta-se que, até agora, a norma tem sido a denegação destes problemas nos médicos, avolumando-se no silêncio o sofrimento emocional e os desfuncionamentos relativos ao burnout, muitas vezes com responsabilização da vítima. Justifica-se a necessidade de implementar com urgência e rigor programas específicos preventivos e curativos, neste âmbito, para médicos, de forma a proteger o profissional e dignificar a pessoa.”(37)

“A partir dos dados levantados pela Associação Médica Brasileira (AMB) com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o perfil médico brasileiro identificou como sendo: 83,7% (2014) destes com dedicação exclusiva nas atividades médicas; 48,5% com mais de 3 vínculos empregatícios; 75,5% com as cargas horárias entre 40 e 80 horas semanais; 62,4% com remuneração até R\$ 16 mil reais” [...] “Um quarto dos médicos até 35 anos trabalha 80 horas ou mais (Tabela 26). O grupo que trabalha de 40 a 60 horas por semana é o que concentra maior número de médicos, em todas as idades, sejam homens, sejam mulheres. Entre 37% e 47% desses profissionais trabalham este número de horas. Na faixa de idade intermediária – entre 35 e 60 anos –, 16,6% cumprem jornada de 80 horas ou mais”. [...] Sendo que 75,5% dos médicos trabalham entre acima de 40 horas semanais, e até maior o igual há 80 horas semanais” [...].(34)

“[...] 82% dos médicos pesquisados positivamente esta pergunta. [...] Um grande problema da saúde no Brasil é a gestão deficiente e a desorganização do sistema de saúde”.(38)

“[...] The UK’s National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) released guidance on Nov 5 for employers about promoting mental wellbeing by the provision of productive and healthy workplaces. Such workplaces, obviously, include hospitals and clinics. NICE recommends the adoption of an approach to promote mental wellbeing, putting in place a system to monitor such wellbeing, and the provision of flexible working. The guidance recognizes that work has an important part to play in the promotion of mental wellbeing, and that having a workforce that is mentally well will lead to economic benefits for the organization, by increasing job commitment and satisfaction and staff retention, raising productivity, and reducing absenteeism [....].”(39)

“At the Global Forum of Health Leaders in Taipei, Taiwan on Nov 9, Dana Hanson, President of the World Medical Association, spoke about ‘silent desperation’ among some doctors. He urged the profession and governments to pay more attention to stress and burnout among doctors, especially to remove the stigma that burnout brings. Hanson concluded that healthy doctors meant healthier patients, safer care, and a more sustainable workforce. “Physicians”, he said, “should not have to choose between saving themselves and serving their patients”, adding “many physicians were inwardly burning.”(40)

Mesmo não fazendo na pesquisa uma distinção do que seja exclusivamente a presença do estresse, ou algo ainda maior como uma SEP/SB, onde além dos sintomas do referido estresse, há a presença do sentimento de desamparo e da desesperança, neste último caso

mais intenso que no estresse, ambas as nosologias são caracterizadas por um quadro não saudável das condições físicas e mentais do ser humano médico.

“Being that burnout may sound a lot like stress, it is important to realize that they are not one in the same. While stress is characterized by over-engagement, burnout is characterized by disengagement. Stress ultimately produces urgency and hyperactivity, whereas burnout produces helplessness or hopelessness. And although stress may cause a loss of energy and anxiety disorders, burnout often involves loss of motivation, ideals, and hope.”(40)

2.5) Médicos, Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de *Burnout*

A cada dia a SEP/SB se apresenta mais fortemente na vida dos médicos pelas suas condições de trabalho as quais são submetidos.

“Burnout is a psychological term that refers to long-term exhaustion and diminished interest work. Burnout was first defined by Freudenberg (1974) and involves feeling of failure and exhaustion resulting from excessive demands on a person’s energy with insufficient reward for the effort. Burnout has been assumed to result from chronic occupational stress (e.g., work overload). However, there is growing evidence that its etiology is multi-factorial in nature, with dispositional factors playing an important role.”(40)

Não só os fatores individuais, mas também as características decorrentes dos próprios fatores situacionais já que as manifestações identificadas na pesquisa são pulverizadas e aleatórias constituindo também base para o surgimento desta síndrome de estresse. As organizações e os ambientes do trabalho tem atingido como um todo o setor da classe médica.

2.6) Classe médica e suicídio

O suicídio é sem dúvida um fato médico de extrema gravidade, um caso de saúde pública e causa comoção a todos. A classe médica, fazendo parte também destas estatísticas os estudantes de medicina, são mais atidos a esta nosologia do que a população em geral. Fato que colabora ainda mais para espelhar o nível de estresse profissional do qual estes valorosos operários da saúde estão sendo submetidos.

“Por isso, em termos de saúde mental e devido às preocupações inerentes à profissão, a categoria médica constitui população de risco para vários distúrbios de comportamento, crises e tentativa de suicídio. Esse fato é comprovado pelo número crescente de acadêmicos de Medicina e médicos que optam pela interrupção de suas carreiras, e muitas vezes da própria vida, por causa de transtornos psíquicos.”(41)

Pelo fato de ser médico frequentemente fica para ele difícil realizar uma abordagem e identificar seus próprios sinais depressivos que podem levar ao suicídio, talvez pelo sentimento de ser obrigatoriamente o “super-homem”, de não aceitar estar do outro “lado da cadeira”. Enfim, o médico tem maior dificuldade de se apresentar com a possibilidade de estar doente do que a população em geral. Fato também que a classe médica tem conhecimentos, mesmo que imprecisos quando não especialista da área, tem acesso aos psicofármacos que muitas das vezes são utilizados de forma não adequada pela automedicação. A classe médica tem um percentil de suicídio superior em mais do que três vezes ao da população em geral, o que pode traduzi-la como uma verdadeira profissão de risco.

“O risco de suicídio é quase sempre reconhecível e previsível. Esforços precisam ser feitos para melhorar o diagnóstico,

terapêuticas e prevenção daqueles médicos que fazem gestos ou tentativas de suicídio, e, muitas vezes, com sucesso. Sabemos que tentativas e atos suicidas são gritos de ajuda desejos de comunicação que precisam ser respondidos direta e imediatamente. A falta de controle pode, muitas vezes, conduzi-lo para comportamentos impulsivos ou imaturos e, possivelmente, para o suicídio.”(41)

“Assim, apesar de a taxa de mortalidade bruta dos médicos (2,5/1000) aparentarem ser menor que a da população geral (6/1000), ela não foi ajustada por faixas etárias e reflete a desproporção do crescimento da população de médicos quando comparado à população geral. Enquanto o crescimento populacional dos médicos entre 2008 e 2009 foi de 3,7%, o crescimento da população geral brasileira foi de 1,4% (WHO, 2009). Além disso, médicos passam a fazer parte da população de médicos, geralmente, durante a terceira década de vida apenas.”(43)

“Doctors across the world work in stressful conditions, often making life or death decisions under considerable pressure. With changes in patient and societal expectations, these pressures continue to rise. For several decades, it has been illustrated that rates of psychiatric disorders, especially suicide, are considerably higher in doctors than the general population. We performed a comprehensive literature search of suicide in doctors. Using defined terms (suicide, self-harm, doctors, physicians, residents) in PubMed, we identified pertinent articles for review. We find that suicide in doctors is influenced by exposure to the physical and emotional distress endemic to the profession. These experiences may be compounded by emotional giving to the brink of exhaustion; a lack of positive feedback; alongside workplace isolation and poor support networks. Moreover, risks may be magnified by impacts outside of work; long hours,

strained family relationships, poor work–life balance, as well as system and organizational politics. Despite this, doctors persistently avoid seeking help because of stigma against mental illnesses, stigma against themselves, and growing concerns that disclosure may impact their medical license. In many cases, doctors choose to self-medicate with prescription medications, alcohol, and a range of other substances. It is important that health services respond promptly, adequately, and sensibly to the needs of doctors in distress. Organizations including regulators have a moral responsibility to care for the wellbeing of its staff. A proactive approach to well-being, through training, and support will not only benefit doctors but also the patients who utilize their services each day.”(44)

A situação do Covid-19 levou a categoria médica não somente no Brasil, mas com certeza em outros locais do planeta, testar suas capacidades além dos limites humanos.(44) Os médicos, apesar de terem suas vidas com o risco rotineiro em suas atividades; tanto que recebem no Brasil uma gratificação incorporada ao seu salarial chamada de Insalubridade; foram acrescidas neste período por mais este motivo real de morte em permanecer com suas atividades médicas juntos os pacientes contaminados pelo Covid-19. Quais os motivos da sua permanência em manter suas atividades laborais durante a pandemia tão letal pelo Covid-19? Somos parceiros daqueles que acreditam que a resiliência faz parte da classe médica desde o seu princípio, no abraçar da sua escolha profissional, como sendo ela mais um fator diferencial desta profissão. A medicina tem uma formação humanística acadêmica que mantém fortemente acesa a chama do espírito samaritano, com a presença diária do lido e resgate da saúde dos seus pacientes, tempo onde a fragilidade humana é mais evidente, seu compromisso ético e social, são todas constatações que reforçam a tese da superação individual de cada médico que enfrentou de forma firme esta catástrofe que abateu sobre a humanidade nesta segunda década do século XXI.(45) Medicina é a profissão da vida.

2.7) Da legislação trabalhista

Apesar de ter sido contemplado na legislação brasileira dentro do quadro geral relativo ao exercício de atividades laborais da duração das atividades, seus intervalos, etc., ela pouco é cumprida na sua essência. Conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Decreto-lei nº 5.452 de 01-05-43, DOU de 09/08/1943; Art. 58, “*A duração normal do trabalho, para os empregados em qualquer atividade privada, não excederá de 8 (oito) horas diárias, desde que não seja fixado expressamente outro limite*”.(46) Segundo a CLT, atualização Lei nº 6.637 de 08-05-1979, DOU de 10-05-1979; Art. 225 “*A duração normal de trabalhos dos bancários poderá excepcionalmente prorrogada até 8 horas diárias, não excedendo as 40 (quarenta) horas semanais, observados os preceitos gerais sobre a duração do trabalho.*”(46)

Os médicos não só no Brasil, mas também em outros países, como os EUA, país onde há um dos maiores investimentos de recursos para a saúde em relação ao PIB, possui um quadro precário semelhante em relação ao sono no trabalho como médico.

“During these five years, 55.5% of internal medicine training programs granted leaves of absence to medical residents because of emotional impairment; an average of 0.9% of internal medicine house staff required leaves of absence, with the rate twice as common in female residents. Most impaired residents recovered and apparently did well, for 79% continued in medicine. However, 10% completely dropped out of medicine and 2% had a successful suicide; an additional 3% attempted suicide unsuccessfully.”(47)

2.8) A classe médica, interação laboral, bioética e construto pessoal

Reiteramos que o setor de prestações de serviços em geral é um trabalho de produção não material, impalpável, sem estoque, e embasa como seu motor fundamental nesta produção a

presença inexistível do RH sem o qual ele não existe. O RH é a essência também das organizações prestadoras de serviços em saúde, sejam elas privadas ou públicas. Em atividades humanas baseadas na produção, como é no setor de saúde, que são realizadas pela classe médica através do exercício do AM, qualquer interferência positiva ou negativa no seu exercício interfere no resultado desta produção, da qualidade final deste produto que é dirigida ao paciente, seu consumidor final. Qualquer que seja o produto, tanto no setor de prestação de serviços, como na indústria, no comércio, etc. carregam consigo o conceito da qualidade, do bom produto de determinada indústria, do bom comércio de determinada empresa, assim por diante. Então, o produto prestação de serviços médicos também pode ser classificado como um bom ou mau produto, e estar sujeitos às normas do CDC por ser um produto de consumo e remunerado. Um produto qualquer que pode ter em sua composição um material inadequado, de qualidade duvidosa, comparativamente o mesmo pode ocorrer com o “produto final” na prestação de serviços médicos que surge a partir da produção feita por um dado médico (AM), num dado momento, num dado local. Consequentemente, tudo aquilo que interfere na pessoa do médico, que é o cliente interno das organizações prestadoras de serviços médicos, deve impactar no resultado final do produto de uma organização. Assim, por um princípio da razoabilidade e ponderação podemos relacionar que para uma produção de qualidade na prestação de serviços médicos seja fundamental que este cliente interno, o médico, tenha uma boa QVT para suas tarefas. Os recursos humanos são os clientes internos das organizações(2).

“Tendo como primordial o médico como peça central e ator principal para o desenvolvimento destes serviços nas organizações, este fato não exclui a grande importância da participação dos diversos profissionais que fazem parte das equipes multiprofissionais integrantes do universo profissional da saúde.”(48)

“A gestão dos recursos humanos através das suas atividades desempenha um papel fundamental em toda a organização. O desenvolvimento de processos para implementação da qualidade deverá sustentar-se em maior ou menor grau na gestão de recursos

humanos, para se puderem atingir os objetivos de melhoria do desempenho organizacional em todas as suas vertentes.”(49)

Sendo o médico um ser social e diretamente influenciado pela sua interação com o mundo que o cerca, também extensivo para o seu contexto laboral, os reflexos destas interações e suas influências diárias podem modificar sua cultura, pensamento e consequentemente suas ações práticas. Assim, sua expressão laboral entrelaçada no conceito imaterial e impalpável da bioética é refletida dentro do seu espaço relacional construído a partir desta interação de um construto pessoal contínuo de pensamentos e ações. Sua expressão humana é manifestada como médico no seu *locus* de trabalho, sendo ele o espelho e reflexo destas influências, com intensidades e “cores” diversas – pertinentes à evolução da sua vida laboral. *“Sua expressão laboral se concretiza através da sua praxis médica junto ao “objeto” do seu lido profissional, o paciente.”(50)* Como o ambiente do trabalho está diretamente ligado aos processos para a execução do AM, ele influencia o médico, como também é real nesta relação que o ambiente de trabalho é influenciado pelo médico, num construtivo contínuo de interações.

“When physicians are unwell, the performance of healthcare systems can be suboptimum. Physician wellness might not only benefit the individual physician, it could also be vital to the delivery of high-quality health care. We review the work stresses faced by physicians, the barriers to attending to wellness, and the consequences of unwell physicians to the individual and to health-care systems. We show that health systems should routinely measure physician wellness, and discuss the challenges associated with implementation.”(51)

A medicina não existe sem o paciente. Ele é a base e o motivo profissional da classe médica, como também pela demanda dos serviços em saúde. Além disso, o próprio desenvolvimento da medicina é parcialmente responsável pelos próprios problemas que se acumulam em consequência do aumento da população mundial gerado por este desenvolvimento. Nesse contexto, também foram criadas distorções importantes, gerando gargalos para os

profissionais da área médica nas organizações nacionais. O Brasil possui mais de 451.777 *médicos*, muitos dos quais fizeram parte deste estudo.(38)

“Healthcare professionals are frequently exposed to occupational stress, especially due to overwhelming emotional and interpersonal interactions.”(52)

Pelo tamanho continental do Brasil, suas características regionais díspares e a sua complexidade que envolve o sistema de saúde faz com que a inserção dos médicos neste sistema seja um grande desafio na gestão do RH médico.

2.9) A classe médica é de fato profissionais de estado

O campo da medicina privada é extenso, *“são 4.267 hospitais com 260.695 leitos privados, contra 2.435 hospitais com 149.530 leitos públicos/SUS,*(53) mas é o estado brasileiro, o setor público, que deve ser considerado “o grande empregador”, “o grande patrão”, da classe médica brasileira. Quase 90% da classe médica está vinculada aos hospitais, centros de saúde, policlínicas, ambulatorios, universidades, etc. públicos – serviço público de saúde. Corretamente os dados demonstram que *“são 84,5 % do total da classe médica brasileira”*(34) têm um ou mais empregos públicos sob algum tipo de contrato, e *“48,5% da classe médica brasileira está com mais de três vínculos de trabalho”*.(38) Este trabalho aqui apresentado foi feito através de uma pesquisa quali-quantitativa que são acrescidas com publicações das mazelas apresentadas nas distorções dos ambientes laborais da *praxis* médica na execução das ações médicas – AM. A soma de tudo isto pode ser extraída dentro de um pensamento razoável e lógico – no conceito da razoabilidade, chegarmos a algumas conclusões e sugestões que passarão a ser explicitadas neste trabalho científico. Dentro desta realidade, como sendo “o médico estatal”, denota que é neste setor, o público, como sendo o maior responsável pelas questões do comprometimento da saúde do trabalho médico que pode desencadear, como exposto acima, uma SEP/SP. É sabido que o setor público goza de um tradicional exemplo de má gestão administrativa, o que torna o problema um grande nó

a ser desatado. Como um exemplo desta afirmativa vem o fato da dificuldade na gestão dos serviços de saúde que não é contemplado na integralidade do sistema.

“Constatamos que a maior parte dos entraves para a melhoria dos serviços prestados no espaço do SUS diz respeito ao predomínio do modelo médico assistencial curativista no fazer/pensar saúde dos profissionais. Rompendo com essa lógica, a integralidade da atenção, a reorganização tecnológica e a clínica ampliada defendem uma maior aproximação entre profissionais e usuários, na medida em que, as ações passem a ser orientadas pelas necessidades dos indivíduos e coletividade, rompendo com a imposição vertical das condutas. Sendo assim, a clínica tradicional biologicista precisa ser desconstruída e deve-se romper com a lógica do sofrimento manifesto e da queixa-conduta.”(54)

Todos os fatos podem ocorrer no âmbito de prestações de serviços médicos, tanto os privados quanto nos públicos. Os diversos problemas que afligem a saúde brasileira há décadas são notórios e com divulgações diárias durante todo o decorrer do ano nos diversos meios de comunicações do país, tanto nos locais como naqueles com abrangência no nível nacional. Acreditamos que a apresentação diária desta realidade no trabalho do médico está fortemente relacionada com o processo da gestão administrativa e seus correlatos nestes serviços como um todo. Como é propalado pelos próprios governos como sendo os RH um dos três principais fatores, juntamente com os recursos financeiros e a deficiente educação da população, como aqueles responsáveis para explicar a existência caótica em que vive este primordial e gigante setor socioeconômico da humanidade.

Dentro deste contexto a QVT o médico é parte importante na definição da qualidade no atendimento da população. Portanto, o fato pode indicar que a deficiência na gestão dos serviços médicos, que são pilares da sua base, influencia negativamente na QVT. Esta percepção junto ao mundo laboral pode ser vista de maneiras diversas podendo contextualizar, modificar e conduzir uma *praxis* laboral médica que pode produzir uma

interferência negativa na relação médico-paciente no que diz respeito ao seu sentimento e entendimento da bioética, já que os médicos estão inseridos neste contexto.

A pesquisa propõe uma relação íntima entre o sentimento e entendimento da bioética e QVT, buscando uma perspectiva integrada e relacional que leve em consideração as condições de trabalho dos médicos e sua repercussão neste campo.

2.10) O ambiente laboral da classe médica

Há um número significativo de pesquisas no mundo que focam aspectos na relação da classe médica em seu ambiente de trabalho voltado principalmente para os pacientes, mas menor para aquele voltado para o médico. “O olhar para o outro lado da mesma moeda”.

Através de uma análise comparativa dos resultados da pesquisa e referências com a QVT podemos deduzir em que pesa os aspectos que envolvem as características impostas no trabalho do médico, que elas podem provocar distorções no campo laboral implicando comprometimento, mesmo minimamente, no campo do sentimento e entendimento da bioética que pode ser aplicada relação médico-paciente. Citando um único fato aquele da havida e comprometedora necessidade biológica do sono onde, de forma não rara, não são respeitadas no ambiente laboral da classe médica.

Podemos sinalizar uma relação direta entre a boa prática da gestão de RH e a QVT do médico, já que este também pode ser relacionado como um trabalhador de outro setor da atividade humana, respeitando as suas peculiaridades.

O binômio trabalho versus gestão de serviços médicos contribui num dado momento histórico para a definição do que seja a boa ou má qualidade do ambiente de trabalho médico. Levantamentos realizados junto à classe médica têm constatado um prejuízo constante da sua QVT, é uma realidade que também ocorre em outras partes do mundo.

A QVT nas organizações como fator influenciador na produtividade dos seus colaboradores.
Segundo Arruda, Dalpino e Nascimento(55)

“O que mais desejamos na vida é felicidade, busca antiga do homem. Porém, para ser feliz, é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com seu trabalho, e tudo isso compreende qualidade de vida. É interessante avaliarmos o conceito de empresa feliz apresentada por Matos (1996), cujos valores são muito próximos aos indicadores de QVT: aquela que oferece as condições motivacionais à plenitude da realização humana, ou seja, um clima estimulador à participação e à criatividade, canais abertos de comunicação e expressão, exercício regular da delegação de autoridade e do trabalho em equipe, incentivos ao desenvolvimento da capacidade de liderança, reconhecimento ao esforço empreendedor e à obtenção de resultados. Isto é, a empresa feliz é a empresa bem administrada.”

Segundo Maluf(2) também refere que a QVT pode influir na qualidade da relação médico-paciente.

“Os desafios de uma gestão administrativa que vise à melhoria da autonomia profissional do médico e de suas condições de trabalho têm reflexo direto nos recursos humanos com que ele lida. Pode-se verificar, pelos estudos realizados, que esses fatores podem influir e determinar a qualidade na relação médico-paciente e, conseqüentemente, na assistência médica. Portanto, são capazes também de definir qualitativamente um dos elementos do marketing: o produto. Considerando-se que a assistência médica consubstancia-se dentro da relação médico-paciente, que é a essência da Medicina, o aprimoramento dessa relação deve traduzir-se no aperfeiçoamento da ética médica e do marketing de serviços, tendo em vista seu cliente principal e consumidor: o paciente.”

Uma solução para mitigar os problemas daí decorridos e promover a melhora do quadro mental dos profissionais da saúde, segundo Fortney et al.(56) é a aplicação do treinamento em *mindfulness* que é a palavra que pode ser traduzida como “atenção plena”, é a prática de se concentrar completamente no presente. Em atenção plena, as preocupações com passado e futuro dão lugar a uma consciência avançada do “agora”, que inclui percepção de sentimentos, sensações e ambiente, e é a prática de estar ciente de seu próprio corpo, mente, sentimentos e pensamentos para criar um estado de paz e tranquilidade. Alguns sinônimos são alerta, cuidado, concentração, consciência e atenção. *Mindfulness* é falar sobre observar-se sem crítica, tendo compaixão por si mesmo.

“In this uncontrolled pilot study, participating in an abbreviated mindfulness training course adapted for primary care clinicians was associated with reductions in indicators of job burnout, depression, anxiety, and stress. Modified mindfulness training may be a time-efficient tool to help support clinician health and well-being, which may have implications for patient care.”(56)

Neste contexto é permitido ter uma reflexão para com o seguinte questionamento: como se comporta o sentimento e entendimento da bioética frente à deficiente gestão dos RH médicos nos sistemas de saúde, ou seja, o comprometimento da QVT do trabalhador médico?

Considerando que frente aos problemas na gestão destes serviços a preocupação com a figura do médico se encontra muito aquém do necessário, o que se constata através das evidências de dados emanados pelo Censo Médico, publicado em 2015 pela Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM). A concretude desta realidade é feita com uma análise relacional entre uma visão dos conceitos da boa prática da administração do RH em serviços médicos e as distorções na QVT onde é submetido este profissional. Segundo Scheffer et al.(34) que faz ponderações a respeito da QVT na prática diária da classe médica atentando pelo fato de que como qualquer trabalhador passa grande parte do seu tempo diário desenvolvendo atividades laborais deixando naqueles momentos o convívio com os seus familiares e amigos; portanto mais um bom motivo para as

organizações promoverem uma melhor estrutura e ambientação para estes profissionais como forma compensatória também para estas perdas.

Para Cavassani AP, Cavassani EB e Biazin(57) a “[...] *QVT baseia-se em uma visão integral das pessoas, que é o chamado enfoque biopsicossocial. O enfoque biopsicossocial das pessoas origina-se da medicina psicossomática, que propõe a visão integrada, ou holística, do ser humano*”. Segundo, Maximiniano(58) “[...] *a componente humana da prestação do serviço assume, ainda mais do que em processos de manufatura, relevância preponderante*”. Segundo Nóbrega(59)

“o gerenciamento dos recursos humanos, denominado de Gerenciamento do Crescimento do Ser Humano, como elemento que vai permitir a capacitação e o desenvolvimento das pessoas, promovendo assim um redirecionamento (ênfase) do aporte de capital para o aporte de conhecimento, afinal as pessoas são quem fazem a organização efetivamente competitiva, desde que estejam suportadas por sistemas gerenciais eficazes”.

Segundo Ozyurt et al.(60) *“Organizational efforts aimed at increasing the level of job satisfaction among physicians could help to prevent burnout”.*

De forma rotineira e constante a atenção para uma gestão de qualidade é negligenciada, como a exemplo, da necessidade biológica do sono, que é fundamental para qualquer humano para o exercício de qualquer atividade laboral, está comprometida para a classe médica. Segundo Costa(36)

“A privação de sono tem um impacto negativo na saúde e qualidade de vida dos médicos e na sua prestação de cuidados de saúde. Indivíduos que dormem poucas horas durante a semana podem desenvolver uma dívida de sono crônica que não é perceptível face à recuperação de uma privação aguda de sono. O desempenho da vigilância psicomotora degrada-se com a restrição de sono e sofre

um declínio contínuo quando esta é grave (3 horas), principalmente naqueles que permanecem acordados durante 24 horas. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono e a qualidade de vida de um grupo de médicos do Centro Hospitalar de São João”.

Segundo Montgomery(61)

“Burnout is especially problematic for individuals who are at the frontline of their professions. The impact of this chronic condition on physicians is particularly important given that their actions are so directly linked to the mortality and morbidity of patients. The medical profession is acutely aware of this problem and many interventions have been developed to ameliorate the antecedent and consequences of burnout. However, there has been a tendency in medicine to view burnout from a pathogenic perspective which has led to solutions that seek to “treat” it either via modifications in the work environment or up-skilling for the individual (or a combination of both). All three approaches are rooted in the notion that burnout is ailment that needs a cure. Burnout should be viewed as an obvious outcome of systems that are developed within medical education and fostered all through the career of physicians. Ironically, we could view job burnout as an indicator that the system is operating ‘correctly’. Therefore, researchers need to view burnout as the by-product of a well-organized system, and congruently interventions need to address the process issues involved in the long-term development and maintenance of job burnout.”

A qualidade de vida do profissional médico tem decaído substancialmente no Brasil, como em outros países. Não é falsa esta afirmativa onde a figura do médico é uma das mais importantes no contexto dos sistemas de saúde. Os médicos não são os únicos responsáveis

pelo funcionamento e produção de serviços em saúde, mas são os principais “atores” para a realização dos processos nestes serviços. Portanto, o que afeta o médico, afeta o seu trabalho e o seu *modus operandi* frente aos pacientes. Eventos médicos recentes realizados no Brasil (23 a 25 novembro de 2016), como a Assembleia Geral Ordinária da Confederação Médica Latina-Íbero-Americana e Caribe (Confemel), em Brasília (DF)(62), a temática da SB foi destaque e reafirmada como uma realidade que não ocorre somente no Brasil, como explicou o presidente Arthur Hengerer(63) da Federação dos Conselhos Médicos dos Estados Unidos da América (FSMB). O tema da SEP/SB e suicídio de médicos foram apresentados como uma realidade não só no Brasil, mas em todos os países das Américas e Caribe.

Segundo Conselho Federal de Medicina(64) “[...] 45,8% dos médicos relatam sintomas da Síndrome de Burnout[...]” e “[...] 4.152 ações de fiscalizações dos conselhos em 2016 evidenciaram lacunas graves que afetam as condições de trabalho [...]”.

Conforme Moreira et al.(65) na sua revisão sistemática apontam, os sistemas das organizações como impactante para a produção da SB, *“Os fatores que se destacam como associados à SB são os relacionados à organização e ambiente do trabalho e à maneira como os profissionais enfrentam o stress.”*

A sociedade cobra e espera uma alta responsabilidade ética individual e coletiva da classe médica, infelizmente talvez pela desinformação, pelos aspectos culturais e políticos poucos esclarecedores das instituições médicas e do estado junto à população em geral, pode levar a uma exigência e postura do sentimento e compreensão dos aspectos que envolvem a bioética seja desproporcional, considerando a qualidade nas estruturas oferecidas para a classe médica. Exige-se muito da classe médica, e oferece pouco a ela, o que agrava em muito a sua qualidade mental, levando-o a ser um alvo fácil, como citado acima, para ser acometido por uma SEP/SB.

Esta cobrança se tornou muito maior após a Constituição de 1988, sendo mais aguda e conflituosa. As dificuldades do setor público, o grande patrão, e o setor privado da medicina brasileira, em ambos os setores há o comprometimento substantivo da QVT da classe médica

pelos mesmos e/ou outros motivos. A realidade da *praxis* diária é transformada e desconstruída de tal monta que na pesquisa pode ser demonstrada evidências deste fato que atinge diretamente o sentimento e a compreensão dos médicos para com a bioética. Segundo a Constituição Federal do Brasil de 1988. Seção II Da Saúde. Art. 196[...] “*A saúde é direito de todos e dever do Estado.*”(66)

2.11) Os aspectos dos honorários médicos

Os honorários médicos são tratados pelo Código de Ética Médica - 2018 no Capítulo VIII, intitulado Remuneração Profissional.(67)

Quanto aos aspectos econômicos, recebimentos dos honorários, da classe médica a partir das pesquisas realizadas pode-se considerar que também são importantes para definir a QVT da classe médica.

“Social and economic aspects of the burnout syndrome among medical professionals is reflected in reduced performance, low self-estimation, decreased quality of patient care, and therefore in some cases, lower medical treatment effect. Ultimately, we can observe negative consequences for healthcare professionals themselves, their families, patients, and the whole society. We hope we have highlighted the important role that burnout plays as a mechanism through which job demands and resources relate to safety outcomes and hope this will lead to further investigations of the health impairment process.”(68)

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) também trata do assunto remuneração por serviços prestados, considerando variáveis específicas por cada trabalhador e opções para a remuneração médica.

“Nosso estudo baseou-se em um referencial da teoria organizacional e em estudos sobre o trabalho médico. Entre esses destacamos os pressupostos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que tratam especificamente de sistemas e formas de remuneração. Um sistema de remuneração são procedimentos para o pagamento do trabalho a determinadas pessoas ou grupos de pessoas, comportando formas variáveis. Os sistemas de remuneração e suas variadas formas, sejam quais forem os princípios que norteiem sua elaboração, são um meio de se controlar o comportamento dos membros da organização, com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, eles podem ser um modo de garantir que os trabalhadores realizem suas tarefas de tal maneira que a organização possa alcançar seus objetivos. A OIT reconhece dois principais sistemas de remuneração: o Sistema de Remuneração por Resultado (RPR) e o Sistema de Remuneração por Tempo.”(69)

Nesta pesquisa de opinião livre e autônoma foi realizado um questionário estruturado com perguntas relativas ao tema QVT e ambiente laboral do qual iremos discorrer na sequência.

3) OBJETIVOS

3.1) Objetivo principal

- Explorar a percepção dos médicos brasileiros quanto a influência do ambiente de trabalho, diante das condições oferecidas, e relacioná-la com suas qualidades de vida e a consequente atitude profissional nos seus aspectos que envolvem o sentir e o entender sobre a bioética na relação médico-paciente.

3.2) Objetivo secundário

- Tendo em vista que o estudo ocorre no período da pandemia do Covid-19, propomos investigar a disponibilidade de EPI e, diante de estressores, buscar relacionar com a qualidade de vida desses profissionais, como também sua dimensão e analogia perante a escala de Maslow.

4) DESENHO DO ESTUDO

O estudo contempla duas pesquisas distintas que, no entanto, se relacionam entre si quanto à qualidade de vida dos médicos em seu ambiente de trabalho:

A primeira pesquisa trata-se de um desenho do estudo descrito de corte transversal e uma metodologia quali-quantitativo tendo como base os resultados da pesquisa onde a opinião dos usuários identificados, no caso em tela, para fins de investigar a percepção dos médicos brasileiros frente as relações entre a bioética, QVT e relação médico-paciente. Assim, foi coletado dados em período único no tempo buscando descrever e compreender as características do fenômeno em particular. O instrumento de coleta utilizado foi um questionário de opinião estruturado na escala Likert.

A segunda pesquisa trata-se de estudo descritivo transversal quali-quantitativo do qual os dados de acesso público foram coletados em um único momento no tempo, sendo a análise feita a partir da descrição e interpretação desses dados. Esse estudo buscou identificar tendências ou padrões para fins de analisar as condições submetidas à classe médica brasileira no seu ambiente laboral durante a pandemia do Covid-19 no que tange ao acesso de equipamentos de proteção individual (EPI).

O estudo transversal das pesquisas foram colhidos em um único momento com o objetivo de descrever através da opinião dos médicos brasileiros a sua percepção e entendimento sobre o tema da tese. No caso da primeira pesquisa mesmo que os médicos possam responder dentro de um período à frente, alguns meses, o objetivo desta pesquisa foi descrever aquele momento, e utilizando um questionário fechado, e respostas padronizadas

que permitiram colher dados, que puderam ser analisados estatisticamente para descrever o tema desta tese. Os estudos propostos estão voltados e têm o objetivo a área médica, mas neste momento caminha no campo do seu contexto e análise junto às Ciências Sociais e Humanas.

5) METODOLOGIA DA PRIMEIRA PESQUISA

Com o objetivo de proporcionar maior exatidão e robustez nos resultados auferidos desta pesquisa de campo que foi realizada através de um questionário de opinião estruturado e individualizada, utilizando do método quantitativo e qualitativo. Com isto completa com a somatório de ambos os métodos os aspectos positivos cada um deles. Quanto ao desenho do estudo trata-se de caso descritivo de corte transversal para fins de investigar a opinião dos médicos brasileiros abordando a temática: A expressão pessoal de médicos frente a bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico-paciente. Foi coletado dados em período único no tempo buscando descrever e compreender as características do fenômeno em particular. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado com questões fechadas e de escala Liket.

5.1) Etapas

Para melhor compreensão do processo de execução da pesquisa a dividimos em etapas baseando-se na cronologia dos acontecimentos.

5.1.1) 1ª fase

Dando continuidade na luta em favor da classe médica iniciada com o trabalho científico para obtenção do grau de mestre com a dissertação conclusa em 1999 pela Universidade Presbiteriana Mackenzie – São Paulo, intitulada: Marketing de Serviços na Assistência Médica: Fatores que podem determinar a qualidade,(2) sendo este doutoramento sua continuidade.

Tivemos o mesmo propósito e procuramos fazer primeiramente uma revisão prévia nos bancos de dados de referências científicas nacionais e internacionais com o objetivo de identificar publicações específicas com o tema focados na bioética e sua relação com a QVT pertinente à classe médica, e também evitar a possibilidade de plágio, fato que até o momento da publicação do artigo corresponde se apresenta como uma tese inédita. Durante o andamento do Programa Doutoral em Bioética promovido pelo convênio entre a Universidade do Porto, Portugal, e o Conselho Federal de Medicina, Brasil, foi solicitado ao meu orientador Professor Doutor Rui Nunes, e atual Diretor do programa, sua viabilidade, e tendo sua aprovação demos a continuidade na pesquisa, e posteriormente junto ao Doutor José Hiran Gallo, atual Presidente do Conselho Federal de Medicina, procurou-se a possibilidade de disponibilizar o departamento de informática da instituição, onde foi feito contato com o Departamento de Informática do Conselho Federal de Medicina (DICFM), através do profissional Gleidson Porto Batista conferindo a viabilidade técnica digital para a pesquisa de campo. Este departamento foi o canal de comunicação entre o pesquisador e o público-alvo, a classe médica de todo o Brasil. A definição desta escolha foi embasada pelo fato de que o CFM tem uma conexão digital certificada dos verdadeiros endereços eletrônicos da classe médica, o que é um fator de extrema importância para alicerçar a confiabilidade da pesquisa, demonstrando de forma inequívoca a relação do médico pesquisado com o seu respectivo e-mail. A solicitação foi aprovada em reunião da diretoria do CFM no dia 10 de maio de 2017 com a parte da Ata da ocasião (figura 1).

Figura 1 – Ata da Décima Quarta Reunião da Diretoria do Ano 2017 do Conselho Federal de Medicina



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ATA DA DÉCIMA QUARTA REUNIÃO DA DIRETORIA DO ANO 2017, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, REALIZADA NO DIA 10 DE MAIO DE 2017, NA CIDADE DE BRASÍLIA-DF.

As oito horas do dia dez de maio do ano dois mil dezessete, na sede do Conselho Federal de Medicina, na cidade de Brasília-DF, sob a Presidência do Conselheiro Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, com a presença dos Conselheiros Mauro Luiz de Brito Ribeiro, Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, Henrique Batista e Silva, Sidnei Ferreira, José Hiran da Silva Gallo, Dalvélio de Paiva Madruga, José Fernando Maia Vinagre e Celso Murad, justificada a ausência dos Conselheiros Hermann Alexandre Vivacqua von Ttesenhausen e Jecé Freitas Brandão, iniciou-se a Décima Quarta Reunião da Diretoria do ano 2017, do Conselho Federal de Medicina, com a discussão do seguinte expediente: 1) Protocolo CFM Nº (.....) 5) Protocolo - 12100/16; Origem: MARIO AFONSO MALUF; Assunto: Solicita autorização para pesquisa via internet junto aos médicos. Decisão: Autorizado o envio da pesquisa por haver interesse por parte do CFM; 6) Protocolo Nº (.....). Nada mais havendo a tratar, eu, Sidnei Ferreira, 2º Secretário do CFM, para secretariar a sessão, revisei a presente ata, que vai por mim e pelo Senhor Presidente assinada.

Brasília/DF, 10 de maio de 2017.


CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA


SIDNEI FERREIRA
2º Secretário

5.1.2) 2ª fase

Criou-se um e-mail específico para todo o processo da pesquisa no programa de e-mails Outlook, sendo ele identificado pelo endereço: apoioaomedico@hotmail.com. Este e-mail foi o centro virtual das comunicações entre todos os envolvidos durante todo o processo da pesquisa, como: o envio e recepção dos questionários, dos esclarecimentos possíveis de

dúvidas e comentários do público-alvo, e para o recebimento da pesquisa realizado diretamente pelo DICFM para possíveis desistências da participação do pesquisado, etc.

Figura 2 – Quadro específico da pesquisa (e-mail marketing) com o resumo, estatísticas e resultados dos envios dos e-mails para a classe médica.

Nome:	E-amil marketing Mário Afonso Maluf
Folder:	Outros

Resumo do envio	
Número 004408	Título O médico precisa de apoio para se profissional? Participe
Início 04/07/2017 09:59	Remetente Mário Afonso Maluf
Fim 04/07/2017 10:05	Email de resposta apoioaomedico@hotmail.com
Tamanho 31 Mb	Tamanho por email 337 bytes
Duração 00:05:53	
Criado em 03/07/2017 17:28	Criado por Amilton Itacaramby (a.itacaramby)

Estatísticas gerais	
Lista total	360.841
Inativos da lista	265.819
Enviados	95.022 - 100,00%
Erros	158 - 0,17%
Cliques	
Cliques Únicos	
Opt-outs	
Reporte por Spam	

Previamente foram realizadas ações para consolidar o conteúdo do questionário a ser enviado, sendo ele submetido a uma avaliação prévia com trinta médicos que possuíam contato com o pesquisador e faziam parte do mesmo curso de doutoramento. A pesquisa enviada a estes colegas foi realizada com o mesmo canal de comunicação da pesquisa, a Internet. Sendo assim, eles puderam fazer as correções e sugestões que acreditavam ser

importantes para tornar o seu conteúdo mais compreensivo e correto para os demais colegas médicos brasileiros.

Foi escolhida a escala de Likert, com cinco pontos, com o objetivo de promover o menor erro amostral possível, aumento da confiabilidade, promovendo um melhor reflexo da realidade. A pesquisa na escala Likert é considerada uma técnica de pesquisa quantitativa, pois envolve a medição de atitudes, crenças e opiniões por meio de uma escala numérica que permite a quantificação dos dados coletados. Embora as perguntas sejam fechadas, a interpretação dos resultados pode ser feita por meio de análises estatísticas, o que caracteriza a pesquisa como quantitativa. No entanto, é importante destacar que a escala Likert pode ser utilizada em estudos que envolvem abordagens qualitativas, como a análise de conteúdo, por exemplo, na qual as respostas dos participantes são analisadas qualitativamente a partir de categorias temáticas ou conceitos emergentes. Nesse caso, a escala Likert é utilizada como uma técnica de coleta de dados, mas a análise dos resultados é feita de forma qualitativa.

“A escala de cinco pontos teve, em média, a mesma precisão e mostrou-se mais fácil e mais rápida que a escala de sete pontos. Portanto, para este estudo a escala que se mostrou mais adequada foi a de cinco pontos. A inversão do formato da escala mostrou que alguns entrevistados mudaram de posição, apesar do efeito médio não ser significativo.”(70)

Após reunir as sugestões dos colegas o questionário foi submetido novamente ao crivo para aprovação final do orientador o Professor Doutor Rui Nunes para sua finalização. Foi definida a amplitude da pesquisa com a participação de toda a população de médicos brasileiros ativos com os seus cadastros e e-mails ativos cadastrados no CFM. Tendo finalizado o questionário este foi entregue ao DICFM para ser adaptado para o sistema de pesquisas online oferecido gratuitamente pela empresa multinacional Google Inc. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Figura 3 – Parecer favorável para a pesquisa de campo (pesquisa de opinião) da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Ressalva-se que esta tese teve financiamento próprio, e o autor declara não haver nenhum conflito de interesse.



Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto

PARECER

03/CEFMUP/2021

Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Parecer/Rapport: 03/CEFMUP/2021

Título do projeto/ Project title: Qualidade de vida no trabalho dos médicos e sua interferência em decisões bioéticas - Qualidade de vida profissional e bioética, uma relação simbiótica.

Investigador principal/ Principal researcher: Mário Afonso Filho e Maluf.

Parecer/ Rapport:

- ☒ Favorável/Accepted
☐ Rejeitado/Declined
☐ Favorável sob condição/ Accepted conditionally
☐ Outro

Solicita-se que o investigador envie a esta Comissão mais detalhes acerca da metodologia de estudo, nomeadamente o modo exato de recolha de dados e respetivo tratamento até resultado final.

Deliberado em reunião plenária da Comissão de Ética de 21 de junho de 2021 por unanimidade dos membros presentes.

Solicita-se o favor de após a conclusão do projeto enviar o relatório final com as conclusões do estudo, nos termos do Art.3º n.º 3 alínea f) do Decreto-Lei n.º 80/2018 de 15 de Outubro.

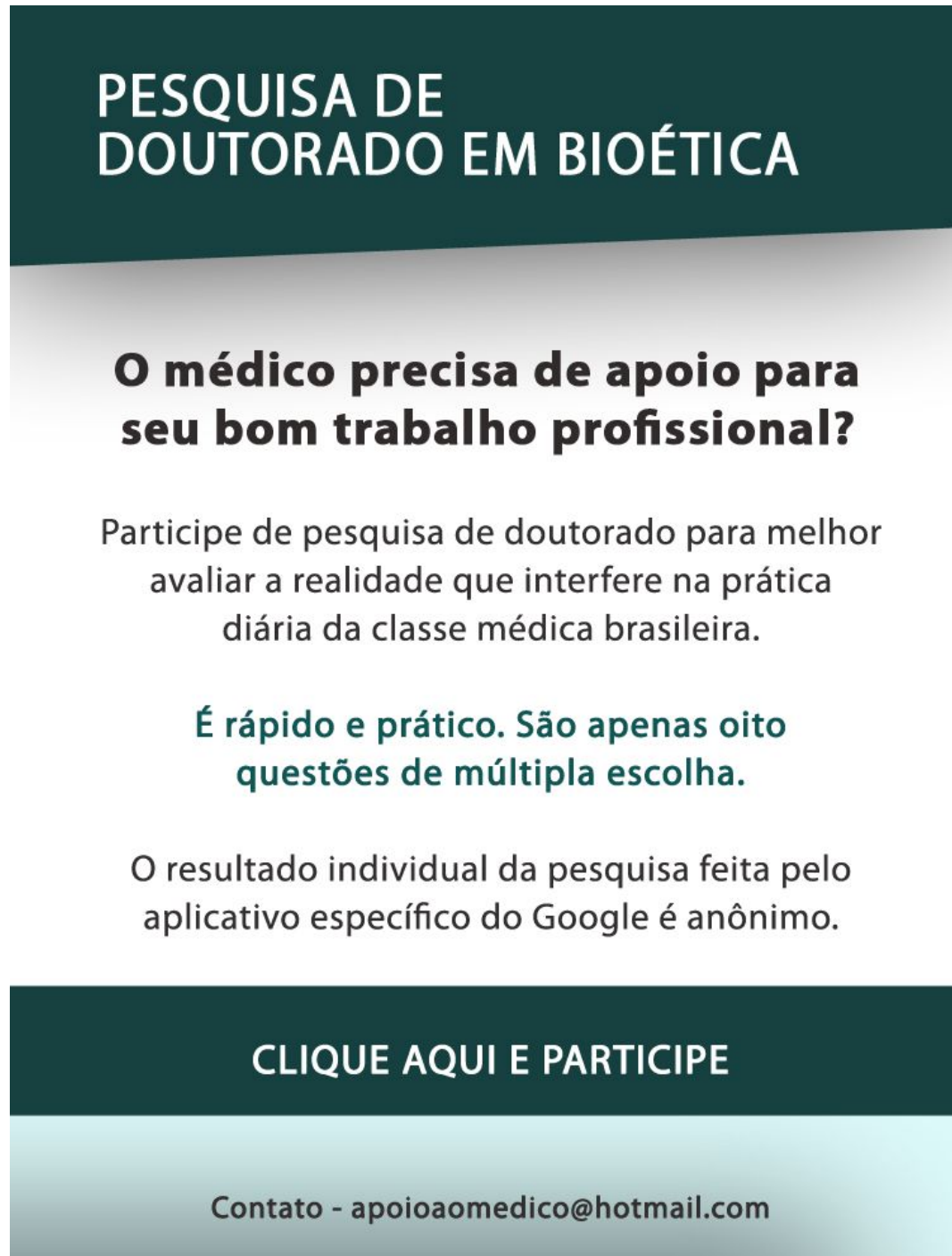
Porto, 21 de junho de 2021

O Relator da Comissão de Ética
Profª Doutor/a Natália Oliva Teles

O Presidente da Comissão de Ética
Prof Doutor Rui Nunes

Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-319, Porto
Email: comissaetica@med.up.pt
Telefone: +351 220426840

Figura 4 – Apresentação da face inicial do corpo do e-mail enviado para a classe médica brasileira



Apresentação do link para o acesso da classe médica brasileira via sistema Google Inc. que foi disponibilizado pela pesquisa de forma individual enviada através do DICFM para todos os médicos cadastrados em seu banco de dados:

Figura 5 – Questionário estruturado com perguntas fechadas que foi apresentado para a classe médica – Documento Básico da pesquisa de opinião que foi levada aos médicos:

20/02/2018 Pesquisa: Doutorado em Bioética. O médico precisa de apoio para seu bom trabalho profissional? - Formulários Google

Pesquisa: Doutorado em Bioética. O médico precisa de apoio para seu bom trabalho pr

PERGUNTAS RESPOSTAS 436

O médico precisa de apoio para seu bom trabalho profissional?

Você participa desta pesquisa de doutorado com sua experiência e opinião para melhor avaliar a realidade que interfere na prática diária da classe médica brasileira, respondendo apenas 8 (oito) questões de múltipla escolha. O resultado individual da pesquisa feita pelo aplicativo específico do Google é anônimo. Você em breve pode ter conhecimento do seu resultado total desta pesquisa.

Logo abaixo das questões formuladas você tem uma definição de Bioética. Na dúvida, consulte.

Descrição (opcional)

1 - Você atua em qual das seguintes áreas médicas: *

☐ Medicina Clínica

☐ Medicina Cirúrgica

☐ Medicina Clínico-cirúrgica

☐ Medicina Diagnóstica

☐ Outros ...

2 - Quantos anos você tem de formado: *

☐ 1 ano há 5 anos

☐ 6 anos há 10 anos

☐ 11 anos há 20 anos

☐ acima de 21 anos

3 - Qual seu gênero: *

Tr

<https://docs.google.com/forms/d/1ZTMN4UrhWUa4pQwclNKUsVmgIZPeSIY6l2q34yJz2L8/edit> 1/4

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outros ...

4 - A presença do cansaço e/ou fadiga; fatores que podem levar ao estresse; caso presente em algum momento da sua vida profissional, devido às suas condições de trabalho precárias; casos existiram; eles interferiram na sua prática ética? *

☐ Totalmente de acordo

☐ De acordo

☐ Sem opinião

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

5 - A precariedade de estrutura física, humana e de apoio para o exercício da medicina, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética? *

☐ Totalmente de acordo

☐ De acordo

☐ Sem opinião

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

6 - A precariedade ou falta de ações administrativas nos serviços de saúde, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética? *

☐ Totalmente de acordo

☐ De acordo

☐ Sem opinião

Discordo

☐ Discordo totalmente

7 - Quanto aos honorários recebidos de alguma instituição pública e/ou privada, você os considerou adequados ou justos. Em caso negativo, ele pode interferir na sua vida ética?

☐ Totalmente de acordo

☐ De acordo

☐ Sem opinião

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

8 - Você acredita ser importante a colocação do tema Bioética no curso de graduação em medicina?

☐ Totalmente de acordo

☐ De acordo

☐ Sem opinião

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente

Bioética

Sendo o conceito em bioética – ética da vida, aplicada nos seus princípios éticos para todos os profissionais da ciência da saúde, e reconhecendo sua interligação específica com a ética na prática médica, consideramos:

Definição de bioética segundo o Prof. Luís Archer, que consta em Nunes R: Bioética, Coletânea Bioética Hoje n.º 18, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2010:

"A bioética eclodiu como um grito de alerta vibrado por médicos e biólogos, face às incríveis possibilidades das novas tecnologias. Perante os novos poderes que a ciência dá ao homem sobre a vida e sobre si próprio, é imperioso que a sociedade tome consciência de todas as suas consequências a longo prazo e, num diálogo transdisciplinar e pluralista, aberto a um público cada vez mais informado, tome todas as decisões necessárias para evitar a degradação da vida e da terra, possibilitando a sobrevivência do homem no nosso planeta e dar-lhe um futuro autenticamente humano. Bioética é opção da sociedade sobre os comportamentos e aplicações tecnológicas que lhe convêm. É expressão da consciência pública da humanidade. É charneira entre o possível e o conveniente. Entre tecnologia galopante e humanidade imprescindível. A bioética recolhe, do passado, todo o saber adquirido pelas ciências médicas ao longo dos tempos e transforma-o em sabedoria. Mas tem em mira o futuro, a longo prazo, da humanidade".

Definição da ética aplicada ao médico (Ética bio-médica), a Deontologia Médica (deveres), ordenado por este Código de Ética Médica:

"CAPÍTULO I PRINCÍPIOS GERAIS Artigo 1.º (Deontologia Médica) A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua atividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história e tem a sua primeira formulação no código hipocrático. CAPÍTULO I PRINCÍPIOS GERAIS Artigo 1.º (Deontologia Médica) A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua atividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história e tem a sua primeira formulação no código hipocrático." Código Deontológico da Ordem dos Médicos, 2009. Portugal

OBSERVAÇÕES: Qualquer dúvidas ou esclarecimentos sobre esta pesquisa de opinião você pode tirá-la enviando-a para o nosso e-mail de contato: apoioaomedico@hotmail.com. Esta pesquisa de opinião tem o carácter de preservar o anonimato. Ela terá sua publicação individual anónima, mas tão somente será publicado o resultado total auferido. Ela permite que você possa desistir de tê-la enviado, basta que nós comuniquemos também através do nosso contato de e-mail a sua desistência que isto será efetivado. Pesquisa com embasamento na Resolução 510 de 07 de abril de 2016, Artº 1º do Conselho Nacional de Saúde – CONEP. Obrigado pela sua participação.

5.1.3) 3ª fase

O DICFM foi incumbido de enviar o questionário estruturado com perguntas fechadas para todo o seu “*mailing list*”, para um público alvo de 360.841 médicos (População), e com seus e-mails alcançáveis de 95.002 profissionais únicos com inscrição primária em atividade no Brasil.(38) O questionário enviado respeita os critérios pautados pelo órgão máximo no Brasil que controla as pesquisas com a participação de humanos, mais especificamente a Resolução Nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.(71) Houve um retorno de 426 (quatrocentos e vinte e seis) questionários médicos.

Posteriormente o DICFM de posse dos dados auferidos estes foram entregues ao pesquisador para serem submetidos somados para uma análise, discussão e emitida suas conclusões, e avaliação do orientador Professor Doutor Rui Nunes. Por consequência do Processo de Bolonha, do qual Portugal é signatário, o pesquisador buscou identificar revistas científicas internacionais com fator de impacto igual ou maior do 1.0 para publicação de dois trabalhos inéditos derivados destas pesquisas para ser posteriormente apresentada nesta tese para a banca examinadora do Programa Doutoral em Bioética da Universidade do Porto, Portugal.

6) DA PRIMEIRA PESQUISA

O que pensa o médico brasileiro sobre os aspectos pertinentes à QVT e sua relação com a Bioética? Uma pode interferir com a outra? Pode haver ou não uma relação de influência? Dos pontos questionados e relacionados tem no seu bojo a presença do contexto e âmbito da administração de RH médicos. A pesquisa busca identificar pontos que podem interferir no seu trabalho profissional em que pesa as decisões que envolvem o contexto de caráter do sentimento e compreensão sobre a bioética?

Segundo Teixeira,(49) a importância dos recursos humanos na qualidade e efeitos sobre o desempenho organizacional. “*A gestão dos recursos humanos através de suas atividades desempenha um papel fundamental em toda a organização*”.

As perguntas do questionário são voltadas para questões que inexoravelmente dependem da gestão de RH, do ambiente laboral e que podemos definir ou não o que estejam dentro e inseridas no que denominamos QVT. O questionário teve o objetivo de identificar nesta população de médicos se há distorções na sua QVT. Confirmadas estas distorções, as perguntas se complementam com a indagação se este comprometimento pode interferir no seu sentimento e compreensão da relação médico-paciente e a bioética. Em que pesa à subjetividade, o conhecimento técnico, a singularidade de cada médico respondente o resultado individual é expresso nas opções em que cada um deles entende desta relação nas respostas fechadas apresentadas.

Conforme Montenegro(72)

“[...] para os profissionais deste estudo, a ética é visualizada em duas perspectivas: a primeira diz respeito a um conceito relacionado à vida cotidiana, que representa o ser humano profissional no qual a ética é singular, real, concreta, onipresente e dinâmica. E a segunda relaciona-se ao trabalho, representando o profissional na sua ação, na qual a ética é abstrata, invisível e estática”.

Apesar de serem temas e conceitos conhecidos e identificados pela própria formação médica, somada ao seu tempo como profissionais médicos, fez parte do corpo do questionário enviado os conceitos correlatos sobre bioética, deontologia médica e ética para alicerçar, dirimir e uniformizar conceitos e evitar possíveis dúvidas sobre o tema.

6.1) Características da primeira pesquisa

Optamos por realizar uma pesquisa inédita com as grandes características embasadas no modelo Qualitativo e Quantitativo que são completados por característica de uma pesquisa tipo Aplicada, Bibliográfica, de Campo e Ex-post-facto. Tendo estas opções o objetivo de buscar dar uma maior dimensão e assertividade em todo o processo que envolve esta

pesquisa. É uma pesquisa auditável, mas não reproduzida no que tange os resultados, já que é um estudo transversal que ocorre num determinado momento histórico.

6.1.1) Como uma Pesquisa Quali-Quantitativa

Para melhor definir e tornar os resultados de uma pesquisa mais sólida buscando um alto nível se faz necessário ter uma abordagem com características de uma pesquisa qualitativa; comportamental que busca informações que descrevem a investigação de maneira abstrata, possibilitando um aprofundamento na compreensão de certos comportamentos ou fenômenos; enfim busca a opinião pessoal do pesquisado prospectando e identificando como é o seu agir, como se sentem, sua percepção, sua motivação e comportamento. O seu pensar de uma maneira específica, da forma que busca as características mentais e comportamentais dos pesquisados auferidos através da própria resposta aos quesitos sugeridos na pesquisa de campo. A pesquisa agregou também o conceito quantitativo; mensurável e objetivo, estruturado para coletar dados estatísticos; buscando os conceitos da matemática onde há a presença da estatística e outros números correlatos dando mais lógica e robustez aos resultados, não deixando somente a percepção do pesquisador define os parâmetros e resultados alcançados. Nada como os princípios da matemática para “colocar o pé no chão” quantificando as conclusões dos processos a partir da análise dos dados brutos obtidos nestas pesquisas. As pesquisas quali-quantitativas pretendem o melhor dos dois mundos onde são observados os dados e parâmetros pessoais, da individualidade, do “ser único”, além da somatória do mundo da racionalidade do qual é atribuída à ciência da matemática. É como se comparássemos a união do “corpo e mente”, a somatória de ambas promovem a união dos pontos fortes e atenua os pontos fracos de uma destas vertentes de uma pesquisa.

Resumindo os dois conceitos podemos dizer que as pesquisas qualitativas e quantitativas são métodos de pesquisa que se complementam na busca resultados para comprovar ou não dados e opiniões. São duas opções e formas que fazem parte de uma pesquisa científica para analisar e descrever fatos e fenômenos sociais.

“Assim, como visto até aqui, tanto a pesquisa quantitativa quanto a pesquisa qualitativa apresentam diferenças com pontos fracos e fortes. Contudo, os elementos fortes de um complementam as fraquezas do outro, fundamentais ao maior desenvolvimento da ciência.”(73)

A pesquisa qualitativa por buscar explicar dados dos sentimentos e entendimentos de fatos manifestados pelos médicos; pelos homens; no campo social e das ciências humanas deve possuir uma abordagem específica própria em relação a outras áreas como as ciências biológicas e exatas, como expressada por Guerriero e Miayano e Guerriero (74)(75) e Batista NA.(75) A régua que mede o átomo deve ser abordada de forma própria, com razoabilidade e proporcionalidade, quando medimos os sentimentos. A ciência não pode estar somente estruturada numa forma de saber. Os paradigmas racionalistas das ciência médica, modelo de Flexner, pelo seu tecnicismo, costumam colocar num patamar secundário e até “ pouco científico” as ciências humanas e sociais.

“Essa reflexão é importante porque existe uma tendência dos Comitês de Ética (CEP) de tratarem como universais os procedimentos necessários aos estudos biomédicos, numa busca de hegemonia ou de homogeneização de procedimentos que tem raízes muito mais profundas que se extravasam de forma naturalizada nos CEP”(74)

“A cientificidade da pesquisa social comprovase, teoricamente, pelos fundamentos filosóficos e epistemológicos de sua abordagem. Essa cientificidade ancorase na intersubjetividade, na compreensão e na crítica, o que vai na contramão da visão positivista de verdade. Aqui não se trabalha com a verdade, mas com a interpretação das pessoas sobre seus atos. Também não se pretende de antemão explicar os fatos, e sim compreendê-los e contribuir para o avanço da

consciência crítica e da ação social transformadora. Os fundamentos da pesquisa social têm razões profundas e históricas.”(75)

“Estes achados indicam a relevante contribuição metodológica que esta abordagem tem dado para o avanço do conhecimento relacionado com a formação de médicos, bem como um esforço para colocar em diálogo diferentes aspectos desse processo. A análise destas pesquisas reafirma a complexidade da pesquisa qualitativa, tanto na amplitude de seus referenciais teóricos como na diversidade e objetos de estudo.”(76)

Deve se ater que os processos teóricos possam ter também uma análise, para maior acurácia, da pesquisa qualitativa a observância dos princípios da proporcionalidade e razoabilidade no âmbito maior que transcende a teoria do direito. Por ser um princípio mais usual dentro do direito, é também aplicado em todas as áreas da ciência humana.

“O princípio da proporcionalidade e da razoabilidade são princípios não escritos, cuja observância independe de explicação em texto constitucional, porquanto pertencem à natureza e essência do Estado de Direito. Porquanto, são direito positivo em nosso ordenamento constitucional. Embora não hajam sido ainda formulados como “normas jurídicas globais”, fluem do espírito que anima em toda a sua extensão e profundidade o inciso 2º do artigo 5º, o qual abrange a parte não expressa dos direitos e garantias da Constituição, a saber, aqueles direitos e garantias cujo fundamento decorre da natureza do regime, da essência impostergável do Estado de Direito e dos princípios que esta consagra e que fazem inviolável a unidade da Constituição”(77)

6.1.2) Como uma Pesquisa Aplicada e Bibliográfica

Para complementar a densidade da pesquisa se somou também às características anteriores a pesquisa bibliográfica e de campo. Fundamentalmente esta pesquisa visa ser aproveitada como parâmetro e embasamento para solucionar processos pertinentes ao planejamento e operacionalidade do contexto laboral na gestão do RH da classe médica. Tudo em prol de buscar uma melhor medicina e ética. Assim, ela é também uma pesquisa aplicável dentro do contexto do RH em saúde. O questionário estruturado foi construído e foi entregue para a classe médica brasileira com uma série de perguntas sobre temas que envolvem o contexto laboral e identificados pela ciência da administração como fatores causais específicos que buscamos na explicitação do “Problema e da Problemática” desta pesquisa. Toda a concepção inicial, da estruturação do questionário, da análise decorrente dos resultados auferidos e conclusões foram embasadas também em conhecimentos previamente identificados num robusto rol de referências bibliográficas que foram necessários para o seu embasamento teórico, raciocínio da temática proposta.(73)

6.1.3) Como uma Pesquisa de Campo

Para que foi proposto, ou seja, buscar o entendimento, sentimento e compreensão da classe médica para com sua relação da QVT e bioética. Foi preciso ir “a campo”, sair das paredes da universidade para “garimpar” aquilo proposto na temática da pesquisa, do problema e da problemática. A pesquisa de campo deu a oportunidade maior de ser enquadrada numa estrutura quali-quantitativa.(73)

Esta pesquisa de campo foi realizada através de uma Pesquisa de Opinião que é uma ferramenta para coletar informações, no caso específico, o entendimento e o sentimento dos médicos na relação QVT, bioética e relação médico-paciente. Realizada através de perguntas fechadas e com a escala Likert de cinco pontos com algumas definições previamente explicitadas para harmonizar conceitos sobre o tema proposto; bioética, ética, etc; sendo possível com os resultados oferecidos fazer análises e inferências, extrapolando as respostas

para um grupo maior dentro do intervalo de confiança. A pesquisa de opinião é uma ferramenta útil para coletar informações sobre a opinião pública, e tem limitações quando não está presente em um grupo homogêneo (Amostra Harmônica) como é o caso específico desta pesquisa.

7) AMOSTRA

A amostra finita de médicos brasileiros cadastrados no CFM foi para um público alvo (População) de 360.841 médicos, sendo 95.002 com os seus respectivos e-mails válidos. Para efeito de validação de resultados numa Amostra Homogênea são necessários estatisticamente um mínimo de 246 médicos para a população escolhida, e para uma Amostra Heterogênea são necessários uma amostra de 384 médicos. A fórmula científica apresentada para pesquisas médicas, área da saúde, possuem um intervalo de confiança de 95%, para um erro amostral de 5%. Consideremos como sendo a pesquisa uma Amostra Homogênea já que independentemente da especialidade médica, do ambiente laboral, do gênero, do tempo de formado, todos têm como um ponto único de intercessão, convergente, para o tema proposto que é a bioética na sua relação com os pacientes, este ponto por si acreditamos ser suficiente para esta consideração. Mas, os resultados como explicitados acima também englobam a Amostra Heterogênea, percentagem também da amostra auferida suficiente para a validação da pesquisa. Considerando também pelos princípios da razoabilidade e proporcionabilidade podemos supor que dentro de um aspecto geral as condições pertinentes à QVT no seu bojo são semelhantes em todo o Brasil.

7.1) A fórmula para definir o cálculo amostral

Com auxílio de uma calculadora on-line(78) a fórmula para o cálculo amostral foi aplicada conforme a seguir.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{Z^2 \cdot p(1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Houve respostas de 426 médicos (Amostra) dentro do universo pesquisado. Duas considerações para a resposta mínima para a validação da pesquisa: 1ª) Amostra Homogênea, amostra correta que deve ser aplicada pelo fato da classe médica ser considerada um público homogêneo que define 246 questionários, percentil 57,75% acima do necessário, como resultado mínimo para a validação da pesquisa. 2ª) Amostra Heterogênea com 384 questionários, percentil 11% acima do necessário, para validação da mesma pesquisa. Portanto, ambos os resultados com percentis a mais do necessário para validar a pesquisa proposta.

7.2) Observação para o entendimento da fórmula utilizada

O cálculo amostral é a fórmula para se chegar ao tamanho da amostra da sua pesquisa. Uma pesquisa de mercado quantitativa precisa de uma quantidade válida de pessoas para ser considerada representativa, e é por isso que precisamos discutir o **cálculo amostral**.

Nível de confiança escolhido de 95% significa obter os mesmos resultados em 95% das vezes. O percentil de 95% é o nível de confiança utilizado com mais frequência, também para as pesquisas em saúde, mas sua pesquisa pode exigir um nível de confiança de 90% ou 99%, dependendo das suas necessidades. Reduzir seu nível de confiança para um valor abaixo de 90% não é recomendado.

Onde (p) **percentual máximo** – como se está trabalhando com variáveis categóricas, provavelmente está-se buscando um resultado que indique qual é o percentual de elementos com uma dada característica. Se se quer saber, por exemplo, qual é o percentual de franceses no total de turistas que visitam São Paulo. Se se tiver alguma informação que indique que esse percentual certamente não passa de um determinado valor, isso pode ajudar a reduzir o tamanho da amostra necessária para a pesquisa. Se for seguro afirmar que, por exemplo, o percentual de franceses não é maior que 20%, então insira 20% no campo percentual máximo da calculadora. Você deve incluir o percentual máximo somente quando ele é inferior a 50%.

Percentual mínimo – esse valor tem uma interpretação parecida com a do percentual máximo. Se se tem uma informação que indica que o percentual de turistas norte-americanos é certamente superior a 70%, insere-se 70% no campo percentual mínimo. Deve incluir-se o percentual mínimo somente quando ele é superior a 50%.

Onde (N) – **população** é um termo de pesquisa que significa o total de pessoas que representam o público-alvo do seu estudo. É esse o número inicial que se deve ter para definir corretamente a amostra. Para definir a amostra a partir da população, precisa definir-se quão exata a pesquisa deve ser.

Onde (n) – **Amostra da pesquisa calculada** é um número representado pela parcela de pessoas que vão responder ao questionário. Para chegar nesse número, quem for fazer uma pesquisa de mercado precisa tomar uma série de cuidados que vão ajudar a definir o sucesso e a confiabilidade dos resultados.

Onde (e) – **Erro amostral** é a percentagem de variação dos resultados da pesquisa. Por exemplo: uma dissertação de mestrado que quer encontrar a proporção de brasileiros com casa própria possui índice de erro de 5%.

Onde (Z) – **Variável**, as variáveis quantitativas são aquelas que adotam valores numéricos (isto é, algarismos). Deste modo distinguem-se das variáveis qualitativas, que expressam qualidades, atributos, categorias ou características. No conjunto das variáveis quantitativas, também podemos reconhecer vários tipos de variáveis.

8) QUESTIONÁRIO ENVIADO À CLASSE MÉDICA BRASILEIRA

A construção do questionário para esta realização desta pesquisa de campo, foi primeiramente definindo os grandes grupos das especialidades médicas no Brasil agrupando-as em especialidades tradicionalmente nas modalidades clínicas, cirúrgicas, diagnósticas e outras, como também o grupo do gênero e anos de formado destes profissionais, somando a outras informações que identificam os principais fatores normalmente encontrados e que fazem parte da vivência laboral do dia-a-dia da classe médica vinculados ao campo da administração de RH.

8.1) Você atua em qual das seguintes áreas médicas?

Quanto às áreas médicas de atuação e especialidades permitiu-se aglutiná-las em quatro grandes áreas de atuação. As especialidades médicas clínicas, cirúrgicas e diagnósticas, e também na opção “Outras” com a finalidade de permitir a inserção de especialidades que os médicos se identificam, e que não são ainda reconhecidas pela AMB.

Atualmente no Brasil são reconhecidas 54 especialidades e 57 áreas de atuação.(79) Observando-se que na resposta de “Outros” houve somente 2,8% do total respondido na pesquisa. Abaixo o resultado apresentado:

Resultados auferidos

Os resultados auferidos de todas as especialidades foram aglutinados em uma planilha Excel e divididos em quatro grandes áreas, sendo: clínicas, cirúrgicas, diagnósticas e outras (administração hospitalar e auditoria em serviços de saúde) para melhor apresentação e

didática, sem interferir nos objetivos e resultados da pesquisa que está se propondo a demonstrar.

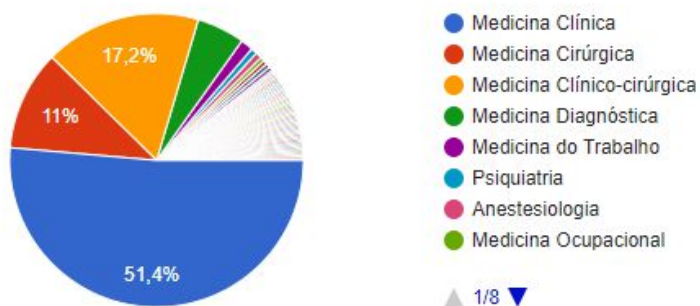
Tabela 1 – Áreas de atuação de especialidades

ÁREAS	%
CLÍNICAS	61,60
CIRÚRGICAS	28,80
DIAGNÓSTICA	5,70
OUTRAS	2,80

Figura 6 – Áreas de atuação de especialidades

1 - Você atua em qual das seguintes áreas médicas:

436 respostas



8.2) Quantos anos você tem de formado?

Dos médicos responsivos 56,7% estão na faixa acima de 21 anos de formado. Um dado comparativo com o Censo Médico de 2015 é que das 57 especialidades e sub-especialidades médicas, 44 delas possuem valores *“iguais ou superiores a 21 anos de formados, são 82,69%.”*(34)

Baseando-se nos dados comparativos e semelhantes ao da pesquisa realizada no Censo Médico de 2015 (AMB/CFM), em ambas os médicos com maior tempo de formado, por também serem em maior número ainda no Brasil, foram aqueles que mais responderam ao questionário enviado desta pesquisa.

Segundo o levantamento do último Censo Médico – Demografia Médica 2018 *“29,7% dos médicos estão com idade abaixo de 35 anos.”*(38) No Brasil a quase totalidade dos ingressantes na faculdade de medicina estão acima dos 17 anos de idade, sendo que todas as faculdades para a sua conclusão se fazem necessários 6 anos para se graduar no curso de medicina, e mais três anos para as especialidades, sendo que algumas delas há a exigência de maior tempo de estudo e treinamento. Assim, a idade mínima para o exercício da medicina no Brasil se inicia aproximadamente aos 23 anos de idade, sem a formação de alguma especialidade, e 26 anos minimamente como um médico especialista. Isto traduz como sendo que o médico é um técnico altamente treinado, acima da média geral.

Resultados auferidos

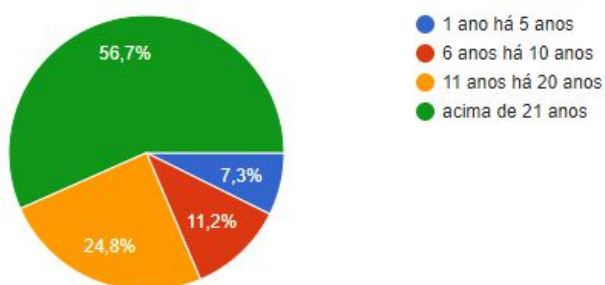
Tabela 2 – Anos de formado em medicina

ANOS DE FORMADO	
ANOS	%
1 a 5 anos	7,30
6 a 10 anos	11,20
11 a 20 anos	24,80
acima de 21 anos	56,70

Figura 7 – Anos de formado em medicina

2 - Quantos anos você tem de formado:

436 respostas



8.3) Qual é o seu gênero?

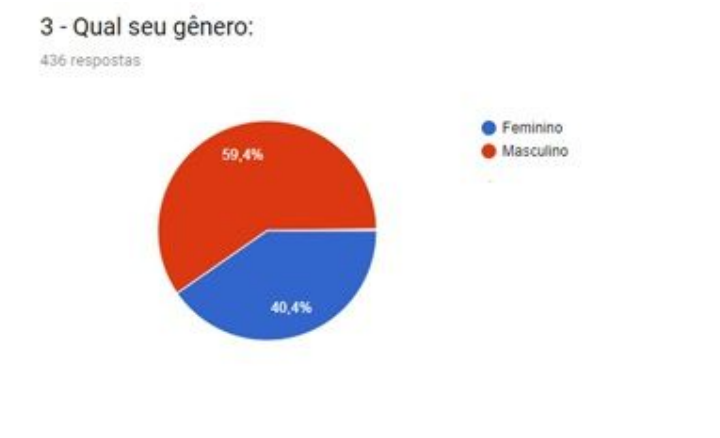
Quanto ao gênero na pesquisa apresentada predominou o sexo masculino com o total de 59,4% dos médicos responsivos. Este número é muito aproximado e semelhante ao levantamento realizado pela AMB onde o valor auferido foi de “57,5% de médicos do sexo masculino”(34) com uma tendência nos últimos anos para uma feminização da profissão.

Resultados auferidos

Tabela 3 – Qual o gênero do entrevistado

GÊNERO	
ANOS	%
Feminino	40,40
Masculino	59,40
Outros	0,00

Figura 8 – Qual o gênero do entrevistado



8.4) Fatores que podem levar ao estresse

Pergunta: A presença do cansaço e/ou fadiga; fatores que podem levar ao estresse; caso presente em algum momento da sua vida profissional, devido as suas condições de trabalho precárias; casos existiram; eles interferiram na sua prática ética?

Resultados auferidos

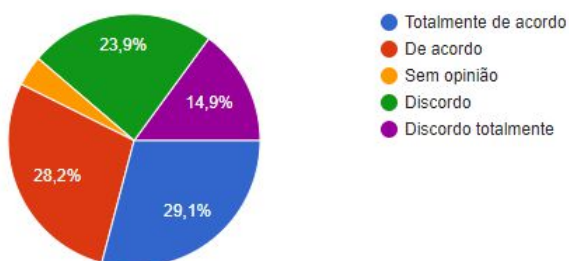
Tabela 4 – Fatores que podem levar ao estresse

FOTOR ESTRESSE	
OPINIÃO	%
Totalmente de acordo	29,100
De acordo	28,200
Sem opinião	3,900
Discordo	23,900
Discordo totalmente	14,900

Figura 9 – Fatores que podem levar ao estresse médico no ambiente laboral

4 - A presença do cansaço e/ou fadiga; fatores que podem levar ao estresse; caso presente em algum momento da sua vida profissional, devido às suas condições de trabalho precárias; casos existiram; eles interferiram na sua prática ética?

436 respostas



Nos resultados positivos com 29.1% que responderam Totalmente de acordo, e 28.2% que responderam, De acordo. Estes resultados positivos somam-se aproximadamente 60% (57.3%) de médicos que relatam que há interferências por fatores estressantes nos seus sentimentos e compreensão sobre a bioética. O mesmo ocorre com aqueles que responderam com 23,9%, Discordarem; e com 14,9%, Discordarem Totalmente, perfazendo aproximadamente 40% das respostas negativas.

Tabela 4a – Do somatório positivo dos fatores que podem levar ao estresse

FOTOR ESTRESSE	
OPINIÃO	%
Resultados positivos	60,000
Resultados negativos	40,000

Os transtornos psiquiátricos ocorridos na classe médica relacionados com a presença de um ambiente cheio de fatores que levam ao estresse comprometem não só a saúde em si destes trabalhadores, mas também deve provocar um aumento das licenças médicas, o que é ruim também para as empresas prestadoras de serviços na área da saúde.

“Psychiatric disorders, particularly depression, anxiety and stress-related conditions, are currently (2006) the predominant reason for long-term sick leave (>12 months) among women in Sweden (33,8%), and the second most common reason for men (25,5%) (National Social Insurance Board, 2006). Possible reasons for the increased rate of sick leave due to psychiatric disorders have been debated, and recent changes in the psychosocial work environment are one of the many factors that have been discussed (National Social Insurance Board, 2003; Theorell 2006). This suggests that burnout, defined as a work-related psychological stress reaction with the main components being exhaustion and disengagement (cynicism), might be an intervening link between an adverse psychosocial work environment and work stress-related psychiatric disorder.”(80)

8.5) A precariedade de estrutura física, humana e de apoio

Pergunta: A precariedade de estrutura física, humana e de apoio para o exercício da medicina, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética?

Os resultados positivos das perguntas de número 4 e 5, respectivamente perfazem um total de 57,3% e 58,10% das respostas de perfil positivo, indicam que de alguma maneira e intensidade o relacionado com o ambiente laboral pode interferir no sentimento e compreensão em relação à bioética. Mesmo porque a precariedade na estrutura física, humana e de apoio para o exercício da medicina constitui fatores que pode levar o médico ao estresse como aqueles evidenciados na SEP/SB. Os resultados apresentados estão intimamente ligados à precariedade no âmbito da gestão dos RH; ou seja, aqueles que podem interferir na QVT do profissional médico.

“A temática da síndrome de burnout está cada vez mais presente no contexto laboral dos médicos americanos. Os médicos mais jovens são os que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e perda de realização profissional. O assunto foi um dos destaques da Assembleia Geral Ordinária da Confederação Médica Latino-Ibero-Americana e do Caribe (Confemel), em Brasília (DF). Carga horária muito elevada é uma das justificativas. Segundo o presidente da Federação dos Conselhos Médicos dos Estados Unidos da América (FSMB), Arthur Hengerer, a realidade é que muitos médicos têm dificuldade em suportar as exigências excessivas e a elevada pressão da função. Muitos trabalham diariamente desmotivados e com riscos reais de esgotamento. “Os médicos trabalham cada vez mais submetidos a uma burocracia enorme. Falta controle do seu ambiente que, tradicionalmente, já é caótico. Falta respeito, equidade e existem muitos conflitos de valores. Tudo isso deixa o profissional

muito exposto, e o stress coloca o médico em uma situação que não o permite decidir o que é melhor para o paciente”. [...] “Segundo o conselheiro federal Salomão Rodrigues Filho, membro da Câmara Técnica de Psiquiatria, pesquisas mostram que 45,8% dos médicos relataram sintomas da SD em algum momento de suas carreiras. De acordo com ele, trata-se de problema mais comum entre os médicos do que entre outras categorias de trabalhadores.”(63)

Resultados auferidos

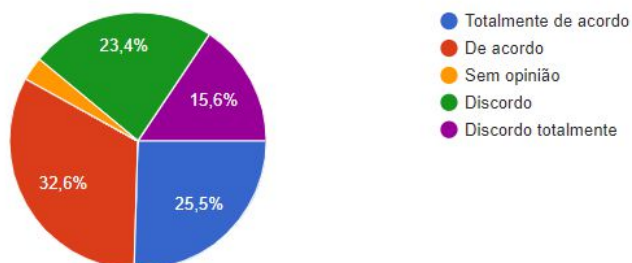
Tabela 5 – Precariedade da estrutura física no ambiente laboral

FOTORES ESTRUTURAIS (FÍSICA, RH e APOIO)	
OPINIÃO	%
Totalmente de acordo	23,40
De acordo	32,60
Sem opinião	5,00
Discordo	23,40
Discordo totalmente	15,60

Figura 10 – Presença da precariedade da estrutura física no ambiente laboral

5 - A precariedade de estrutura física, humana e de apoio para o exercício da medicina, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética?

436 respostas



Os valores positivos perfazem 56,0% de médicos que relatam que a estrutura física, humana e de apoio interferiram nas suas decisões de caráter bioético.

Tabela 5a – Do somatório positivo da precariedade da estrutura física no ambiente laboral

FATORES ESTRUTURAIS (FÍSICA, RH E APOIO)	
OPINIÃO	%
Resultados positivos	60,00
Resultados negativos	40,00

8.6) A precariedade ou falta de ações administrativas

Pergunta: A precariedade ou falta de ações administrativas nos serviços de saúde, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética?

Resultados auferidos

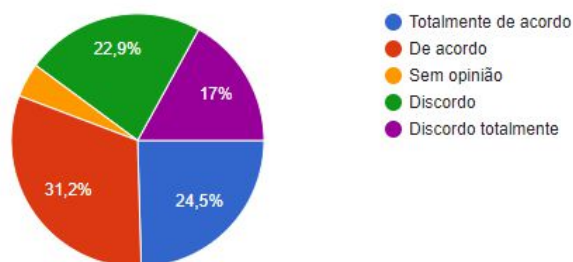
Tabela 6 – Precariedade ou falta de ações administrativas

Figura 11 – Precariedade de ações administrativas no ambiente laboral

AÇÕES ADMINISTRATIVAS FALHAS	
OPINIÃO	%
Totalmente de acordo	24,50
De acordo	31,20
Sem opinião	4,40
Discordo	22,90
Discordo totalmente	17,00

6 - A precariedade ou falta de ações administrativas nos serviços de saúde, caso presente em algum momento da sua vida profissional, interferiu na sua prática ética?

436 respostas



Valores que totalizam 55,7% de médicos que relatam que na precariedade das ações administrativas no seu ambiente de trabalho interferiram no sentimento e compreensão da bioética.

Tabela 6a – Do somatório positivo da precariedade de ações administrativas no ambiente laboral

AÇÕES ADMINISTRATIVAS FALHAS	
OPINIÃO	%
Resultados positivos	55,00
Resultados negativos	40,00

8.7) Honorários e prestação de serviços médicos

Pergunta: Quanto aos honorários recebidos de alguma instituição pública e/ou privada, você os considerou adequados ou justos. Em caso negativo, ele pode interferir na sua vida ética?

Resultados auferidos

Tabela 7 – Da percepção da presença de honorários médicos não adequados ou justos

HONORÁRIOS NÃO COMPATÍVEIS E BIOÉTICA	
OPINIÃO	%
Totalmente de acordo	12,60
De acordo	16,10
Sem opinião	5,90
Discordo	36,70
Discordo totalmente	28,70

7 - Quanto aos honorários recebidos de alguma instituição pública e/ou privada, você os considerou adequados ou justos. Em caso negativo, ele pode interferir na sua vida ética?

436 respostas

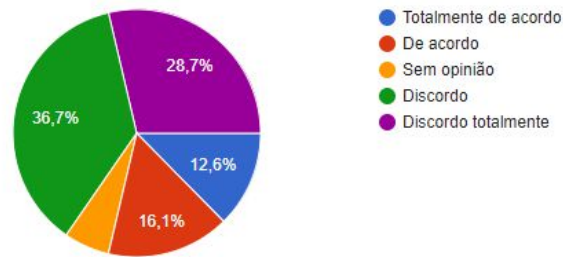


Figura 12 – Da percepção da presença de honorários médicos não adequados ou justos

Valores que totalizam 28,70% de médicos que relatam que os honorários não adequados ou justos interferiram no sentimento e compreensão da bioética, e aproximadamente 65% disseram que os honorários não adequados ou justos não interferem no sentimento e compreensão da bioética.

Tabela 7a – Do somatório positivo da percepção da presença de honorários médicos não adequados ou justos

HONORÁRIOS NÃO COMPATÍVEIS E BIOÉTICA	
OPINIÃO	%
Resultados positivos	30,00
Resultados negativos	65,00

De forma coincidente durante a construção deste projeto de pesquisa para o doutoramento ocorreu a grande epidemia global pela Covid-19 que pode contribuir para a pesquisa no

sentido que ela vem somar também aspectos que podem comprometer a QVT da classe médica pelo agravamento pelas suas condições do trabalho. Uma observação quanto à realidade pertinente a deficiente gestão em saúde pública nacional.

8.8) Bioética e faculdade de medicina

Pergunta: Você acredita ser importante a colocação do tema Bioética no curso de graduação em medicina?

Resultados auferidos

Tabela 8 – A Bioética como tema importante na graduação em medicina

BIOÉTICA E FACULDADE MÉDICA	
OPINIÃO	%
Totalmente de acordo	66,1
De acordo	30,0
Sem opinião	3,0
Discordo	0,9
Discordo totalmente	0

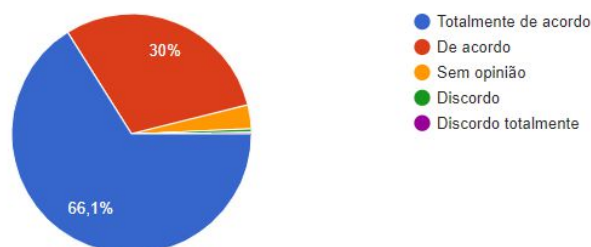
Figura 13 – A Bioética como tema importante na graduação em medicina:

Tabela 8a – Do somatório positivo da bioética como tema importante na graduação em me medicina

BIOÉTICA E FACULDADE MÉDICA	
OPINIÃO	%
Resultados positivos	96,1
Resultados negativos	3,90

8 - Você acredita ser importante a colocação do tema Bioética no curso de graduação em medicina?

436 respostas



A partir do Relatório Flexner no final do século XIX nos Estados Unidos, e início do século XX no Brasil,(81) ambos com auxílio da International Health Board da Rockefeller Foundation, que através de suas recomendações foram decisivas para a criação do modelo de ensino médico americano e brasileiro voltados e evoluindo com o tempo cada vez mais para o tecnicismo gerando distorções na formação dos médicos. Muitas vezes devido à necessidade constante de incluir conhecimentos tecnológicos no campo do ensino da ética médica, e outros saberes como a área da sociologia humana, foi esmorecendo o processo da “humanização técnica” do estudante médico dentro das suas escolas, como também do acompanhamento tecnológico, além do constante crescimento nos valores pagos às faculdades médicas dificultando financeiramente os seus alunos, como também da dificuldade das escolas médicas possuírem em seus quadros docentes de capacidade para a

formação de tão difícil e nobre profissão.(82) Hoje há um consenso majoritário de que é necessário para a formação de um bom profissional médico o primordial ensinamento da bioética no contexto deste ensino. Fruto desta realidade é o resultado nesta pesquisa onde foi evidenciado que em sua maioria os médicos entenderam que o ensino da bioética (ética médica) como necessário no currículo das faculdades médicas. É um resultado importante no vetor positivo desta questão que a cada dia se impõe com fundamental para o ensino da medicina.

Como a necessidade do ensino da bioética nos cursos de medicina é imperioso para o seu próprio aprimoramento, e hoje o entendimento da população para que seja uma realidade.

“Ao pensar sobre os atuais conflitos da relação médico-paciente, deve-se voltar à atenção para a educação. O que se espera dos seis anos de formação em medicina é que a cada ano o aluno consolide ainda mais seus conhecimentos sobre ética médica e clareie seu discernimento sobre condutas diante das diversas situações encontradas no exercício da profissão. No entanto, não é isso que demonstra pesquisa realizada nos Estados Unidos ⁵: alunos do último ano da faculdade passaram a considerar rotineiros problemas éticos que tinham encontrado já no primeiro ano. Esse dado preocupante leva a certas perguntas: qual é a base em conhecimentos de bioética dos nossos estudantes de medicina? Eles dão a devida importância para esse ensino ao longo do curso? Conhecem os códigos de ética médica para agir eticamente?”(82)

“O adequado exercício da medicina impõe que o profissional reconheça o paciente como ser biopsicossocial e, para tanto, torne-se indispensável aperfeiçoar sua formação em ética e bioética. Esta pesquisa teve como base análise comparativa sobre a oferta da disciplina de ética e bioética em faculdades de medicina do Brasil e

da América Latina e Caribe, considerando as seguintes variáveis: carga horária total dos cursos, carga horária destinada às disciplinas, conteúdos temáticos e momento em que são oferecidos, se pontualmente em disciplina isolada, ou transversalmente ao longo de todo o curso. Em síntese, obtivemos como resultado que a carga horária destinada ao ensino de ética e bioética, quando comparada com a carga horária total do curso, foi muito exígua e com nítida tendência de ser oferecida em disciplina isolada alocada preferencialmente no período pré-clínico de formação acadêmica.”(83)

A promoção do ensino da bioética e da ética médica nos cursos de medicina começou por ser assumido nos países anglo-saxões, mas rapidamente se espalhou por todo o mundo democrático. Por exemplo, o estudo de Tavares et al.(84) demonstrou que também nos países de língua portuguesa começa a estar hoje generalizado este tipo de ensino com vista à aquisição de competências específicas em ética, e mesmo nos países de cultura oriental como a Índia, verifica-se a mesma tendência.(85)

9) DA SEGUNDA PESQUISA – EPI NA PANDEMIA PELO COVID-19

Dando sequência ao trabalho científico inicial completando a primeira pesquisa através da realização de uma pesquisa complementar esta segunda pesquisa, também de abrangência nacional, com o propósito de somar situações críticas das quais foi submetida a classe médica brasileira em seu ambiente laboral, já que o motivo da não distribuição do EPI pode impor um maior risco de vida, além do necessário, causado pelo contato com o vírus mortal do Covid-19. Ambas as pesquisas estão diretamente ligadas a QVT da classe médica brasileira.

9.1) Características da segunda pesquisa

Optamos por realizar nesta pesquisa também original e já publicada com características embasadas no modelo Quantitativo que é também completada por característica de pesquisas aplicada e bibliográfica com o objetivo de buscar com os resultados auferidos nos conhecimentos que possam melhor servir como uma base proporcionando a partir de então novas propostas de trabalhos, gestão e caminhos para temas que tratam da QVT e bioética.

9.1.1) Como uma Pesquisa Quantitativa

Nesta pesquisa o conceito quantitativo⁽⁷³⁾ busca os dados numéricos onde numa estatística apresentada pelos nos dados específicos foram diretamente identificados e extraídos dos websites das entidades representativas da classe médica brasileira.

9.1.2) Como uma Pesquisa Aplicada e Bibliográfica

Em momentos que antecederam o processo da realização desta pesquisa se buscou informações técnicas para alicerçar o entendimento, análise e conclusão desta pesquisa, portanto ela também é uma pesquisa Bibliográfica. Fundamentalmente esta pesquisa também visa ser aproveitada como parâmetro e embasamento para solucionar processos pertinentes ao planejamento e operacionalidade do contexto laboral da classe médica em busca de uma melhor medicina e ética; sendo; portanto, uma pesquisa aplicável.⁽⁷³⁾

9.1.3) Covid-19 uma incógnita, demanda e corrupção

Há um ditado popular que diz “Nada que está ruim que não possa piorar”. Há um comprometimento pessoal e social na relação médico-paciente.⁽⁸⁶⁾ Foi o que ocorreu com

a baixa QVT do médico brasileiro durante a pandemia pelo Covid-19 onde agregou para aqueles que não receberam na pandemia os EPI um risco de morte maior do que o necessário pela exposição aberta ao contato com o Covid-19. *“We observed a huge burden of insomnia episodes and other sleep disturbances in health care professionals during the COVID-19 pandemic.”*(5,87)

O sistema de saúde público brasileiro além de ser historicamente precário, com diagnósticos de má gestão, se soma também ao vírus destruidor de difícil combate que é a corrupção em todos os níveis federativos como um exemplo recente divulgado pela CNNBrasil, onde Valor mais barato pago por unidade é de R\$ 48,7 mil em Minas Gerais, e o mais caro, de R\$ 215,4 mil, gasto pelo governo de Roraima(88,89,90). Fatos que de forma lastimável ocorreram inclusive neste período muito triste da pandemia Covid-19 intensificado pela dispensa de processo licitatório por um decreto presidencial e posteriormente tornou-se lei vigente deste período, aprovada pelo parlamento. O quadro se intensificou com um aumento exponencial da demanda por serviços e insumos médico-hospitalares, que além das rotinas diárias somaram-se neste bojo os pacientes enfermos decorrente da pandemia, que não só teve o envolvimento de uma determinada região do país, mas de todas elas. O caos foi instalado e multiplicado. Quanto à produção de insumos e equipamentos médico-hospitalares e toda a cadeia que participam dos processos de produção destes materiais estavam também sofrendo um impacto no aumento da demanda, fato universal de urgência, o que ocasionou num primeiro momento falta destes materiais, mesmo para países que possuíam recursos para a sua aquisição como os Estados Unidos da América. Tivemos também além da quantidade enorme de novos pacientes, somou-se dentro deste contexto pandêmico um total desconhecimento com o todo o envolvimento e lido em si com a patologia provocada pelo Covid-19, o que necessitou novas estratégias.(91) Estes dois fatores principais devem marcar o histórico da humana de forma inesquecível. Esta experiência deve desencadear críticas com relação a organização do sistema de saúde internacional capitaneado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da reestruturação nos processos de fabricação nacional de insumos, equipamentos médicos hospitalares e sua logística.(92)

10) DESENVOLVIMENTO PARA A SEGUNDA PESQUISA

Somando a esta afirmativa, Maluf e Nunes(86) que identifica a falta na distribuição em momentos cruciais dos EPI para os profissionais médicos no combate da Covid-19 comprometendo o segundo nível das necessidades da escala de Maslow, a segurança de vida.

“The COVID-19 pandemic, which started in 2019 in the People’s Republic of China, spread worldwide and was officially reported in Brazil in February 2020, with its extremely negative aspects becoming more evident in the areas of administrative management involving public health in several countries, including its social and economic consequences. This pandemic also revealed the need for a greater interchange between nations, to stimulate a new proposal to improve the World Health Organization for the practice of data transparency, and for the real need for investments that necessarily transform the management of health services into a higher level and move away from the theme of chronic rhetoric that characterizes some governments. There is an imperative need for more robust national security strategies, as demonstrated by the need to produce our own medical supplies, not depending on other nations for such supplies, efficient logistics to assist in the distribution of equipment and supplies, and so on. Poor management has a negative impact on the QWL of medical professionals. In a global assessment, we cannot forget the human condition of physicians.”(86)

A pandemia teve início oficial no Brasil a partir do dia 26 de fevereiro de 2020 com o primeiro caso confirmado pelo Ministério da Saúde de um homem de 61 anos, empresário, e morador da cidade de São Paulo vindo da região da Lombardia na Itália. Segundo as autoridades sanitárias apontam como pouco provável que ele tenha sido o primeiro paciente. A doença se espalhou rapidamente. Em menos de um mês após a confirmação do primeiro caso, a transmissão comunitária estava acontecendo em algumas cidades brasileiras. A

primeira morte por COVID-19 no Brasil aconteceu em 17 de março de 2020. Este caso foi também em um homem idoso residente da cidade de São Paulo/SP, o qual tinha diabetes e hipertensão, mas não tinha registro de viagem ao exterior.(93,94)

Esta pandemia pelo Covid-19 foi referida como tendo o seu foco inicial na cidade de Wuhan, província localizada na República Popular da China, que posteriormente comprometeu praticamente todos os países do mundo, levando-os a um enorme esforço global para suprir as demandas pelos serviços de saúde, e por fim comprometendo drasticamente ainda mais as economias das nações. Pandemia esta que se arrastou pelo ano de 2020, e adentrando no ano de 2021 e início de 2022. *"The novel human corona virus disease COVID-19 has become the fifth documented pandemic since the 1918 flu pandemic. COVID-19 was first reported in Wuhan, China, and subsequently spread worldwide."*(95)

Esta pandemia também levou um macro investimento em saúde pública para o seu combate, o que pode ter comprometido os orçamentos das nações. Em resumo *"[...] external private finance inflows to developing economies could drop by USD 700 billion in 2020 compared to 2019 levels, exceeding the immediate impact of the 2008 Global Financial Crisis by 60%."*(96)

"The analysis of the impact of the Covid-19 shock has been mostly concentrated on China and advanced economies, since they were initially more affected by the pandemic, account for three quarters of world output and have the monetary and fiscal policy space to respond. However, since two-thirds of the world population live in the (remainder of the) developing world, the responses to the current shock must include dedicated and actions for developing countries, at all income levels. In general terms, there are three main transmission mechanisms or channels through which the Covid-19 shock can be expected to increase financial pressures on developing economies over the coming months."(97)

Há na relação do binômio médico e paciente fundamentada pelos princípios éticos que são parte integrante da bioética fazendo dela uma estrutura forte que persiste desde tempos remotos.

Deveria o estado por respeito à figura da pessoa humana do médico contemplar com uma boa prática na gestão dos serviços públicos de saúde não exigindo de forma irresponsável que estes profissionais arriscassem suas vidas, além do risco natural da profissão, comprometendo sua QVT na promoção das ações técnicas específicas e necessárias durante a pandemia pelo Covid-19 pela deficiente distribuição e fornecimento de EPI.

"As pontas se ligam à mistanasis, silenciosa, pouco discutida e causadora de revolta muito menor do que merece, um crime ainda não tipificado no Código Penal, que provém da etimologia grega (mys=infeliz; thanathos=morte; "morte infeliz"). Trata-se de morte miserável, precoce e evitável. É a morte oferecida pelos três níveis de governo, através da pobreza mantida, da violência, das drogas, da falta de infraestrutura e de condições mínimas de se ter uma vida digna."(98)

Fatos levantados pelas estatísticas, *"do período de 20 de fevereiro de 2020 a 27 de junho de 2020, onde incluiu um total de 19.037 médicos contaminados, sendo 247 destes levados ao óbito."*(99) Estendemos este levantamento até no último dia de agosto de 2020.

Como no Brasil o setor público é o "grande patrão" da classe médica este problema é mais agudo, sendo evidente a necessidade de construir uma verdadeira política de gestão eficaz para o RH médico.

"Conforme já ressaltado, o inquérito realizado revelou que 21,6% dos médicos trabalham apenas no setor público, enquanto 26,9% estão exclusivamente no setor privado. Como há sobreposição – 51,5%, dos médicos atuam concomitantemente nas esferas pública e

a privada – pode-se afirmar que 78,4% dos médicos têm vínculos com o setor privado e 73,1%, com o setor público."(34)

Está pandemia fortaleceu a necessidade inexorável desta reformulação no campo administração, principalmente no setor público, promovendo uma atenção verdadeira, que deve ir além da sua constante retórica de uma política irresponsável que sempre estiveram presentes nas instituições dos estados. Uma atitude contrária ao processo de eficácia em gestão pública pode parecer, dentre outros, que o estado é também condescendente com a prática da mistanásia para com a classe médica.

"A redução sistemática do financiamento da saúde; o mau uso do dinheiro disponível no orçamento; fechamento de leitos, serviços e unidades de saúde; a abertura indiscriminada de escolas médicas; o desprezo e a desvalorização de médicos e outros profissionais; a falta de comprometimento dos três poderes com a qualidade de vida da população, corroída pela corrupção, incompetência e desumanidade são as facetas da mistanasis que afetam a vida e a morte, aumentando a vulnerabilidade dos mais necessitados."(100)

Denúncias individuais por todo o Brasil surgiram no período desta epidemia pelo Covid-19, fatos que são reforçadas pela divulgação nos websites oficiais também das instituições representativas da classe médica.

"Até a metade do mês de maio 2.988 cidades já tinham registro do Covid-19, com óbitos em 1.087 delas, de um total de 5.570 municípios."(101)

10.1) Escala de Maslow abordando o trabalho médico

Escolhemos a clássica da Escala de Maslow como referência por ter ela um caráter universal mais aceito para ser aplicada no processo que queremos fundamentar a pesquisa.

A falta na distribuição de EPI para a classe médica que lida na linha de frente para o combate da pandemia pelo Covid-19 pode gerar uma exposição muito maior ao vírus, deixando o profissional com maior risco de contágio de uma patologia que pode ser fatal. Sendo assim, o comprometimento do segundo nível da Escala de Maslow, a segurança, pode promover todo um estado de desequilíbrio mental destes profissionais pela maior exposição ao risco de morte que é claramente aumentado. Fato é que nesta pandemia muitos tiveram comprometimento real do seu quadro de saúde física e mental, com centenas de afastamento laboral, hospitalização e muitas mortes. Estes médicos apresentaram um quadro patológico com diagnóstico codificado no CID 10: F43.0, Reação aguda ao "stress"; F43.2 - Transtorno de Adaptação, e Z73. Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida. Sendo que no Código Internacional de Doenças 11(102) esta patologia está codificada como QD85, *burnout*, denominada também de SEP. Atualmente esta patologia continua vinculada à Medicina do Trabalho.

No CID 11 a SEP/SB na sua nova classificação, SEP/SB é considerado um estresse crônico de trabalho que não foi administrado com sucesso. O *burnout*, de acordo com a nova classificação da OMS, deixa de ser identificado como um problema de saúde mental com quadro psiquiátrico e passa a ser oficializado como “estresse crônico de trabalho que não foi administrado com sucesso.”(103)

“Essa alteração na descrição da doença já havia sido aprovada em 2019, na 72ª Assembleia Mundial da OMS. No documento, a Organização caracteriza síndrome por sensação de esgotamento, cinismo ou sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida. Esse esgotamento refere-se especificamente a fenômenos relativos ao contexto profissional e não deve ser utilizado para descrever experiências em outros âmbitos da vida. A nova classificação da OMS deve estimular empresas a investigar ainda mais o ambiente laboral e propor ações estruturadas para torná-lo mais saudável, mitigando riscos. Especialmente na área da saúde, uma pesquisa da PEBMED, publicada em novembro de 2020, aponta

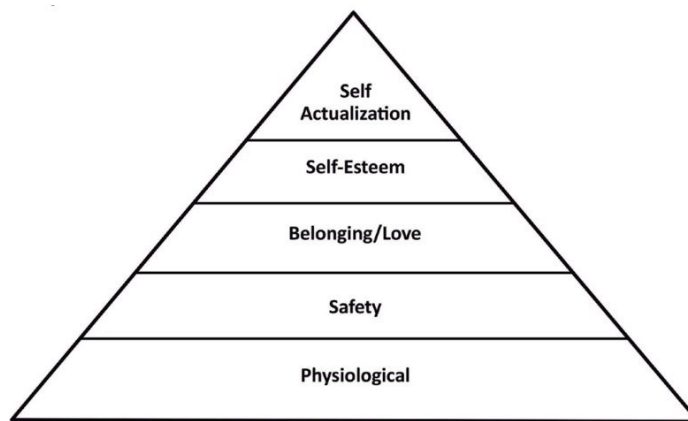
para a necessidade de ações imediatas para o bem-estar de toda a equipe que presta assistência. Isso porque, durante a pandemia, a PEBMED apurou que 78% dos profissionais de saúde tiveram sinais de síndrome de burnout, com prevalência entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.”(104)

Esta nova classificação no CID 11 deixa a SEP/SB saindo da esfera puramente psiquiátrica, e passa para o âmbito da interação pessoal, interpessoal no nível da administração de serviços – a relação individual com a empresa, ainda que também permaneça na esfera da medicina do trabalho. Portanto, cabe também fazer as considerações onde o processo negativo formador, também é um mal administrado na área do RH. O fato administrativo que pode interferir no contexto da patologia.

“Hoje a precariedade do trabalho médico já conta com diversos pesquisadores que fazem atentar para esta realidade da classe médica trabalhadora. O exemplo que coloca Elizabete Costa Dias no texto: De modo simplificado, observa-se, na atualidade, que o processo de trabalho em saúde e o exercício da medicina, em particular, são caracterizados por situações-limite em que predominam uma carga de trabalho excessiva e a expectativa de alta performance, com longas jornadas e intensificação do trabalho, nos plantões à distância, por exemplo, múltiplos vínculos, assumidos para garantir uma renda mínima, condizente com as expectativas sociais, baixa autonomia, dificuldades crescentes relacionadas à deficiência de infraestrutura, especialmente nos serviços públicos, e redução do prestígio social. Formas instáveis de contratação e vínculos frágeis dos trabalhadores entre si e com os empregadores reais repercutem em perdas de direitos e da proteção ao trabalhador assegurada na legislação vigente e no acesso à educação permanente, resultando em maior vulnerabilidade, muitas vezes encoberta ou invisível.”(105)

O número de profissionais de saúde com Covid-19, incluindo os médicos, também com incidência de óbitos, foram muito significativos no Brasil. *"De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil teve 31.790 casos de profissionais da saúde confirmados para Covid-19. Outros 114 mil casos estão sob investigação. O Brasil é ainda o país onde mais morrem enfermeiros no mundo por conta da epidemia."*(100) Morreram 893 médicos pelo Covid-19 no período do início da pandemia até dezembro de 2021.(106)

Figura 14 – Escala de necessidades de Maslow



Fonte: Adaptado de Chiavenato, 2009(107).

Segundo Maslow os seres humanos possuem a necessidade vital de buscar autorrealização pessoal e profissional, e todos os indivíduos estão inseridos nesta escala gradual e ascendente, que inicia seu primeiro nível com as “necessidades fisiológicas” até atingir o quinto e último nível, o da “realização pessoal”. Talvez pelo fato de a classe médica ter um nível educacional mais apurado e os propósitos inseridos em uma profissão respaldada e embasada na forte relação médico-paciente, ética e humanidade, os levou, mesmo com um risco maior de morte, se manter sistematicamente nas suas atividades na quase sua totalidade.

“No âmbito desta amostra, conclui-se que a Teoria das Necessidades de Maslow, quando aplicada ao ambiente de trabalho, apresenta uma tendência crescente de preferência em relação ao nível de

escolaridade, ou seja, quanto maior o tempo de estudo, mais altas, na escala de Maslow, são as necessidades das pessoas.”(108)

“The safety needs. -- If the physiological needs are relatively well gratified, there then emerges a new set of needs, which we may categorize roughly as the safety needs. All that has been said of the physiological needs is equally true, although in lesser degree, of these desires. The organism may equally well be wholly dominated by them. They may serve as the almost exclusive organizers of behavior, recruiting all the capacities of the organism in their service, and we may then fairly describe the whole organism as a safety-seeking mechanism. Again we may say of the receptors, the effectors, of the intellect and the other capacities that they are primarily safety-seeking tools. Again, as in the hungry man, we find that the dominating goal is a strong determinant not only of his current world-outlook and philosophy but also of his philosophy of the future. Practically everything looks less important than safety, (even sometimes the physiological needs which being satisfied, are now underestimated). A man, in this state, if it is extreme enough and chronic enough, may be characterized as living almost for safety alone.”(109)

Independentemente do comprometimento do segundo nível hierárquico da escala de Maslow e do seu nível educacional os médicos estavam submetidos, da sua resiliência, inexoravelmente ao aumento do risco de morte pela Covid-19 pela ausência dos EPI. Este fato, maior flexibilidade no trânsito das necessidades da escala de Maslow devido ao seu nível educacional e o lido com seres humanos não retira do estado o seu compromisso em fornecer tais equipamentos. Portanto, a sofisticação das necessidades de Maslow pertinentes à classe médica, na proporção do seu nível de escolaridade e inserção na forte relação médico-paciente, não redundava numa ausência *sine qua non* de suas necessidades reais de segurança.

"Nível de segurança: queixas relativas à segurança e estabilidade no trabalho, ao medo de ser despedido arbitrariamente, a não poder planejar o orçamento familiar devido à falta de garantia quanto à permanência no trabalho, à arbitrariedade do supervisor com respeito a possíveis indignidades a que o indivíduo tenha que se submeter para se manter no trabalho, à própria segurança física com relação a possíveis acidentes no trabalho, a uma assistência médica mais eficiente e atuante."(110)

Conforme pesquisa *"a falta de equipamento de proteção individual (EPI) e EPIs inadequadas foram citadas como a causa de morte especialmente em nações em desenvolvimento e na Itália, diz a pesquisa."*(100) Apesar de apresentar o risco de vida, agravado ainda mais pela não distribuição de EPI, dentro deste contexto da pandemia pelo Covid-19, a classe médica não furtou da sua responsabilidade como um profissional de saúde.

"COVID-19 health crisis has exacerbated violence against doctors and healthcare workers. They have become unforeseen targets in the fight against the current pandemic. For a sustainable protection of the healthcare workers, the current Ordinance needs to be further extended and incorporated into existing laws in the form of a strict, permanent legislation that is strictly enforced. It would improve the safety of the very individuals who carry out their duties fearlessly for the benefit of sick patients, either during a health crisis such as the current pandemic or during traditional times."(111)

"Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, estão submetidos a enorme estresse

ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho, frequentemente, inadequadas. [...] A proteção da saúde dos profissionais de saúde, assim, é fundamental para evitar a transmissão de Covid-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas. Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto.”(112)

O comprometimento do nível de segurança vivenciado pela classe médica brasileira foi traduzido pelas centenas de denúncias ocorridas junto às suas instituições representativas e pela imprensa. Por uma conformidade racional, fato é que se os médicos não se sentissem ameaçados e com real risco de vida pela falta na distribuição dos EPI não haveria o porque de tantas denúncias por todo o país. Fato é que houve uma ameaça e risco de vida real.

“Os profissionais e os trabalhadores de saúde envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da pandemia estão expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo coronavírus, sendo que a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho. Problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, ademais, não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade da atenção prestada aos pacientes. A proteção da saúde dos profissionais de saúde, assim, é fundamental para evitar a transmissão de Covid-19 nos

estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPIs, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas. Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores de saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto.”(112)

Pela existência dos fatos ocorridos na pandemia pela Covid-19 parece remeter a relação entre os gestores públicos e a classe médica para um nível muito primitivo, aquém das atitudes de um país civilizado. Onde a preocupação e cuidado para com a classe médica comprometeram o segundo nível da escala de Maslow, e consequentemente a QVT.

"A quality of life (QOL) theory developed from Abraham Maslow's human developmental perspective is presented. Developed societies involve members who are mostly preoccupied in satisfying higher-order needs (social, esteem, and self-actualization needs), it is argued, whereas less developed societies involve members who are mostly preoccupied in satisfying lower-order needs (biological and safety related needs). QOL is defined in terms of the hierarchical need satisfaction level of most of the members of a given society. The higher the need satisfaction of the majority in a given society the greater the QOL of that society. Institutions are designed to serve human needs in a society, and therefore a society's QOL. Societal institutions that serve human needs include productive, maintenance, managerial/political, and adaptive institutions. Each of these types of societal institutions involve a hierarchical dimension. It is argued that progressive increases in QOL are accompanied with hierarchical changes of these societal institutions.”(113)

Diversas pesquisas realizadas por importantes entidades de saúde com respaldo nacional e internacional deixaram evidente o grande comprometimento na saúde o trabalhador médico

durante o evento desta pandemia. Por isto e outras tantas mais a profissão médica de fato é muito especial, além de ser uma profissão de risco.

“Após um ano de caos sanitário, a pesquisa retrata a realidade daqueles profissionais que atuam na linha de frente, marcados pela dor, sofrimento e tristeza, com fortes sinais de esgotamento físico e mental. Trabalham em ambientes de forma extenuante, sobrecarregados para compensar o elevado absenteísmo. O medo da contaminação e da morte iminente acompanham seu dia a dia, em gestões marcadas pelo risco de confisco da cidadania do trabalhador (perdas dos direitos trabalhistas, terceirizações, desemprego, perda de renda, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, transporte alternativo e alimentação)”, detalhou a coordenadora do estudo, Maria Helena Machado.”(114)

11) METODOLOGIA DA SEGUNDA PESQUISA

Os dados e notícias relativas na pesquisa sobre a distribuição de EPI foram identificados através do levantamento nacional junto às instituições oficiais representativas da classe médica, dos governos e imprensa.

Nos dados oficiais de abrangência nacional se procurou respeitar as informações emanadas no cotidiano destas instituições abordando todos os 26 estados da federação e o Distrito Federal.

11.1) Fase 1

Primeiramente foi realizada uma prospecção nacional para identificar as principais instituições representativas da classe médica brasileira. Após a correta identificação das

instituições, e acesso aos dados, estes foram coletados de forma contínua, dia a dia, iniciados no primeiro dia do mês de janeiro até o final do mês de agosto de 2020, no pico da pandemia no Brasil. Os levantamentos dos dados e notícias realizados foram feitos através do acesso junto aos seus websites oficiais ativos, com o foco nos respectivos links em datas específicas das publicações que trataram exclusivamente do tema: Oferta do EPI para a classe médica na pandemia pelo Covid-19.

Os dados e notícias foram coletados junto aos websites das seguintes instituições: CFM e todas suas 27 (vinte e sete) regionais, Conselhos Regionais de Medicina (CRM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e suas 27 federadas. Também as duas federações sindicais, a Federação Nacional dos Médicos (FENAM); em Notícias; que congrega os 16 (dezesesseis) sindicatos estaduais (Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Sergipe), e outras 5 subregionais (Juiz de Fora e Zona da Mata/MG, Niterói, São Gonçalo e Região/RJ, Norte do Paraná/PR e Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá, e Praia Grande/SP); e a outra sindical de nível federal a Federação Médica Brasileira (FMB), que congrega outros 8 estados restantes (Acre, Alagoas, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Santa Catarina e Tocantins), e 3 subregionais (Anápolis, Campinas e Região, Região Sul de Santa Catarina).

11.2) Fase 2

O levantamento somou também com buscas de fatos econômico-financeiros nos websites oficiais dos governos relacionados com o enfrentamento da Covid-19. Após os levantamentos realizados foram construídas as tabulações em uma planilha Excel dos dados auferidos. Foram realizados levantamentos junto aos diversos bancos de dados das publicações nacionais e internacionais para dar sustentação teórica ao artigo. Com todos os dados em mãos foi realizada a construção e conclusão do artigo para sua publicação.

12) A PANDEMIA PELO COVID-19

A segunda década do século XXI foi marcada na área da saúde pública mundial por uma nova pandemia que abateu praticamente quase todas as nações do globo, o que remete às grandes catástrofes como há cerca de cem anos com a gripe espanhola em 1918, e pelos tempos idos de 1400 com a pandemia da peste negra que varreu 1/3 da população europeia.

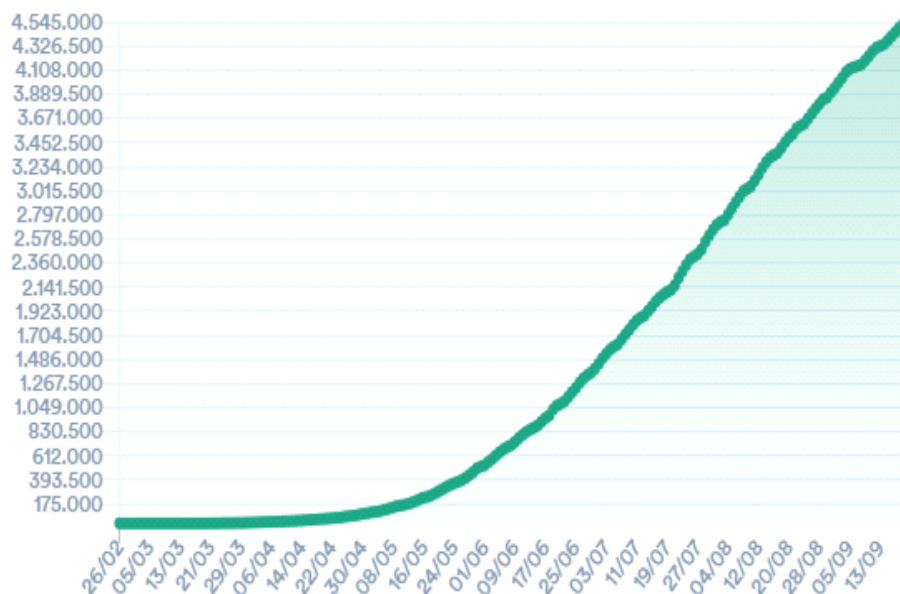
12.1) COVID-19 E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde somente considerou a Covid-19 como uma epidemia global após março de 2020 quando ela já se encontrava espalhada por mais de 114 países. Isto de certa forma contribuiu para dificultar o seu controle. *"The COVID-19 pandemic has spread to more than 114 countries before it was officially declared as a pandemic by the WHO on the 11th of March 2020."*(115)

12.2) COVID-19 NO BRASIL

O levantamento realizado acompanhou o desenvolvimento do Covid-19 no Brasil e os repasses financeiros que iniciaram como rotina a partir do mês de fevereiro de 2020, até a data da pesquisa, conforme o gráfico emitido pelo Governo Federal.(116)

Figura 15 - A presença das notificações do Covid-19 no Brasil



Fonte: Painel Coronavírus(116).

13) INSTITUIÇÕES MÉDICAS E EPI

De norte a sul, de leste a oeste, há exemplos por todo o Brasil, sendo que A FENAM e a FMB solidarizam-se com os quase 32 mil médicos brasileiros e demais profissionais da saúde que contraíram a Covid-19 e outros quase 115 mil que estiveram com suspeita da doença.

As entidades também lamentaram cada vida perdida de trabalhadores da saúde que com coragem honraram a profissão na linha de frente na luta contra o coronavírus. Nesta pandemia o dever ético, a resiliência e a coragem da classe médica e de nossos parceiros os enfermeiros, foram vitoriosos, e honraram a suas profissões com muito louvor.

Reflexo desta má conduta administrativa o Brasil apresentou até ao final deste projeto a posição crítica como o primeiro país do mundo em mortes de profissionais de saúde,

superando Estados Unidos, Espanha e Itália juntas.(117) Pelos quatros cantos do Brasil houve denúncias relativas à falta de EPI para a classe médica.

Exemplos de acontecimentos que foram uma triste realidade por todo o Brasil no momento da pandemia pelo Covid-19.

13.1) Região Norte – Sindicato no Amazonas

O Sindicato dos Médicos do Amazonas foi um dos sindicatos estaduais que tiveram de entrar com uma solicitação junto à justiça para fazer valer a entrega dos EPI para a classe médica no enfrentamento da Covid-19. Sendo necessária a atuação do ministério público (MP) para fazer valer a distribuição dos EPI aos médicos que estavam no enfrentamento da Covid-19 junto às instituições públicas de saúde. *“O Simeam tem no Ministério Público do Trabalho um importante parceiro na defesa dos interesses dos médicos do Amazonas.”*(118)

13.2) Região Nordeste – Sindicato no Piauí

A atitude e comportamento por parte dos órgãos de estado responsáveis não fornecendo de forma adequada o EPI para a classe médica que faz parte do grupo de profissionais mais expostos ao Covid-19, juntamente com os enfermeiros no enfrentamento desta pandemia, este comportamento se assemelhou àquele embasado na mistanásia.

“No Piauí, ainda não chegamos ao pico da doença e já vivemos um momento de grande apreensão pela falta desses EPIs. Esse fato não se justifica e é criminoso colocar os médicos para fazer atendimentos a pacientes nessa situação. Uma desorganização dessa grandeza não deve ser desculpada, pois vai ceifar a vida de muitos médicos, como aconteceu em outros países. Mais ainda, se um adoecer ou falecer, será um a menos para ajudar nessa luta. Precisamos que os gestores

sejam consequentes com a vida humana”, finaliza Lúcia Santos, diretora do SIMEPI.”(119)

13.3) Região Sudeste – Minas Gerais

Também os profissionais dos serviços públicos de atendimento à população deste estado tiveram de agir de forma legal com o apoio do MP para fazer valer a distribuição de EPI durante a pandemia pelo Covid-19. Como outras instituições representativas da classe médica o sindicato disponibilizou canais para os médicos fazerem suas denúncias sobre a ausência dos EPI no seu ambiente laboral, sendo o maior canal pertencente à AMB aquele que mais recebeu as denúncias.

"Pensando na segurança dos profissionais de saúde frente à pandemia da COVID-19, o Ministério Público do Trabalho (MPT) criou um canal online para receber denúncias referentes ao descumprimento das recomendações enviadas pelo órgão às secretarias municipais, estabelecimentos do setor e laboratórios de Belo Horizonte e de outros municípios mineiros. O alerta do MPT é para a necessidade do fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivos, adequação de veículos que transportam profissionais e materiais biológicos, fornecimento de insumos e capacitação para os profissionais da saúde. Para enviar a denúncia, o profissional deve preencher o formulário online disponível em <http://ow.ly/ghjc50yVNGg>".(120)

13.4) Região Sul – Sindicato no Paraná

Também o estado do Paraná foi obrigado pelas circunstâncias imperiosas buscar junto ao MP fazer valer a obrigatoriedade da distribuição do EPI para a classe médica das instituições públicas do estado.

"Liminar do Desembargador Ricardo Tadeu Marques da Fonseca do TRT-PR determinou, nesta manhã (20.04.2020) a entrega de máscaras de proteção respiratória (respirador particulado – N95/PFF2 ou equivalente) para todos os médicos que atuarem em procedimentos com risco de geração de aerossóis, independentemente de ser o paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo coronavírus, porque também estes pacientes podem propiciar contaminação da Covid19. A decisão é dirigida à Fundação Municipal de Curitiba (FEAS) que contrata por concurso mais de 700 médicos que atuam nas UPA (Unidades de Pronto Atendimento), SAMU, Hospital do Idoso e outras unidades da rede pública de saúde de Curitiba. A ação foi proposta porque a Fundação está restringindo a entrega de EPI apenas a médicos que estejam em contato com pacientes com sintomas do coronavírus. A decisão esclarece que é evidente a transmissão do coronavírus também por pessoas assintomáticas (sem sintomas), daí a razão da liminar (e da obrigação de entrega). A decisão atende pedido formulado em Mandado de Segurança pelo Sindicato dos Médicos do Paraná. A Dra. Claudia Paola Carrasco Aguilar destacou que a decisão assegura o direito fundamental à saúde dos profissionais médicos, constante do art. 6º da Constituição."(121)

13.5) Região Centro Oeste – Sindicato em Goiás

Um exemplo relativo às Organizações Sociais de Saúde (OSS), que são instituições filantrópicas do terceiro setor e sem fins lucrativos, que são responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde/SUS em todo o país, em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde, algumas delas também tiveram de receber os EPI através de demandas judiciais.

"A juíza Cleuza Gonçalves Lopes da 18ª Vara do Trabalho de Goiânia concedeu liminar em ação civil pública impetrada pelo SIMEGO em face das Organizações Sociais que gerem hospitais públicos, objetivando o fornecimento de equipamentos de proteção individual, treinamentos acerca de procedimentos referente aos casos de COVID-19, bem como treinamentos de paramentação e desparamentação dos EPI. A saúde e integridade física dos médicos é fundamental neste momento em que enfrentamos uma pandemia e o SIMEGO não irá medir esforços para que os direitos da classe médica sejam cumpridos."(122)

13.6) Conselho Federal de Medicina e EPI

O CFM como sendo a instituição máxima representativa da classe médica brasileira, e respaldada pela Constituição 1988, é uma autarquia federal – tem prerrogativas como a cobrança de taxas e o uso do selo da república, esta entidade se mostrou preocupada com os riscos decorrentes da falta de EPI para seus filiados. Sendo assim, iniciou uma série de recomendações específicas, resoluções, sugestões e reuniões com representantes do governo federal com o objetivo de mitigar os problemas decorrentes desta pandemia. Ele disponibilizou um link direto no seu website oficial para preenchimento de formulários relativos às denúncias do tema deste artigo - falta de EPI.(123)

"De acordo com o levantamento do CFM, a queixa recorrente – cerca de 38,2% dos casos – está relacionada à falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), considerados obrigatórios para o enfrentamento de epidemias. Apesar da recomendação das autoridades sanitárias, como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 1.585 formulários denunciaram falta de máscara N95 ou equipamento equivalente. Também foi notificada falha na oferta de aventais (1.417 relatos), óculos ou protetor facial (1.215), máscara cirúrgica (1.038), gorro (697) e luvas (496)."(123)

Os dados das denúncias feitas pelos médicos junto ao CFM não foram disponibilizados, nem para os médicos. Somente serviu de base para promover ações específicas por parte da entidade.

13.7) Associação Médica Brasileira e EPI

A AMB é a instituição associativa que congrega e participa da titulação de todas as 54 especialidades médicas reconhecidas no Brasil. Foi nesta instituição onde os dados coletados foram mais abundantes. Desde o dia 19 de março de 2020 a AMB tem disponibilizado uma plataforma específica para captação de reclamações e denúncias sobre a falta de EPIs para os profissionais da saúde que estão atuando na linha de frente em combate ao coronavírus (COVID-19). Para evitar represálias, a AMB garante o anonimato dos denunciantes. Para deixar o processo transparente, a AMB criou esta página para apresentação da pesquisa, que tem intuito colaborativo com a disponibilização do acesso aos dados totais sobre o tema. A partir dos relatos recebidos, a AMB comunica os estabelecimentos apontados, solicita esclarecimentos e a atualização das informações e notifica o Ministério da Saúde, os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, o CFM e o MP. A captação de denúncias continua em curso. Foram 3.796 denúncias por falta

de equipamentos de proteção para o lido com o COVID-19 até a data de 2020-06-24, com um link específico para denúncias no <https://amb.org.br/epi/>.(124)

Alguns sindicatos estaduais redirecionaram a partir das suas homepages um link direto para esta mesma página, a URL específica, da AMB que aborda o tema.

Houve dificuldades para a aquisição e distribuição dos EPI na sua fase inicial no Brasil, e praticamente em quase todo o mundo. Os estoques iniciais, a capacidade de aquisição e distribuição destes EPI foi abordada para esta pesquisa e definido como “não distribuído” dentro de um intervalo de tempo razoável observando e definido com base no princípio da racionalidade e razoabilidade. A pandemia gerou uma necessidade e esforço financeiro extremo das nações para deter e superar esta pandemia. Fato é que os próprios EUA, que “despendem 1,4 trilhões de dólares do seu orçamento em saúde, sendo que todo o orçamento brasileiro para o mesmo ano foi de 3,6 trilhões de reais.”;(125) ou quase duas vezes o valor total do orçamento brasileiro somente para a saúde, foi também a nação onde houve o maior número de casos do Covid-19. Ele também teve dificuldades para a distribuição de EPI para a classe médica, por extrapolação se baseando nos aspectos que envolvem a pandemia. cremos que países onde os recursos para a saúde sejam mais escassos este problema tende a ser mais agudo.

"The healthcare system of the United States (US) is known all over the world for its innovative and highly specialized patient care. The US spends a significant amount (17.1%) of the country's Gross Domestic Product (GDP) on health care, which is far more on healthcare as a percentage of its economy than any other developed nation. Nonetheless, the US has the highest number of cases (1,432,265 cases and 87,180 deaths; May 18, 2020) of COVID-19, and despite being the pinnacle of modern medicine, the healthcare system is strained and stretched to its very limits."(126)

14) ORÇAMENTO FEDERAL PARA O COVID-19

Foram emitidas aproximadamente 10 mil ações pertinentes ao orçamento federal específico para o enfrentamento do Covid-19 no período da pesquisa; oito meses no período de janeiro a agosto de 2020; que envolve o combate à pandemia do Covid-19 pelo governo federal.

Além da existência de recursos próprios de cada prefeitura municipal espalhada por todo o Brasil para as despesas em momentos de emergência médica, como a compra de suprimentos, principalmente nas capitais e grandes cidades onde a pandemia esteve presente já nos primeiros meses do ano de 2020, os orçamentos municipais foram acrescidos também com verbas federais para o combate da pandemia Covid-19.

Valores pagos do governo federal disponibilizou o valor de 524 bilhões de reais, 15,83% do orçamento federal, para o combate à pandemia pelo Covid-19 em 2020. Estes valores foram repassados aos estados e municípios brasileiros.⁽¹²⁵⁾ Sendo o total do orçamento normal para o ano anterior, em 2019 foi de pouco mais de 114 bilhões de reais.

15) BIODIREITO

Aqui também deparamos com a nítida afronta aos princípios do biodireito e da dignidade de pessoa humana para com a classe médica, onde se manifestou pela conduta da não distribuição dos EPI, o que levou a um maior risco de possível doença e morte para os profissionais que lidam diretamente com o Covid-19.

"Registre-se, desde já, que um grande equívoco cometido por alguns estudiosos da bioética é ainda acreditar que esta se resume tão somente aos quatro princípios básicos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. (Nota do autor: sentido estrito do principialismo introduzido por Beauchamp e Childress do Kennedy

Institute of Ethics, em 1989 os USA) Referidos princípios, no contexto histórico em que surgiram, e até na atualidade, são de extrema importância nas reflexões e práticas da bioética. Entretanto, não esgotam a disciplina, que se revela cada vez mais plural e complexa."(127)

A gestão inadequada dos serviços de saúde pelos entes públicos pode atingir os princípios do biodireito, das boas práticas da administração dos serviços médicos focando a QVT.

A bioética como ciência humana em constante evolução e que aborda questões de importância extremamente significativa no campo da vida humana tem em seu percurso os constantes encontros e debates na relação do paciente com si e com a sociedade. Assim, pelas suas especificidades e importância técnica requer uma abordagem também aprimorada já que trata diretamente com a figura humana em momentos da sua vida em que normalmente se encontrar fragilizada, seja como um paciente acometido por uma patologia aguda ou crônica, com repercussão física, mental ou de ambas. Justamente nestes momentos o médico deve ter a sensibilidade, que é própria e necessária da classe médica, para realizar a abordagem e procedimento específicos, como suporte técnico respaldando as questões do direito fundamental, seja intervindo diretamente pela própria condição que lhe é facultado pela leis vigentes. Na pandemia pela Covid-19 as condições da falta de QVT foram muito agravadas, levando a classe médica brasileira e mundial a um esforço muito além dos bons parâmetros para a preservação de sua saúde. No Brasil há constantes lutas que tentam e buscam promover uma melhor inserção e QVT no seu espaço laboral, tanto no nível público quanto privado, tendo que as instituições representativas da classe promover esforços hercúleos a todo o momento. Fato que foi constatado nesta pesquisa onde alguns sindicatos da classe médica precisaram recorrer às instâncias judiciais para conseguir EPI durante a pandemia pelo Covid-19. Como estamos ainda em uma sociedade onde há necessidade de ser regidas por leis, cabe a bioética dar as condições técnicas, orientações e estrutura de apoio que permitam a área do direito, especificamente do biodireito, direcionar as suas formulações com base nos seus princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.(128) O que foi presenciado durante esta pandemia foi a ruptura do princípio da

autonomia, motivado pelos esforços individuais, pelo compromisso humano que faz parte da carreira médica, do envolvimento com os pacientes, etc. que fizeram com que mesmo nas dificuldades extremas, com aumento real do risco de vida, submetido a um verdadeiro conflito interno, entre ser simplesmente humano e ser médico, em assumirem suas obrigações perante os pacientes. A classe médica, juntamente com outros profissionais, principalmente os enfermeiros, permaneceram nos seus “campos de batalhas”, e foram vitoriosos nos seus propósitos. Não houve justiça após o término da pandemia onde as promessas por melhores condições no trabalho e remuneração adequada foi vã. A classe médica brasileira continua com as condições de trabalho comprometidas na sua qualidade e na remuneração dos seus honorários. A beneficência para com a classe médica por parte das instituições, principalmente as públicas, caminhou a larga dos seus verdadeiros compromissos e respeito aos profissionais da saúde. O princípio da “*Primum non nocere*”, não maleficência, é para a quase totalidade dos entes governamentais uma palavra de dicionário, uma retórica, já que possuem a plena consciência dos processos que envolvem a saúde pública brasileira e dos RH médicos. São simplesmente um dos dois principais motes de todas as campanhas políticas o falso dizer: “tudo pela saúde”. Restando para a classe médica o descompromisso, a exaustão, o *burnout* e o cinismo.(129) Há a necessidade de haver um aprimoramento legal para verdadeiramente responsabilizar as malversações dos recursos públicos dirigidos para a saúde, que são constantes, e que tristemente, covardemente, ocorreram até durante esta pandemia, deveriam ser todos inseridos na lista de crimes hediondos.

“The COVID-19 pandemic—which has been (and will continue to be) a key issue throughout and beyond the 2020s—had an effect on individual–organizational relations and consequently, on organizational performance [11]. This took a toll not only on frontline workers (physicians, nurses, and hospital workers) but also on other public servants, such as municipal workers, not studied so far, who were affected by the changing the location of their work, tasks, the demands at work, and the demands they face outside work,

endangering the balance between professional and personal life [12,13].”(130)

16) PRIORIZAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO DOS EPI

A priorização dos profissionais da saúde em receber de forma prioritária os EPI se deve ao fato que estes estão diretamente na linha de frente e mais expostos ao contato com o Covid-19, já que são os serviços de saúde aqueles onde a população procura as soluções dos problemas decorrentes deste próprio surto pandêmico. Como responsáveis diretos pelo combate e acolhimento dos pacientes os profissionais de saúde obrigatoriamente devem estar saudáveis para a execução dos processos específicos, como também evitar o contágio da própria população.

"A necessidade de proteção contra um risco biológico é definida pela fonte do material, pela natureza da operação ou experimento a ser realizado, bem como pelas condições de realização. Não há controvérsias sobre o risco de contaminação quando se trabalha com patógenos conhecidos."(129)

A classe médica tem maior probabilidade de contrair o Covid-19 do que a população geral devido à exposição no ambiente de trabalho que lida diretamente com portadores do Covid-19. Conforme Nguyen et al.(131), *"Our findings could help provide greater context for previous cross-sectional reports from public health authorities suggesting 10-20% of SARS-CoV-2 infections occur among healthcare workers."*

Considerando a necessidade imperiosa de haver uma distribuição ética dos EPI para a classe médica, sendo que este equipamento durante a pandemia pelo Covid-19 sofreu uma forte explosão de consumo por todo o planeta, consequentemente necessitou de esforços de todos para equacionar a relação entre a demanda e oferta.

"It is difficult to think about rationing PPE to clinicians, particularly recognizing that decisions may expose some to a greater risk of infection. However, if these decisions must be made, they should be based on sound scientific and ethical principles, executed transparently and equitably, and subject to accountability. It is essential that we minimize any moral residue from decisions made during this pandemic so that once it is over, we can get about the task of rebuilding."(132)

"As the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic accelerates, global healthcare systems have become overwhelmed with potentially infectious patients seeking testing and care. Preventing spread of infection to and from healthcare workers (HCWs) and patients relies on effective use of personal protective equipment (PPE) – gloves, face masks, air-purifying respirators, goggles, face shields, respirators, and gowns. A critical shortage of all of these is projected to develop or has already developed in areas of high demand. PPE, formerly ubiquitous and disposable in the hospital environment, is now a scarce and precious commodity in many locations when it is needed most to care for highly infectious patients. An increase in PPE supply in response to this new demand will require a large increase in PPE manufacturing, a process that will take time many healthcare systems do not have, given the rapid increase in ill COVID-19 patients."(133)

O processo de fornecimento e distribuição dos EPI não ficou somente restrito a classe médica, mas sim para todos os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes acometidos pela Covid-19, como enfermeiros e fisioterapeutas e profissionais da limpeza das instituições de saúde.

"it is essential that health workers use PPE during the Covid-19 pandemic, but it is also essential to coordinate the supply chain for

these inputs, implement strategies that minimize the need for PPE and ensure proper use."(134)

17) A FALTA GLOBAL DE EPI

Com a grande demanda pelo produto houve um crescimento exponencial para sua aquisição a nível global, consequentemente um descompasso inicial na relação procura/oferta ocasionando sua falta inicial, geralmente com aumento do preço e comprometimento na sua distribuição.

"The Corona Virus Disease-2019 (COVID-19) pandemic continues its upward growth in terms of the rising caseload, attributed deaths as well as the geographical distribution. Owing to the sudden rise in the number of cases, the demand for personal protective equipment (PPE) has become very high and thus it resulted in their significant shortage. Hence, it is important to respond to the global shortage of PPE and this can be done by minimizing the need, promoting the rational use, and coordinating the supply chain mechanism. At the same time, steps should be taken to ensure more production of the PPE on an emergency basis. In conclusion, it is important to collectively respond to the shortage of PPE and ensure that they are available in adequate amount for the rational usage. However, the mere usage of PPE will not avert the possibility of acquisition of infection, unless it is supplemented with other standard infection prevention and control measures."(135)

"The current global stockpile of PPE is insufficient, particularly for medical masks and respirators; gowns and goggles are soon expected to follow suit. Surging global demand driven not only by the number of COVID-19 cases, but also by misinformation, panic-buying and stockpiling results in further shortages of PPE globally. Capacity to

expand PPE production is limited and current demand for respirators and masks cannot be met, especially if widespread inappropriate PPE use continues."(136)

Pela lógica da relação entre consumo e oferta a pandemia pela Covid-19 esteve em seus primeiros momentos apresentando uma deficiência quase global de EPI.

18) DA AQUISIÇÃO DO EPI PELOS ENTES PÚBLICOS

Tão logo iniciou o processo da pandemia o governo federal editou um decreto, posteriormente aprovado no parlamento brasileiro através da Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 – Medidas de enfrentamento à pandemia do coronavírus como aquela pertinente ao âmbito das dispensas das licitações e contratações com o Poder Público, lei que também proporcionou um mecanismo essencial para a aquisição de produtos e serviços, como a compra do EPI, sem esbarrar na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, Lei das Licitações. Esta lei 8.666 exige todo processo moroso para tais aquisições e contratações de serviços. O trâmite legal exigido pela Lei das Licitações demandam um tempo médio de 120 dias.(137)

Observa-se também o fato que há décadas, portanto anterior à pandemia pelo Covid-19, está presente na legislação brasileira a permissão para a aquisição dos produtos denominados suprimentos médicos para os casos emergenciais – compras emergenciais com valores "entre 80 mil e 150 mil reais", como é o caso para a compra de EPI, onde é dispensado o modelo licitatório padrão, embasado pela lei 8.666. Estas compras são realizadas através da modalidade licitatória carta-convite, os leilões virtuais – o pregão.(138)

Os recursos dos estados e dos municípios, além daquele despendido pelo governo federal, foram suficientes para a compra do suprimento EPI, item de valor baixo dentro do contexto global necessário para o enfrentamento do Covid-19. Os EPI é um instrumento barato, mas naquele momento foi tecnicamente indicado como fundamental para a proteção dos trabalhadores de saúde e dos próprios pacientes que buscam os serviços de saúde.

19) DADOS SOBRE A IPI E INSTITUIÇÕES

A pesquisa delimitou sua busca dos dados junto às instituições representativas da classe médica brasileira no período de 01 de janeiro a 31 de agosto de 2020, por oito meses.

Algumas destas instituições não possuíam até o final da pesquisa website para o acesso aos dados, como também a presença de seus websites ativos, mas que não constam de constam informações específicas sobre o tema desta pesquisa.

19.1) Das Tabelas IPI/Covid-19

As sequências de tabelas são pertinentes ao levantamento com o propósito de identificar as denúncias da classe médica brasileira e notícias específicas em relação à falta na distribuição adequada dos EPI na pandemia pelo Covid-19. A coleta de dados e notícias focou em todas as entidades representativas da classe que no momento da pesquisa possuem seu website institucional ativo e/ou existente.

19.1.1) Tabela 9

Dos dados relativos e pertinentes ao número oficial de notícias únicas, dia a dia, nos websites das instituições observou especificamente o tema da distribuição de EPI para a classe médica.

O levantamento aborda:

1)- A presença de um link específico para denúncias sobre o Covid-19 e EPI; CFM, AMB, FENAM e FMB;

2)- No menu Notícias/Comunicação/análogos sobre o assunto específico dia a dia que versa sobre a falta de EPI para a classe médica;

3)- A presença de ações judiciais dia a dia para o recebimento de EPI para a classe médica.

Tabela 9 – Notícias únicas sobre IPI/Covid-19 das instituições federais representativas da classe médica brasileira

Instituições Federais	CFM	AMB	FENAM	FMB
Link específico de denúncia EPI/Covid-19	Sim	Sim	Não	Não
Notícias específicas da falta de EPI	10	2	0	6
Ações legais das instituições médica/EPI	0	0	0	0

Observação: Não estão contemplados os dados relativos às instituições que não se manifestaram especificamente sobre o item pesquisado.

19.1.2) Tabela 10

Dados relativos dos sindicatos estaduais que demonstram no seu website oficial, geralmente na sua *homepage*, um link específico sobre o tema ou com redirecionamento para o link, URL, do website oficial da AMB que também trata do tema das denúncias da falta de EPI, que é contemplado com formulário próprio.

Tabela 10 – Sindicatos que em seu website tinham links específicos para denúncias e/ou para direcioná-lo ao website da AMB

Sindicatos Estaduais	DF	BA	MG	PR	PI	RJ	RN	RS
Link específico ou redirecionado	X	X	X	X	X	X	X	X

Observação: Não estão contemplados dados relativos às instituições que não se manifestaram especificamente sobre o item explicitado, ou onde o website se encontra inoperante no período definido pela pesquisa.

19.1.3) Tabela 11

Ação na justiça a imposição do EPI.

Dados relativos aos números das instituições médicas sindicais que buscaram na justiça a imposição da obrigatoriedade na distribuição dos EPI para a classe médica.

Tabela 11 - Sindicatos que tiveram ações legais para obter os EPI

Sindicatos Estaduais	AM	GO	MG	PR	RS	MT
Ações legais para EPI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Observação: Não estão contemplados dados relativos às instituições que não se manifestaram especificamente sobre o tema e/ou o website se encontra inoperante durante o período da pesquisa.

20) QUAIS CAMINHOS E SOLUÇÕES PARA O PROBLEMA?

Seria no nosso entendimento um estudo incompleto caso não houvesse sugestões e indicações norteadoras para sanar e propor soluções para os problemas que afligem a classe médica brasileira. Como exemplo a ciência da administração de empresas que nos proporciona e estimula em seus fundamentos a realizar mudanças estruturais nas

organizações com o objetivo de dar melhores instrumentos administrativos, leveza, qualificação e o caminho do sucesso nos campos gerencial e operacional para melhor construir o caminho da produção de produtos e serviços destas mesmas organizações. Sendo assim, cremos que um dos fundamentos para melhor qualificação na produção de serviços médicos, não contemplar superposição de ações, retrabalho, unificação de discursos e metas, otimização de recursos humanos e financeiros, e dicotomia de propostas, etc. Assim, a união das principais instituições representativas da classe médica brasileira, ou mesmo a criação de uma nova instituição que passa a agregar as demais através de um conselho maior com a representatividade de cada uma delas, é uma solução saneadora que quebra paradigmas e com certeza deve promover um ponto de inflexão positiva. O exemplo é instituir no nível federal um modelo similar ao do Conselho Superior das Entidades Médicas do Estado de Santa Catarina – COSEMESC (<https://cosemesc.org.br/>), que agrega o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, Associação Médica Catarinense, Sindicato dos Médicos de Santa Catarina e a Academia de Medicina do Estado de Santa Catarina cremos ser uma boa opção. Esta organização; pessoa jurídica sem fins lucrativos; é uma realidade. Este fato que além de promover um aprimoramento no campo administrativo, por si só pode mudar toda a visão da classe médica, também da população a respeito destas instituições. Citamos como exemplo um único e recente fato nacional que gerou descompasso na comunicação das duas maiores instituições da classe médica brasileira, o CFM e a AMB, que perante todos, divergiram na sua posição em relação ao tratamento precoce durante a pandemia pelo Covid-19, deixando no mínimo dúvidas sobre o fato, não entrando no mérito do melhor processo terapêutico. Isto fez transparecer que as principais instituições dos médicos não falavam a mesma linguagem, e historicamente geralmente não falaram mesmo. Esta possível nova instituição daria um grande impacto na vida institucional do CFM e AMB e da classe médica brasileira, como também teria mais forças nas negociações das reivindicações médicas e da saúde pública em geral.

“O Conselho Superior das Entidades Médicas de Santa Catarina – COSEMESC – é o órgão consultivo das entidades médicas do Estado de Santa Catarina, com o objetivo de servir de foro de debates sobre temas de interesse para a categoria médica.”(139)

Quanto no âmbito da sua atividade laboral, o que acreditamos ser o mais importante, com base nos princípios norteadores para uma gestão de qualidade nos recursos humanos (QVT), observando as características da classe médica brasileira, onde quase 90% da classe tem vínculo com o estado; no campo municipal, estadual e federal; sendo que quase 85% têm mais de um emprego público, e quase 90% mais de três vínculos de trabalho, onde 35,4% possuem mais de quatro vínculos de trabalho,(34) esta realidade reforça a corrente daqueles que lutam para criar a carreira do médico de estado, hoje uma situação de fato, mas não de direito. Para sua complementação da renda salarial faz com que a classe médica procure a somatória dos honorários em diversas instituições de saúde, já que no âmbito geral não há compensação salarial adequada para o cumprimento de contrato único de trabalho para 40 horas semanais. Estes vínculos empregatícios passam a transparecer normalmente uma noção de ser um profissional horista, que pelas características advindas do multiemprego deste profissional da saúde não há como se envolver plenamente com suas atividades num sentido maior junto às instituições vinculadas, além da situação *per si* é base para a “conquista triunfal” de uma SEP/SB. A classe médica se encontra na UTI. Como o resultado que consta desta pesquisa os honorários médicos que são expressados pela somatório das atividades laborais da classe médica não são compatíveis (60%) com sua dimensão técnica e responsabilidades pelo lido com a vida humana. É imperioso que a bioética esteja inserida não só na educação básica dos cursos médicos, mas durante todo o seu período de formação. Iniciativas consagradas com cursos de atualizações constantes que devem ser incentivadas pelas instituições representativas, e pós-graduação em bioética como este doutoramento, são fundamentais para expandir a base de discussões científicas e suas interligações sociais sobre o tema, o que praticamente não ocorre no setor público e privado. Melhorar a comunicação institucional com a população brasileira. Sugerindo que os diversos cursos em todas as especialidades médicas devem necessariamente contemplar a bioética nas suas grades curriculares.

21) DISCUSSÃO

A partir deste levantamento em uma pesquisa de opinião junto à classe médica brasileira podemos perceber que o sentimento e compreensão da bioética podem ser desconstruídos no caminhar dos médicos durante a sua vida profissional. Ela não é plena como poderíamos supor, sendo influenciada pelas condições a que são submetidos no seu ambiente laboral. As condições laborais pesquisadas como: as presenças do estresse, da falta de estrutura física, de RH e apoio, acrescidos com falhas no campo administrativo fazem com que somatória de tudo isto trabalhe no sentido contrário à promoção da saúde física e mental da classe médica, levando-os a um comprometimento pleno na assistência aos pacientes, já que a bioética é um dos pilares da relação deste binômio, médico e paciente.(140) No Brasil este processo se torna muito agudo já que 89,3% dos médicos estão vinculados de alguma maneira ao serviço público, que deve ser considerado o “grande patrão” destes trabalhadores da saúde coletiva. Não há dúvidas da existência de desgastes diários e pesados que está sendo submetida a classe médica, tanto no campo físico quanto emocional. Esta situação pode ser traduzida para cada um destes profissionais da saúde o seu pensar ou agir a respeito de um possível abandono (rotatividade) da profissão, fato que ficou mais escancarado no transcorrer da pandemia pelo Covid-19, transformando esta profissão com uma maior dimensão de desgaste e risco.

Um agravante maior que afetou negativamente ainda mais a QVT foi a pandemia pelo Covid-19 iniciada em 2019 na República Popular da China que se espalhou por todo o planeta, e chegando oficialmente ao Brasil em fevereiro de 2020. Esta patologia infecciosa de extrema gravidade fez "acender da luz vermelha" das nações, incluindo a referência os USA,(141) quanto aos aspectos gerais da gestão administrativa que envolve a saúde pública de seus países. Mostrando especificamente as dificuldades da própria doença infecciosa, das suas consequências sociais e econômicas, da necessidade de um intercâmbio maior entre as nações, estimulando uma nova proposta de aperfeiçoamento da OMS para uma prática de uma maior intercomunicação entre os departamentos de saúde das nações, da transparência de dados, da real necessidade de realizar investimentos que necessariamente transformam a gestão dos serviços em saúde para um patamar superior, deixando afastado da retórica

crônica que caracteriza alguns governos. Uma abordagem imperiosa como instrumento para uma segurança nacional mais robusta demonstrada pela necessidade em produzir insumos médicos próprios, não deixando a cargo de outras nações, investir na logística de distribuição de equipamentos e insumos, etc.

As centenas de denúncias da falta de EPI para a classe médica elencadas no período abordado em todo o Brasil ficou evidente o fato por um período maior do que o razoável. O tempo despendido para que estivessem nas mãos da classe médica, considerando os recursos locais e federais, a produção e logística, pode ser evidenciado pelos resultados auferidos que a falta de uma gestão adequada dos serviços públicos que comprometeram o segundo nível da Escala de Maslow, e consequentemente da QVT dos profissionais da saúde. Deixando então transparecer a mistanásia como uma prática corriqueira dos governos. Todo este histórico da vida médica que foi agravada durante a pandemia tem determinado os médicos em repensar a sua continuidade profissional.(142)

Com todas estas questões negativas no âmbito do seu trabalho há necessidade que o médico tenha aparatos que possam abordar a bioética como forma de protegê-lo e humanizar este contexto vivencial, criando também mecanismo de suporte à saúde. Incentivar as instituições médicas representativas, aproveitando das suas forças institucionais, para numa atitude mais proativa, ir a campo, no sentido de buscar junto às empresas públicas e privadas de prestação de serviços médicos, em conjunto e participação também com as equipes médicas, soluções que possam melhora a QVT.(143)

22) LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa de opinião foi possível por tratar de momentos pontuais expressos na linha do tempo pelos médicos que falam sobre o seu pensar e entendimento na desconstrução da bioética no seu dia-a-dia. Teria sido esta pesquisa concretizada se fosse abordado o fazer e construir processos, através de AM, de uma conduta não bioética? Fica dúvidas quanto este pensar sobre o AM é destituído além do aspecto conceitual passando para a prática concreta

de um AM e do comprometimento bioético na relação médico-paciente. Esta pesquisa como vitoriosa que foi por tratar de algo muito caro e íntimo para a classe médica, mais profundo ainda deve ser as arguições dentro de entendimento individual de cada médico onde ele possa ter quiçá comprometido de fato o estado bioético prático durante a construção de seu AM, mesmo estando esta pesquisa envolta no anonimato absoluto. Porque está exposição no seu entendimento individual poderia, em tese, por uma ruptura ética da pesquisa, identificar seu ato com uma infração ao CEM. Livre pensar, basta pensar.

23) CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa realizada junto a 360.841 médicos brasileiros, com uma amostra de 426 médicos, vêm ao encontro das premissas gerais que permeiam os ditames e conceitos de uma boa ou má prática na gestão da administração dos RH médicos, onde o comprometimento da QVT pode interferir no sentimento e entendimento da bioética dentro da relação médico-paciente. Quatro das questões, 4ª a 7ª questões, formuladas demonstraram a desconstrução da bioética junto à classe médica, sendo que o resultado auferido em valores substantivos sugere que algo precisa ser feito. Ultimamente foi somada a este descaso para com a segurança dos médicos a falta na distribuição de EPI para a proteção contra a pandemia pelo Covid-19 iniciada em 2020.

Uma saída é necessária para sanar estes fatos com o aprimoramento da QVT para a classe médica. O estado deve procurar uma reformulação real da sua postura em relação ao biodireito, como a exemplo da Defensoria Pública do Distrito Federal(144), voltado para os profissionais, como os da classe médica através da reformulação da prática administrativa nos serviços de saúde, o que pode mudar o seu paradigma promovendo a construção de um novo ambiente laboral, principalmente no Brasil onde a saúde é integrante de artigos constitucionais pétreos. Pela constatação na pesquisa da quase totalidade do seu resultado com a aprovação da disciplina na graduação do curso de medicina, também deva ser também verdadeiro no decorrer da sua vida profissional, reciclagem, buscando evitar uma desconstrução individual sobre este mesmo tema. Faz-se então necessário a criação de

grupos de aconselhamento para a classe médica que possam atenuar estes desgastes corriqueiros da sua rotina diária.

24) REFERÊNCIAS

1. Cohen C. Ato médico. Rev Assoc Med Bras [Internet]. março de 2002 [citado 3 de abril de 2023];48(1):13–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000100016>
2. Maluf MA. Marketing de serviços na assistência médica: fatores que podem determinar a qualidade [Internet]. Universidade Presbiteriana Mackenzie; 1999 [citado 27 de junho de 2022]. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/4093>
3. Amaral SA do. Os 4Ps do composto de marketing na literatura de Ciência da Informação. Transinformação [Internet]. dezembro de 2000 [citado 2 de dezembro de 2022];12(2):51–60. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/transinfo/article/view/6471/4148>
4. Duarte I, Pinho R, Teixeira A, Martins V, Nunes R, Morgado H, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers during the first wave in Portugal: a cross-sectional and correlational study. BMJ Open [Internet]. dezembro de 2022 [citado 3 de abril de 2023];12(12):e064287. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-064287>
5. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, et al. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health [Internet]. dezembro de 2020 [citado 3 de abril de 2023];20(1):1885. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09980-z>
6. Rezende JM de, Moraes VA de, Perini GE, organizadores. Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da medicina [Internet]. Goiânia: Editora UFG; 2018 [citado 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1249/o/ebook_visao_diacronica_da_medicina.pdf
7. Beltrão IC. Noções de saúde e espiritualidade presentes no Clássico Chinês Huáng Dì Nèi Jīng (Livro do Imperador Amarelo). [Internet] [Dissertação]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2017 [citado 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/12210/1/Arquivototal.pdf>

8. Soares CA. O Tao Te Ching aplicado à medicina: uma interpretação médica dos ensinamentos de LaoTse sobre o caminho e a virtude [Internet]. Brasília: Uniceub; 2018 [citado 4 de abril de 2023]. 197 p. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12436/1/O%20TAO%20TE%20CHING%20APLICADO%20%C3%80%20MEDICINA%20%281%29.pdf>
9. Corradi T, Young P. Imhotep (2700-2650 a. C.): el gran médico egipcio. *Fronteras en Medicina* [Internet]. 2016 [citado 28 de dezembro de 2022];11(2):60–4. Disponível em: http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulos/6000600064_392/pdf/6000600064.pdf
10. Leão HMC, Gallo JH da S, Nunes R. Bioethics today is met with enormous challenges. *Rev Bioét* [Internet]. dezembro de 2022 [citado 4 de abril de 2023];30(4):695–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022304000EN>
11. Nunes R, Rego G. Priority Setting in Health Care: A Complementary Approach. *Health Care Anal* [Internet]. setembro de 2014 [citado 4 de abril de 2023];22(3):292–303. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10728-013-0243-6>
12. Nunes R. Democracia e sociedade [Internet]. Coimbra: Almedina; 2015 [citado 4 de abril de 2023]. 165 p. Disponível em: <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1908888>
13. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Centro de Bioética do CREMESP. 2006 [citado 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17>
14. Nunes R. Healthcare as a Universal Human Right: Sustainability in Global Health [Internet]. 1º ed. London: Routledge; 2022 [citado 4 de abril de 2023]. Disponível em: <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/52617/1/9781000530346.pdf>
15. Saar SR da C, Trevizan MA. Professional roles of a health team: a view of its components. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. fevereiro de 2007 [citado 7 de abril de 2020];15(1):106–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100016>
16. Bombiak E. Human resources risk as an aspect of human resources management in turbulent environments. Em: Pînzaru F, Zbucea A, Brătianu C, Vătămănescu EM, Mitan A, organizadores. *STRATEGICA: Shift Major Challenges of Today's Economy*. Bucharest; 2017. p. 121–32. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/160238123.pdf>

17. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. *Social Science & Medicine* [Internet]. julho de 2012 [citado 7 de abril de 2022];75(2):257–63. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953612002808>
18. BRASIL. LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. [Internet]. 8078 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm
19. Amaral SC do, Lins AF, Fernandes AF, Santos VV dos, Melo A do N. O endomarketing como diferencial competitivo empresarial e sua contribuição na qualidade de vida no trabalho: estudo multicaseos. Em Ponta Grossa, PR, Brasil; 2021 [citado 4 de abril de 2023]. Disponível em: https://admpg.com.br/2021/anais/arquivos/09122021_170927_613e675f70372.pdf
20. Alomari M, Al-Zoubi AF, Darabseh FM. The impact of factors affecting internal marketing on the quality of health services provided by public hospitals in Amman: an applied study. *British Journal of Marketing Studies* [Internet]. fevereiro de 2018 [citado 4 de abril de 2023];6(1):58–78. Disponível em: <https://www.eajournals.org/wp-content/uploads/The-Impact-of-Factors-Affecting-Internal-Marketing-on-the-Quality-of-Health-Services-Provided-By-Public-Hospitals-in-Amman-An-Applied-Study.pdf>
21. Aguiar LK, Siman AG, Brito MJM. Endomarketing as a strategy of personnel management in health: a case study. *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2013;7(9):5490–9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11834/14248>
22. Nemteanu MS, Dabija DC. The Influence of Internal Marketing and Job Satisfaction on Task Performance and Counterproductive Work Behavior in an Emerging Market during the COVID-19 Pandemic. *IJERPH* [Internet]. 1º de abril de 2021 [citado 4 de abril de 2023];18(7):3670. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3670>
23. Nunes R. Bioethics: Medical. Em: ten Have H, organizador. *Encyclopedia of Global Bioethics* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2014 [citado 4 de abril de 2023]. p. 1–10. Disponível em: https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-05544-2_44-1
24. Bioética. Em: Wikipedia [Internet]. 2022 [citado 5 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Bioética>
25. Nunes R. Ensaio em bioética [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2017 [citado 19 de dezembro de 2022]. 200 p. Disponível em: <http://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/02/5-Ensaio-em-Bioe%CC%81tica.pdf>

26. Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República [Internet]. 21 de julho de 2016 [citado 6 de novembro de 2022];(139):22575–88. Disponível em: https://ordendosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontol%C3%B3gico.pdf
27. Moral. Em: Dicio: dicionário online de Português [Internet]. Porto: 7Graus; 2022 [citado 6 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/moral/>
28. World Health Organization. WHO technical meeting on sleep and health [Internet]. Bonn, Germany: World Health Organization; 2004 jan [citado 5 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/114101/E84683.pdf
29. British Medical Association. Caring for the mental health of the medical workforce [Internet]. London: British Medical Association; 2019 [citado 5 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/media/1365/bma-caring-for-the-mental-health-survey-oct-2019.pdf>
30. Hodkinson A, Zhou, A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet]. 14 de setembro de 2022 [citado 4 de abril de 2023];e070442. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/378/bmj-2022-070442.full.pdf>
31. Kinman G, Teoh K. What could make a difference to the mental health of UK doctors? A review of the research evidence [Internet]. London: Society of Occupational Medicine; 2018 out [citado 6 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://uobrep.openrepository.com/handle/10547/622963>
32. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud psicol (Campinas) [Internet]. dezembro de 2007 [citado 5 de dezembro de 2022];24(4):519–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>
33. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. Journal of Clinical Sleep Medicine [Internet]. 15 de junho de 2015 [citado 5 de dezembro de 2022];11(06):591–2. Disponível em: <http://jcsn.aasm.org/doi/10.5664/jcsn.4758>
34. Scheffer M, Cassenote A, Poz MRD, Matijasevitch A, Castilho EA de. Demografia Médica no Brasil 2015. Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). 2015. Disponível em: <http://demografiamedica.org.br/project/demografia-medica-no-brasil-2015/>

35. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa* [Internet]. 2016 [citado 19 de março de 2020];29(1):24–30. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534>
36. Costa ACMM da. Médicos, sono e qualidade de vida [Internet]. Universidade do Porto; 2012 [citado 5 de abril de 2020]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71863>
37. Frasquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Internet]. dezembro de 2005 [citado 5 de abril de 2023];23(2):89–98. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98056/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202005%20-%20v23n2a07%20-%20p89-98.pdf>
38. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>
39. Khera A. Relationship between Burnout and job satisfaction: a study on healthcare professionals in India. *International Journal of Advance Research in Computer Science and Management Studies* [Internet]. junho de 2017 [citado 6 de novembro de 2022];5(6). Disponível em: <http://www.ijarcsms.com/docs/paper/volume5/issue6/V5I6-0002.pdf>
40. The Lancet. Doctors get ill too. *The Lancet* [Internet]. novembro de 2009 [citado 19 de março de 2020];374(9702):1653. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609619723>
41. Abrão CB, Coelho EP, Passos LB da S. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev bras educ med* [Internet]. setembro de 2008 [citado 7 de abril de 2023];32(3):315–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300006>
42. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. junho de 1998 [citado 5 de dezembro de 2022];44(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012>
43. Ventriglio A, Watson C, Bhugra D. Suicide among doctors: A narrative review. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 7 de abril de 2023];62(2):114–20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7197839/>
44. Duarte I, Pinho R, Teixeira A, Martins V, Nunes R, Morgado H, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers during the first wave

- in Portugal: a cross-sectional and correlational study. *BMJ Open* [Internet]. dezembro de 2022 [citado 7 de abril de 2023];12(12):e064287. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-064287>
45. Duarte I, Alves A, Coelho A, Ferreira A, Cabral B, Silva B, et al. The Mediating Role of Resilience and Life Satisfaction in the Relationship between Stress and Burnout in Medical Students during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 28 de fevereiro de 2022;19(5):2822. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8910345/pdf/ijerph-19-02822.pdf>
 46. Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho: CLT. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2017. 177 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_led.pdf
 47. Eddy R. Sleep deprivation among physicians. *BC Medical Journal* [Internet]. maio de 2005 [citado 5 de dezembro de 2022];47(4). Disponível em: https://bcmj.org/sites/default/files/BCMJ%20_47_Vol4_Sleep_Deprivation.pdf
 48. Silva RR da. Importância do setor de recursos humanos no contexto de estratégia da organização. [Orleans]: Centro Universitário Barriga Verde; 2013. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Monografia-RAIANE-RODRIGUES-DA-SILVA.pdf>
 49. Teixeira AF. A Importância dos recursos humanos na qualidade e efeitos no desempenho organizacional. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2013. Disponível em: https://ubiblorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3085/1/Alexandra_Teixeira_M4566.pdf
 50. Vilarinho YC. A influência social na formação do indivíduo: aproximações entre teorias de Wilhelm Reich e de Lev Vygotski. Em: Encontro Paranaense, Encontro Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América [Internet]. Curitiba: Centro Reichiano; 2008 [citado 5 de abril de 2020]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/73820744/Formacao-do-individuo#>
 51. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet* [Internet]. novembro de 2009 [citado 19 de março de 2020];374(9702):1714–21. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609614240>
 52. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cognition Brain & Behavior*. setembro de 2012;16(3):423–52. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236230229_Systematic_Review_of_Burnou

t_Risk_Factors_among_European_Healthcare_Professionals/link/02e7e53c7e316d5fa3000000/download

53. Federação Brasileira de Hospitais. Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil [Internet]. Confederação Nacional de Saúde; 2019 [citado 5 de dezembro de 2022]. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CNSaudeFBH.pdf>
54. Bonfada D, Cavalcante JRL de P, Araújo DP de, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Ciênc saúde coletiva [Internet]. fevereiro de 2012 [citado 5 de dezembro de 2022];17(2):555–60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>
55. Arruda AT de, Dalpino CR, Nascimbem N de A, Tonon WF. A qualidade de vida nas organizações como fator influenciador na produtividade de seus colaboradores. [Pederneiras]: Faculdade G & P; 2016. Disponível em: <https://www.fgp.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/TCC-2016-A-qualidade-de-vida-nas-organiza%C3%A7%C3%B5es-como-fator-influenciador-na-produtividade-de-seus-colaboradores.pdf>
56. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. The Annals of Family Medicine [Internet]. 1º de setembro de 2013 [citado 7 de dezembro de 2022];11(5):412–20. Disponível em: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1511>
57. Cavassani AP, Cavassani EB, Biazin CC. Qualidade de vida no trabalho : fatores que influenciam as organizações. Em: XIII Simpep. Bauru; 2006. p. 1–8. Disponível em: https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/784.pdf
58. Maximiniano CA. Introdução à Administração. 5º ed. São Paulo: Atlas; 2000. Disponível em: https://rfp.sesc.com.br/moodle/pluginfile.php/4599/mod_resource/content/2/Conceitos%20de%20Administra%C3%A7%C3%A3o.pdf
59. Nóbrega KC. Gestão da qualidade em serviços [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 1997 [citado 19 de março de 2020]. Disponível em: <http://www.funecsantafe.edu.br/SeerFunec/index.php/forum/article/viewFile/820/806>
60. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJM. março de 2006;99(3):161–9. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/99/3/161/2261109?login=false>
61. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. Burnout Research [Internet]. junho de 2014 [citado 20 de março de

- 2020];1(1):50–6. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213058614000084>
62. Conselho Federal de Medicina. Confemel [Internet]. Eventos. 2016 [citado 6 de novembro de 2022]. Disponível em:
https://eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21096&Itemid=588
 63. Hengerer AS. Medical burnout and suicide in physicians. Em Federation of State Medical Boards; 2016 [citado 7 de dezembro de 2022]. Disponível em:
https://eventos.cfm.org.br/images/PDFs/apresenta_confemel_arthur_engerer.pdf
 64. Burnout ganha destaque na agenda de conselhos. Jornal Medicina [Internet]. 2017 [citado 20 de março de 2020];31(265):2,7. Disponível em:
<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=265&edicao=3874#page/1>
 65. Moreira H de A, Souza KN de, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. Rev bras saúde ocup [Internet]. 12 de março de 2018 [citado 7 de dezembro de 2022];43(e3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
 66. Brasil. Seção II da saúde, Art. 196. Em: Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
 67. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília; 2019 [citado 7 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
 68. Pavlova J, Afanasieva L, Deliyska B. Economic dimensions of burnout among medical professionals in Bulgaria. Journal of Management & Marketing in Healthcare [Internet]. 18 de novembro de 2011 [citado 19 de março de 2020];4(4):247–53. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1753304X11Y.0000000011>
 69. Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Cad Saúde Pública [Internet]. março de 1994 [citado 7 de novembro de 2022];10(1):67–79. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100008>
 70. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? Revista Gestão Organizacional [Internet]. 2013 [citado 27 de junho de 2022];6(3):161–74. Disponível em:
<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/1386/1184>

71. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de Abril de 2016. Art.1, Parágrafos I, V e VII. Brasília, Brasil; 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
72. Montenegro LC. A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar [Internet] [Tese]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [citado 7 de novembro de 2022]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/655D.PDF>
73. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. Métodos de pesquisa [Internet]. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009 [citado 12 de dezembro de 2022]. 120 p. (Educação à distância). Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>
74. Minayo MC de S, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. abril de 2014 [citado 15 de abril de 2023];19(4):1103–12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=pt&tlng=pt
75. Guerriero ICZ, Minayo MC. A aprovação da Resolução CNS no 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. Saude soc [Internet]. dezembro de 2019 [citado 15 de abril de 2023];28(4):299–310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400299&tlng=pt
76. Batista N, Regis C, Silva I, Batista H. A abordagem qualitativa na pesquisa em educação médica. Em: Atas - Investigação Qualitativa em Educação [Internet]. 2016 [citado 15 de abril de 2023]. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/837>
77. Piske O. Proporcionalidade e razoabilidade: critérios de intelecção e aplicação do direito [Internet]. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. [citado 15 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/artigos-discursos-e-entrevistas/artigos/2011/proporcionalidade-e-razoabilidade-criterios-de-intelecao-e-aplicacao-do-direito-juiza-oriana-piske>
78. Cálculo amostral: calculadora [Internet]. Prática clínica: aceleramos ciência e tecnologia. 2017 [citado 12 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php> ou <https://comentto.com/calculadora-amostal/>
79. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 2.149/2016: homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades [Internet]. Brasília, Brasil; 2016

[citado 28 de dezembro de 2022]. Disponível em:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2149>

80. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs*. abril de 2008;62(1):84–95.
81. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev bras educ med* [Internet]. dezembro de 2008 [citado 14 de dezembro de 2022];32(4):492–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
82. Fillus IC, Rodrigues CFA. Conhecimento sobre ética e bioética dos estudantes de medicina. *Rev Bioét* [Internet]. setembro de 2019 [citado 14 de dezembro de 2022];27(3):482–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273332>
83. Ferrari AG, Silva CM da, Siqueira JE de. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. *Rev Bioét* [Internet]. junho de 2018 [citado 14 de dezembro de 2022];26(2):228–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262243>
84. de Lemos Tavares ACAL, Travassos AGA, Rego F, Nunes R. Bioethics curriculum in medical schools in Portuguese-speaking countries. *BMC Med Educ* [Internet]. dezembro de 2022 [citado 7 de abril de 2023];22(1):199. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03250-9>
85. Ganguly B, D’Souza R, Nunes R. Challenges in the Teaching–Learning Process of the Newly Implemented Module on Bioethics in the Undergraduate Medical Curriculum in India. *ABR* [Internet]. abril de 2023 [citado 7 de abril de 2023];15(2):155–68. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s41649-022-00225-2>
86. Maluf MA, Nunes R. First facts on the distribution of personal protective equipment during the coronavirus pandemic and facts revealed by medical entities in Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 12 de setembro de 2022 [citado 14 de dezembro de 2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0974.R2.03062022>
87. Drager LF, Pachito DV, Moreno CRC, Tavares AR, Conway SG, Assis M, et al. Insomnia episodes, new-onset pharmacological treatments, and other sleep disturbances during the COVID-19 pandemic: a nationwide cross-sectional study in Brazilian health care professionals. *Journal of Clinical Sleep Medicine* [Internet]. fevereiro de 2022 [citado 14 de dezembro de 2022];18(2):373–82. Disponível em: <http://jcsn.aasm.org/doi/10.5664/jcsn.9570>
88. Lopes LS, Toyoshima SH. Evidências do impacto da corrupção sobre a eficiência das políticas de saúde e educação nos estados brasileiros. *Textos para Discussão*

- [Internet]. outubro de 2010 [citado 7 de abril de 2023];(08). Disponível em: <https://poseconomia.ufv.br/wp-content/uploads/2013/04/TextoDiscussao08.pdf>
89. Fundação Municipal de Saúde de Niterói/FMS – Contrato Emergencial nº 14/2020, Contrato de Ventiladores Pulmonares, para atender às necessidades da rede de atenção à saúde municipal, a serem utilizados no tratamento de pacientes diagnosticados com Covid-19. Niterói, Rio de Janeiro; 27 de abril de 2020. Disponível em: [http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/CONTRATO%20RESPIRADORES%20COVID-19%20%20\(2\).pdf](http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/extras/CONTRATO%20RESPIRADORES%20COVID-19%20%20(2).pdf)
 90. Toledo LF. Preço de respirador comprado por estados varia até 4 vezes e enfrenta apurações [Internet]. CNN Brasil. 2020 [citado 7 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/preco-de-respirador-comprado-por-estados-varia-ate-4-vezes-e-enfrenta-apuracoes/>
 91. Delanoy MM, Kreutz RR, Vieira KM. A corrupção na administração pública: Uma análise das publicações científicas internacionais. RSD [Internet]. 30 de maio de 2021 [citado 7 de abril de 2023];10(6):e31610615754. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15754>
 92. Al Dahdah M, Falisse JB, Lurton G. Ignorance and Global Health: Strategies and actors of the Covid-19 response in so-called ‘developing’ countries. rac [Internet]. 29 de novembro de 2021 [citado 7 de abril de 2023];15(4). Disponível em: <http://journals.openedition.org/rac/25605>
 93. Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. março de 2020 [citado 14 de dezembro de 2022];29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>
 94. Cecire MH, Bodie A, Gottron F, Green VR, Halchin LE, Herrera GJ, et al. COVID-19 and domestic PPE production and distribution: issues and policy options. Washington (DC): Library of Congress. Congressional Research Service; 2020 p. 67. Disponível em: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R46628>
 95. Liu YC, Kuo RL, Shih SR. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. Biomedical Journal [Internet]. agosto de 2020 [citado 14 de dezembro de 2022];43(4):328–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>
 96. OECD. The impact of the coronavirus (COVID-19) crisis on development finance. Tackling coronavirus (COVID-19) Contributing to a global effort [Internet]. 2020 [citado 27 de novembro de 2021];100(6):468–70. Disponível em: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-\(COVID-19\)-crisis-on-development-finance](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-(COVID-19)-crisis-on-development-finance)

97. United Nations Conference on Trade and Development. The Covid-19 shock to developing countries: towards a “whatever it takes” programme for the two-thirds of the world’s population being left behind [Internet]. United Nations Conference on Trade and Development Report Update. UNCTAD; 2020 [citado 14 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://unctad.org/system/files/official-document/gds_tdr2019_covid2_en.pdf
98. Ferreira S. A mistanasis como prática usual dos governos. *Jornal do CREMERJ* [Internet]. 2019 [citado 27 de novembro de 2021];(324):5. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/jornais/download/235>
99. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus COVID-19. 2020;(21):36. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>
100. Ferreira S, Porto D. Mistanásis × Qualidade de vida. *Revista Bioética* [Internet]. junho de 2019 [citado 27 de novembro de 2021];27(2):191–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000>
101. Valente J. No Brasil, 31.790 profissionais de saúde contraíram covid-19: técnicos e auxiliares de enfermagem são os mais afetados [Internet]. Agência Brasil. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/no-brasil-31790-profissionais-de-saude-contrairam-covid-19>
102. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision [Internet]. ICD-11. 2022 [citado 14 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1435254666>
103. OPAS. CID: burnout é um fenômeno ocupacional [Internet]. Organização Pan-Americana de Saúde. 2019 [citado 14 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release, e <https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>
104. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2015 [citado 17 de dezembro de 2022];13(2). Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v13n2a02.pdf>
105. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Brasil ultrapassa a marca de cem médicos mortos por Covid-19, dois por dia [Internet]. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/05/21/brasil-ultrapassa-a-marca-de-cem->

medicos-mortos-por-covid-19-dois-por-dia/#:~:text=De acordo com o Ministério,mundo por conta da epidemia

106. Conselho Federal de Medicina. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19 [Internet]. Memorial aos médicos que se foram. 2021 [citado 17 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/>
107. Chiavenato I. Recursos humanos: o capital humano nas organizações. 9. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-940344>
108. Ferreira A, Demutti CM, Gimenez PEO. A Teoria das Necessidades de Maslow: a influência do nível educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho. Em: XIII SEMEAD: Seminários em Administração. 2010. Disponível em: <https://www.etica.eco.br/sites/textos/teoria-de-maslow.pdf>
109. Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological review [Internet]. 1943 [citado 8 de abril de 2023];50(4):370. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Theory-of-Human-Motivation-Maslow/1b0d55734c66b713477a4d1ef358ca1399ca0e69>, e <https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
110. Hesketh JL, Costa MTPM. Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. Revista de Administração de Empresas [Internet]. setembro de 1980 [citado 27 de novembro de 2021];20(3):59–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901980000300005>
111. Iyengar KP, Jain VK, Vaishya R. Current situation with doctors and healthcare workers during COVID-19 pandemic in India. Postgraduate Medical Journal [Internet]. 1º de março de 2022 [citado 8 de abril de 2023];98(e2):e121–2. Disponível em: <https://academic.oup.com/pmj/article/98/e2/e121/7019542>
112. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. setembro de 2020 [citado 20 de junho de 2022];25(9):3465–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
113. Sirgy MJ. A quality-of-life theory derived from Maslow’s developmental perspective.: “Quality” is related to progressive satisfaction of a hierarchy of needs, lower order and higher. Am J Economics & Sociology [Internet]. julho de 1986 [citado 17 de dezembro de 2022];45(3):329–42. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1536-7150.1986.tb02394.x>
114. Leonel F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde [Internet]. FIOCRUZ. 2021 [citado 18 de dezembro de 2022]. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>

115. Anjorin A. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A review and an update on cases in Africa. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* [Internet]. 2020 [citado 27 de novembro de 2021];13(5):199. Disponível em: <http://www.apjtm.org/text.asp?2020/13/5/199/281612>
116. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Coronavírus Brasil. 2020 [citado 13 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
117. Federação Nacional dos Médicos. Fenam e FMB solidarizam-se com profissionais da saúde e exigem segurança [Internet]. 2020 [citado 1º de outubro de 2020]. Disponível em: <http://www.fenam.org.br/2020/05/20/fenam-e-fmb-solidarizam-se-com-profissionais-da-saude-e-exigem-seguranca/>
118. Sindicato dos Médicos do Amazonas. SIMEAM elogia ação do MPT sobre EPIs [Internet]. SIMEAM: Sindicato dos Médicos do Amazonas. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://simeam.org.br/noticias/999/SIMEAM+ELOGIA+AÇÃO+DO+MPT+SOBRE+EPIs>
119. Sindicato dos Médicos do Piauí. Sindicato dos Médicos repudia a exposição de médicos e outros profissionais ao Covid-19 sem equipamentos de proteção [Internet]. SIMEPI: Sindicato dos Médicos do Piauí. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.simepi.org.br/2016/noticia.php?id=1553>
120. Sindicato dos Médicos de Minas Gerais. Coronavírus: Ministério do Trabalho (MPT) cria canal de denúncias online para profissionais da saúde em MG [Internet]. SINMED: Sindicato dos Médicos de Minas Gerais. 2020 [citado 28 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://sinmedmg.org.br/coronavirus-ministerio-publico-do-trabalhompt-cria-canal-de-denuncias-online-para-profissionais-da-saude-em-mg/>
121. Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná. Justiça do Trabalho determina entrega de Máscaras de Proteção N95 a todos os médicos em ação movida pelo SIMEPAR [Internet]. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://simepar.org.br/noticias/justica-do-trabalho-determina-entrega-de-mascaras-de-protecao-n95-a-todos-os-medicos-em-acao-movida-pelo-simepar/>
122. Sindicato dos Médicos no Estado de Goiás. Tribunal Regional do Trabalho concede liminar ao SIMEGO para garantir EPIs e treinamentos para médicos que atuam em unidades geridas por Organizações Sociais [Internet]. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: http://www.simego.org.br/Home/noticias_in/580

123. Conselho Federal de Medicina. Combate à COVID-19: formulário para fiscalização de unidades de saúde [Internet]. Conselho Federal de Medicina. 2020 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/fiscalizacaocovid/>
124. Associação Médica Brasileira. Faltam EPIs em todo o país [Internet]. 2020 [citado 1º de outubro de 2020]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/falta-epis-no-brasil-inteiro/>, e https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjNgW1m4ewnaXshgH6YX6xky_yM7NiyRGwEeVW7tNbaDTZGw/closedform
125. Brasil. Execução da Despesa por Programa/Ação Orçamentária [Internet]. Portal da Transparência. 2019 [citado 29 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/programa-e-acao?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=01%2F01%2F2020&ate=31%2F07%2F2020&acao=21C0&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2CmesAno%2Cprograma%2Cacao%2CvalorDespesaE>
126. Ahmed J, Malik F, Bin Arif T, Majid Z, Chaudhary MA, Ahmad J, et al. Availability of Personal Protective Equipment (PPE) among US and pakistani doctors in COVID-19 pandemic. Cureus [Internet]. 10 de junho de 2020 [citado 27 de novembro de 2021];12(6):e8550. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC7357309>
127. Mezzaroba O, Feitosa RJR, Silveira VO da, Séllos-Knoerr VC de. Biodireito. Vol. 3. Curitiba: Clássica; 2014. Disponível em: https://irp-cdn.multiscreensite.com/461eed5/files/uploaded/biodireito_vol%203.pdf
128. de Brito ES de, Ventura CAA. Bioética e Biodireito: Reflexões à Luz do Princípio Fundamental da Dignidade da Pessoa Humana. BJFS [Internet]. 2013 [citado 8 de abril de 2023];2(2):141–53. Disponível em: <http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=2&numero=2&artigo=29>
129. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança no Ambiente Hospitalar [Internet]. ANVISA; 2003 [citado 27 de novembro de 2021]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271162&_101_type=document
130. Pereira D, Leitão J, Ramos L. Burnout and Quality of Work Life among Municipal Workers: Do Motivating and Economic Factors Play a Mediating Role? IJERPH [Internet]. 11 de outubro de 2022 [citado 8 de abril de 2023];19(20):13035. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13035>

131. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health* [Internet]. setembro de 2020 [citado 27 de novembro de 2021];5(9):e475–83. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246826672030164X>
132. Binkley CE, Kemp DS. Ethical Rationing of Personal Protective Equipment to Minimize Moral Residue During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons* [Internet]. junho de 2020 [citado 27 de novembro de 2021];230(6):1111–3. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1072751520303045>, e <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195046/pdf/main.pdf>
133. Livingston E, Desai A, Berkwits M. Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* [Internet]. 19 de maio de 2020 [citado 27 de novembro de 2021];323(19):1912. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764031>
134. Soares SSS, Souza NVD de O, Silva KG, César MP, Souto JDSS, Leite JCR de AP. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual [Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment] [Pandemia de Covid-19 y uso racional de equipos de protección personal]. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 25 de maio de 2020 [citado 27 de novembro de 2021];28:e50360. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360>
135. Shrivastava SR, Shrivastava PS. COVID-19 pandemic: Responding to the challenge of global shortage of personal protective equipment. *Social Health and Behavior* [Internet]. 2020 [citado 27 de novembro de 2021];3(2):70. Disponível em: <https://www.shbonweb.com/text.asp?2020/3/2/70/286259>, e https://www.shbonweb.com/temp/SocHealthBehav3270-5670172_154501.pdf
136. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Vol. 27. World Health Organization; 2020 [citado 18 de dezembro de 2022]. 7 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
137. BRASIL. Lei, Nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Institui Normas para Licitações e Contratos da Administração Pública e dá outras providências. [Internet]. Brasil; 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm
138. Porto L, Martins M de S. Uma abordagem reflexiva de uma das modalidades licitatórias: carta-convite. *Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso do Sul*; 1993. Disponível em: <https://docplayer.com.br/152876-Uma-abordagem-reflexiva-de-uma-das-modalidades-licitatorias-carta-convite-resumo.html>

139. Conselho Superior das Entidades Médicas de Santa Catarina. Conselho Superior das Entidades Médicas de Santa Catarina [Internet]. COSEMESC. 2022 [citado 18 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://cosemesc.org.br/>
140. Chênevert D, Kilroy S, Johnson K, Fournier PL. The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. BMC Health Serv Res [Internet]. dezembro de 2021 [citado 8 de abril de 2023];21(1):993. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06981-5>
141. Impact of the COVID-19 pandemic on the hospital and outpatient clinician workforce: challenges and policy responses [Internet]. Washington (DC): Department of Health & Human Services USA. Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Office of Health Policy.; 2022 maio [citado 8 de abril de 2023] p. 1–27. Disponível em: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/9cc72124abd9ea25d58a22c7692dcc6/aspe-covid-workforce-report.pdf>
142. Poon YSR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. Hum Resour Health [Internet]. 24 de setembro de 2022 [citado 8 de abril de 2023];20(1):70. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00764-7>
143. Souza EV de, Nunes GA, Silva C dos S, Silva Filho BF da, Lapa PS, Duarte PD, et al. Identificação de situações e condutas bioéticas na atuação profissional em saúde. Rev Bioét [Internet]. março de 2021 [citado 8 de abril de 2023];29(1):148–61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291455>
144. Defensor Público-Geral do Distrito Federal, Portaria nº58, de 09 de fevereiro de 2023, Institui o Programa de Qualidade de Vida do Trabalho da Defensoria Pública do Distrito Federal. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3743a0a8ef414329a79ccea2429b1db6/Portaria_58_06_02_2023.html

25) Apêndices

25.1) Artigo publicado no periódico São Paulo Medical Journal (ISSN printed version: 1516-3180 ISSN online version: 1806-9460) com o título “First facts on the distribution of personal protective equipment during the coronavirus pandemic and facts revealed by medical entities in Brazil: a cross-sectional study”, <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0974.R2.03062022>, com Acesso Livre.

25.2) Artigo aprovado para ser publicado na Acta Bioethica (ISSN 0717-5906, impresa, y 1726-569-X, electrónica) com o título “A expressão pessoal de médicos frente à bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico paciente”, será com Acesso Livre

First facts on the distribution of personal protective equipment during the coronavirus pandemic and facts revealed by medical entities in Brazil: a cross-sectional study

Mario Afonso Maluf, Rui Nunes^I

Faculty of Medicine, University of Porto (U. Porto), Porto, Portugal

^IMSc. Physician and Doctoral Student in Bioethics, Faculty of Medicine of the University of Porto (U. Porto), Porto, Portugal; and Psychiatrist, Santa Catarina State Hospital of Custody and Psychiatric Treatment, Florianópolis (SC), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0003-1573-7761>

^IPhD. Physician and Coordinator of the doctoral course in Bioethics, Faculty of Medicine of University of Porto (U. Porto), Porto, Portugal; and Coordinator of the Doctoral Course of the Agreement between the University of Porto and Conselho Federal de Medicina, Brasília (DF), Brazil.

 <https://orcid.org/0000-0002-1377-9899>

KEY WORDS (MeSH terms):

Public health.
COVID-19.
Personal protective equipment.
Bioethics.

AUTHORS' KEY WORDS:

Human resources management.
Quality of work life.
Mysthanasia.
Maslow scale.

ABSTRACT

BACKGROUND: The 2019 coronavirus pandemic (COVID-19) has revealed precarious public health conditions worldwide, where serious failures have occurred, similar to the distribution of personal protective equipment (PPE) to physicians in the government of Brazil.

OBJECTIVE: The objective of this investigation was to prove through facts that there have been failures in the distribution of PPE to medical professionals within a reasonable timeframe.

DESIGN AND SETTING: Through a cross-sectional study, we sought to identify the information and data on the subject of "Distribution of PPE" from the official sites of all the national and regional medical representative entities.

METHODS: All medical representative entities, such as unions, councils, and federations, were identified by searching their existing websites, which were active on the World Wide Web, identifying facts, news, and official data regarding the supply of PPE on a daily basis and during the research period.

RESULTS: It was evident from the identification of over 3,900 physician complaints and news reports that there was a failure to distribute PPE to medical professionals in Brazil over a reasonable period. Several physicians obtained PPE through the ruling of the courts.

CONCLUSIONS: There was indeed a failure in the context of health service administration, which compromised the second level of the Maslow Scale, safety needs, and exposed these professionals to a greater risk than necessary, compromised the quality of work life, and directly compromised the doctor-patient relationship. The condition of the physicians cannot be forgotten during the COVID-19 pandemic.

INTRODUCTION

The public management of health services in Brazil can be described as compromised or deficient. In addition to issues with the quality of the services and supply of personal protective equipment (PPE) during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, poor management has had a negative impact on the quality of work life (QWL) of the medical professionals.

The pandemic officially began in Brazil on February 26, 2020,¹ with the first case of a 61-year-old man, as confirmed by the Ministry of Health. The patient was a businessman and resident of the city of São Paulo, who arrived from the Lombardy region in Italy. According to the health officials, he was unlikely to have been the first patient.²

The COVID-19 pandemic that began in Wuhan, a province located in the People's Republic of China, affected almost every country worldwide, leading to a huge effort to meet the demands for health services and ultimately dramatically further compromising the economies of nations,³ and compromised the world economy by more than US\$ 700 billion in 2020, exceeding the global financial crisis of 2008 by 60%.⁴

The impact of the COVID-19 pandemic will be marked in the main economies globally, and in developing countries where two-thirds of the world's population lives, with strong pressure on their financial systems, demanding coordinated actions and help from everyone for the coming months.⁵

Out of respect for physicians who are fellow human beings, the state should not demand irresponsibly that these professionals risk their lives beyond the natural risk of the profession. Such an increase in risk would compromise the QWL and adversely impact the specific and necessary technical activities to be performed during the COVID-19 pandemic. The facts are connected to mysthanasia—silent, little discussed, and causing much less revolt than it deserves: a

crime not yet typified in the Penal Code, which comes from Greek etymology (mys = unfortunate; thanathos = death; “unfortunate death”).⁶ It is a miserable, precocious, and preventable death. It is the death facilitated by the three levels of the government, through sustained poverty, lack of infrastructure, and minimum conditions to have a dignified life.⁷ Mysthanasia is observed to be part of the context of Bioethics.

The above is evidenced by the following statistics: from February 20, 2020, to June 27, 2020, a total of 19,037 physicians were infected, and 247 of these physicians eventually died.⁸ We extended this survey until the last day of August 2020.

In Brazil, where the public sector employs approximately 73.1% of medical professionals, this problem is more serious and the need for a true policy of effective management is evident. As already pointed out, the survey revealed that 21.6% of physicians worked only in the public sector, whereas 26.9% worked exclusively in the private sector. As there is an overlap, 51.5% of physicians work concurrently in the public and private spheres; it can be stated that 78.4% of physicians have ties to the private sector and 73.1% to the public sector.⁹

Maslow scale

We chose Maslow’s classical, universal scale (**Figure 1**) as a reference for this study. The lack of PPE distribution to the medical professional class that is on the front line in the fight against the COVID-19 pandemic can lead to a higher exposure of medical professionals to the virus, resulting in a higher risk of pathology, that may be fatal. Thus, concerns about their own safety may lead to a state of mental imbalance in these professionals owing to a greater exposure to the risk of death. During this pandemic, several medical professionals experienced real health impairments, which led to hundreds of work absences, hospitalizations, and numerous deaths.¹⁰

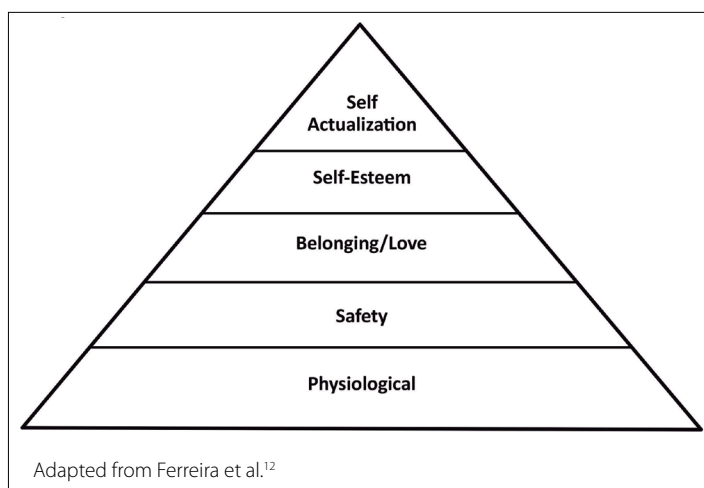


Figure 1. Maslow’s scale of needs.

The number of healthcare professionals, including physicians with COVID-19, and the incidence of death were significant in Brazil. According to the Ministry of Health, Brazil has had 31,790 confirmed cases of health professionals with COVID-19. A further 114,000 cases are currently under investigation. Brazil still has the highest rate of death among nurses worldwide because of the COVID-19 pandemic.¹¹

The class of medical professionals has a more refined educational level, and the purpose of the profession is supported and grounded with a strong physician-patient relationship and bioethics. Perhaps these reasons have led medical professionals to remain systematically active, even with an increased risk of death. Within the scope of this sample, it is concluded that the Maslow’s Hierarchy of Needs, when applied to the work environment, presents an increasing trend of preference in relation to the level of education; that is, the longer the study time, the higher the Maslow scale, and the higher the needs of people.¹²

Regardless of the involvement of the second hierarchical (safety needs) level of the Maslow scale and their educational level, the physicians were inevitably exposed to an increased risk of death by COVID-19 due to the lack of PPE. Therefore, the sophistication of Maslow’s needs pertaining to the medical professional class, in proportion to their level of education and the existence of a strong physician-patient relationship, does not result in an absence, *sine qua non*, of their real safety needs. There is a widespread fear of the implications of disease and death. The commitment of the second level of the Maslow scale is due to facts such as complaints about safety and stability at work, the fear of being arbitrarily dismissed, not being able to plan a family budget due to a lack of guarantees regarding one’s permanence at work, and arbitrariness of the supervisor with respect to possible indignities to which the individual has to remain at work, his own physical safety in relation to the possible accidents at work, and more efficient and active medical care.¹³

The impairment of the level of safety experienced by the Brazilian medical professionals was evidenced by hundreds of complaints that arrived at representative institutions, which were also reported by the press. If the medical professionals had not felt threatened, there would not have been numerous complaints from all over the country.

The concern and care for the medical professionals compromised the second level of the Maslow Scale, **Figure 1** and, consequently, the QWL. The quality of life (QOL) theory developed by Abraham Maslow’s human developmental perspective was presented.

A counterpoint to these statements is the issue of facts reported in this research, where the non-distribution of PPE by the states for the Brazilian medical class simply reached the basic level of the Maslow scale, which compromised their safety and that of the population.

Medical Institutions that fought to get PPE

Institutions from all over Brazil, such as the Brazilian Medical Association (Associação Médica Brasileira, AMB), Federal Council of Medicine (Conselho Federal de Medicina, CFM), National Federation of Physicians (Federação Nacional dos Médicos, FENAM), and the Brazilian Medical Federation (Federação Médica Brasileira, FMB) are in solidarity with Brazilian physicians and other health professionals who contracted COVID-19.¹⁴ Specific pages for complaints were created, such as the one available at the Brazilian Medical Association (Associação Médica Brasileira, AMB).¹⁵ Additionally, several legal actions to obtain PPE, such as in the state of Paraná were undertaken.¹⁶ The same occurred with the regulative institution of the Brazilian medical class, the CFM, which initiated a series of specific recommendations, resolutions, and meetings with representatives of the federal government and made a direct link available on its official website to fill in the form referring to the complaints about the lack of PPE,¹⁷ as was also the case with AMB. The latter was the medical entity that received the most complaints regarding the poor distribution of PPE through the link <https://amb.org.br/epi/>, which made available a specific form for these complaints. The number of complaints was shown according to the table in **Figure 2**, during the period between February 1 and September 30, 2020.

Some medical unions, through their own link on their official website, redirected complaints regarding the lack of PPE to the official website of the AMB, where a dedicated form for these complaints was found.

There were difficulties in the acquisition and distribution of PPE in the initial phase of the epidemic in Brazil and practically worldwide. The initial inventories, acquisition capacity, and distribution of these PPEs were approached within the context of reasonableness.

Prioritization in the distribution of PPE

The prioritization of health professionals to receive PPE is due to the fact that they are on the front line and are more exposed to COVID-19 than the general population. There is no controversy regarding the risk of contamination when working with pathogens, such as the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) virus.¹⁸

The medical professional class is more likely to contract COVID-19 than the general population due to their exposure to the work environment, which includes direct contact with COVID-19 carriers. Our findings could help provide a greater context for previous cross-sectional reports from public health authorities, suggesting that 10–20% of SARS-CoV-2 infections occur among healthcare workers.¹⁹

Considering the need for the ethical distribution of PPE to medical professionals during the COVID-19 pandemic, there was an

unprecedented increase in the consumption of equipment worldwide, which required efforts to meet the demand. It is difficult for clinicians to think about rationing PPE, particularly recognizing that decisions may expose some individuals to a greater risk of infection. However, if these decisions are to be made, they should be based on sound scientific and ethical principles, executed transparently and equitably, and subject to accountability. It is essential to minimize any moral residue from the decisions made during this pandemic such that once it is over, the task of rebuilding may be undertaken.²⁰ An increase in the PPE supply in response to this new demand will require a large increase in PPE manufacturing, a process that will take time that several healthcare systems do not have, given the rapid increase in ill COVID-19 patients.²¹

The process of supply and distribution of PPE was not only restricted to the class of medical professionals, but also to all the health professionals who dealt directly with patients affected by COVID-19. It is essential that health workers use PPE during the COVID-19 pandemic; however, it is also essential to coordinate the supply chain for these inputs, implement strategies that minimize the need for PPE, and ensure its proper use.²²

OBJECTIVE

The objective of this study was to prove through facts that there were failures in the distribution of PPE to Brazilian medical professionals during the time between February 1 and September 30, 2020.

METHODS

This research was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Porto on June 21, 2021, with opinion 04/CEFMP/2021, and its methodology was approved by the coordinator of PhD in bioethics at the same university.

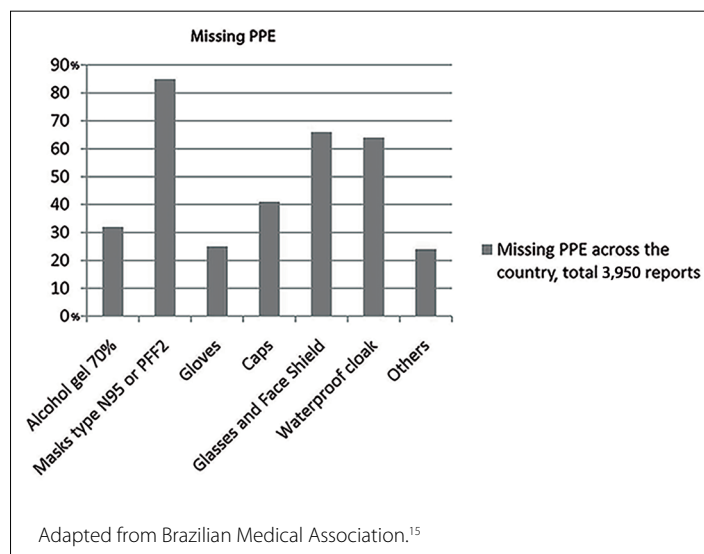


Figure 2. Missing personal protective equipment (PPE).

We identified all the institutions representing the class of Brazilian medical professionals.

The first step of the work consisted of prospecting every day, with-out exception, with respect to the period defined between February 1 and September 30, 2020, of all facts and all news on their official website via the World Wide Web and searching for the complaints of Brazilian doctors regarding the lack of distribution of PPE as part of the fight against COVID-19. These surveys were conducted when these institutions had official websites and/or were available.

The work verified this fact on consecutive days in all 26 states of the federation and in the Federal District, and its sub-regions.

Data were collected from the websites of all official representative entities of physicians, such as CFM and its 27 regional sites, and the AMB and its 27 federated sites. The two union federations, the FENAM, which brings together the 16 State unions—Amazonas (AM), Bahia (BA), Distrito Federal/Capital (DF), Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Mato Grosso do Sul (MS), Paraná (PR), Piauí (PI), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Sergipe (SE), and five other subregional unions (Juiz de Fora and Zona da Mata/MG, Niterói, São Gonçalo and Região/RJ, Norte do Paraná and Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá, and Praia Grande/SP)—the other trade union, the FMB, which brings together eight other remaining States—Acre (AC), Alagoas (AL), Mato Grosso (MT), Pará (PA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Santa Catarina (SC), and Tocantins (TO), and three subregional States (Anápolis, Campinas and regions, and Southern Region of Santa Catarina)—were all assessed.

This research was complemented by surveying several national and international publications to provide a theoretical basis for this study.

RESULTS

Table 1 demonstrates the existence of websites of regional representative unions of the Brazilian medical class that have in their own website an announcement about the existence of information on the topic: “Lack of PPE.” They provide a “specific link” for these complaints, which redirects the complaining physician to the AMB form. AMB is the only federal medical institution that provides

the sum of these national data on the lack of PPE and identifies the total number of complaints from the states where the doctors’ complaints are coming from. This information was also accessible to the public. In the case of state councils of medicine (CRM), they provide a “specific link” that redirects to the form on the website of the CFM; however, unlike the AMB, they do not have public access, including for doctors. The unions related to FENAM, which do not have their own form, have a link that redirects them to the AMB website. All complaints, including those made directly on the AMB website (<https://amb.org.br/epi/>), were presented as aggregated data, and there was no individual identification.

What we refer to as the “specific link,” is the one that is identified in a specific page in the site of the accessing institution, and that redirects the complaining physician to the site of the AMB, either through its own homepage or even in an internal page with the subtitle of the main menu as the theme “PPE.”

The physicians in states that do not have a specific link for complaints only have the option to do so through the CFM or AMB websites.

The CFM website decided not to present for consultations the totalization of complaints received as complaints of lack of PPE made by physicians.

All state unions that did not have their own website, as well as all those that did, but that did not redirect the physicians’ complaints about the lack of PPE to the AMB or CFM websites, are not part of the data in the tables.

The states of Acre and Alagoas did not have a website available on the World Wide Web at the time.

The states of AM, GO, MG, PR, RS, and MT requested PPE distribution in court. To complain regarding the lack of PPE, it is necessary to be accredited as a doctor at AMB, CFM, and others.

The news published on the official sites of the representative entities of the medical class concerning the PPE theme and the failure in its distribution were all selected one by one, day by day, and identified by accessing their respective sites through menus such as: Home Pages, Publications, News or Dialogues, during the proposed period from January 1 to September 30, 2020 (Table 2). This specific news was encouraged by the involvement of hundreds of complaints on the official websites of their representative institutions whose data were added together and are shown in Figure 2. The data were not included for institutions that did not express specific opinions on the subject, or if the corresponding website was inoperative or non-existent during the period from January 1 to September 30, 2020.

Table 1. Specific link in website: Lack of personal protective equipment (PPE)

State Unions	DF	BA	MG	PR	PI	RJ	RN	RS
Specific link	x	x	x	x	x	x	x	x

DF = Distrito Federal; BA = Bahia; MG = Minas Gerais; PR = Paraná; PI = Piauí; RJ = Rio de Janeiro; RN = Rio Grande do Norte; RS = Rio Grande do Sul.

Table 2. The news published on the official sites of representative entities

Institutions/ State Unions	CFM	AMB	FMB	DF	BA	AM	ES	GO	MG	PR	PI	RN	RS	SE	SC
News about the PPE	10	2	6	7	4	8	2	3	19	4	5	3	6	2	1

PPE = personal protective equipment; CFM = Federal Council of Medicine; AMB = Brazilian Medical Association; FMB = Brazilian Medical Federation; DF = Distrito Federal; BA = Bahia; AM = Amazonas; ES = Espírito Santo; GO = Goiás; MG = Minas Gerais; PR = Paraná; PI = Piauí; RN = Rio Grande do Norte; RS = Rio Grande do Sul; SE = Sergipe; SC = Santa Catarina.

DISCUSSION

The COVID-19 pandemic has been observed to be a testing time in the area of public health management worldwide, and especially in Brazil. In this context, the numbers of physicians, together with nurses and other health professionals,²³ are affected along with those of the general public. All these medical professionals are extremely important for the prevention and in the fight against COVID-19. The need to adopt public health policies worldwide has been placed beyond its conventional limits. This fact persisted well beyond the initial three months of this pandemic, which was officially recognized in Brazil by the government and parliament in February 2020 after the publication of a Federal Law.²⁴ The frequent lack of PPE numerous times made the medical class struggle to receive them even through lawsuits, such as in the states of AM, GO, MG, PR, RS, and MT. In March 2020, the federal government started releasing extra resources to the states of the federation to combat COVID-19,²⁵ and consequently to purchase PPE. Despite the low cost of their acquisition, they were not properly distributed to the Brazilian medical class and other health professionals. The absence of PPE for medical activities can cause increased insecurity and individual stress due to the real increase in the risk of death caused by possible contamination with the SARS-CoV-2 virus, which compromises the second level of Maslow's scale. Notably, we must never forget the human condition of the physicians.

In this research, specific news about the theme was identified in the official sites of the physicians' representative institutions, which greatly reinforces the significance of this fact. There were 18 specific news articles from national representative entities, and another 73 news articles, a total of 91 news posts, for their state union representatives only in the research period. During this period, a significant number of physicians made their denouncements, totaling to approximately 4,000 physicians. The denunciations made on the websites of the various state unions and at the federal level were addressed and added to those made directly on the AMB website (Table 2).

CONCLUSION

The COVID-19 pandemic, which started in 2019 in the People's Republic of China, spread worldwide and was officially reported in Brazil in February 2020, with its extremely negative aspects becoming more evident in the areas of administrative management involving public health in several countries, including its social and economic consequences. This pandemic also revealed the need for a greater interchange between nations, to stimulate a new proposal to improve the World Health Organization for the practice of data transparency, and for the real need for investments that necessarily transform the management of health services into a higher level and move away from the theme of chronic rhetoric that characterizes some governments. There is an imperative need for more robust national security strategies,

as demonstrated by the need to produce our own medical supplies, not depending on other nations for such supplies, efficient logistics to assist in the distribution of equipment and supplies, and so on. Poor management has a negative impact on the QWL of medical professionals. In a global assessment, we cannot forget the human condition of physicians.

Across Brazil, hundreds of complaints about the lack of PPE for the medical class were registered on the websites of representative entities and verified by them. This continued even after the initial phase of the pandemic. Finally, these facts demonstrate the lack of proper management of public services. It was evident that the non-distribution of PPE to health professionals compromised the second level of the Maslow Scale, the level of security, and consequently, the QOL of these professionals. Thus, mysthania is a common practice among governments. The states must seek a real reformulation of their posture in relation to bio-laws, which reflect the health of their citizens and health professionals, especially in Brazil, where health is part of the current 1988 Federal Constitution.²⁶

REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Coronavírus Brasil. 2021. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>. Accessed in 2021 (Dec 3).
2. Wikipedia, a enciclopédia livre. Pandemia de COVID-19 no Brasil. Available from: https://pt.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19_no_Brasil. Accessed in 2021 (Dec 3).
3. Liu YC, Kuo RL, Shih SR. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomed J.* 2020;43(4):328-33. PMID: 32387617; <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>.
4. OECD. Tackling Coronavirus (COVID-19): Contributing to a global effort. The impact of the coronavirus (COVID-19) crisis on development finance. 2020;100(6):468-70. Available from: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-\(COVID-19\)-crisis-on-development-finance](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-(COVID-19)-crisis-on-development-finance). Accessed in 2021 (Dec 03).
5. United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). The Covid-19 shock to developing countries: towards a "whatever it takes" programme for the two-thirds of the world's population being left behind. 2020. Available from: https://unctad.org/system/files/official-document/gds_tdr2019_covid2_en.pdf. Accessed in 2021 (Dec 3).
6. Ferreira S, Porto D. Mistanásia x Qualidade de vida. *Rev Bioetica.* 2019;27(2):191-5. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000>.
7. Ferreira S. A mistanásia como prática usual dos governos. *J CREMERJ.* 2019;(324):5. Available from: <https://www.cremerj.org.br/jornais/download/235>. Accessed in 2021 (Dec 3).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Coronavírus COVID-19. 2020;(21):36. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf. Accessed in 2021 (Dec 3).

9. Demografia médica no Brasil 2015/Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. Available from: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Accessed in 2021 (Dec 6).
10. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Rev Bras Saúde Ocup.* 2021;46(e1). <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>.
11. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Brasil ultrapassa a marca de cem médicos mortos por Covid-19, dois por dia. 2020. Available from: <https://www.anamt.org.br/portal/2020/05/21/brasil-ultrapassa-a-marca-de-cem-medicos-mortos-por-covid-19-dois-por-dia/>. Accessed in 2021 (Dec 6).
12. Ferreira A, Demutti CM, Gimenez PEO. A Teoria das Necessidades de Maslow: a influência do nível educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho. XIII SEMEAD: Seminários em Administração. 2010. Available from: <http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf>. Accessed in 2021 (Dec 6).
13. Hesketh JL, Costa MTPM. Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. *Rev Adm Empres.* 1980;20(3):59-68. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901980000300005>. Accessed in 2021 (Dec 6).
14. Federação Nacional dos Médicos. Sindicatos. 2020. Available from: <http://www.fenam.org.br/sindicatos/>. Accessed in 2021 (Dec 6).
15. Associação Médica Brasileira. Faltam EPIs em todo o país. 2020. Available from: https://amb.org.br/wp-content/themes/amb/revista-jamb/JAMB_Ed1413.pdf. Accessed in 2021 (Dec 6).
16. Federação Nacional dos Médicos. SIMEPAR: Falta condição de trabalho no Paraná. 2021. Available from: <http://www.fenam.org.br/2021/06/18/simepar-falta-condicao-de-trabalho-no-parana/>. Accessed in 2021 (Dec 6).
17. Conselho Federal de Medicina. Combate à COVID-19: formulário para fiscalização de unidades de saúde. 2020. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/fiscalizacaocovid/>. Accessed in 2021 (Dec 6).
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança no Ambiente Hospitalar. ANVISA; 2003. Available from: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/seguranca_hosp.pdf. Accessed in 2021 (Dec 6).
19. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Heal.* 2020;5(9):e475-83. PMID: 32745512; [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30164-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30164-x).
20. Binkley CE, Kemp DS. Ethical Rationing of Personal Protective Equipment to Minimize Moral Residue During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg.* 2020;230(6):1111-3. PMID: 32278727; <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.031>.
21. Livingston E, Desai A, Berkswits M. Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020;323(19):1912-14. PMID: 32221579; <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5317>.
22. Soares SSS, Oliveira Souza NVD, Silva KG, et al. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual [Covid-19 pandemic and rational use of personal protective equipment]. *Rev Enferm UERJ.* 2020;28:e50360. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>.
23. Ranney ML, Griffith V, Jha AK. Critical supply shortages: the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382(18):e41. PMID: 32212516; <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>.
24. BRASIL. Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasil; 2020. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Accessed in 2021 (Dec 6).
25. Brasil. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência: Execução da Despesa por Programa/Ação Orçamentária. 2020. Available from: <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/programa-e-acao?paginacaoSimples=true&tamanhoPagina=&offset=&direcaoOrdenacao=asc&de=01%2F01%2F2020&ate=31%2F07%2F2020&acao=21C0&colunasSelecionadas=linkDetalhamento%2CmesAno%2Cprograma%2Cacao%2CvalorDespesaE>. Accessed in 2021 (Dec 6).
26. Gurtler CADS, Corrêa BC, Gurtler MRB, Menezes MSB, Salvetti MCP. Gestão de estoques no enfrentamento à pandemia de COVID-19. *Rev Qual HC.* 2020;71-81. Available from: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/250/250.pdf>. Accessed in 2021 (Dec 6).

Authors' contributions: Maluf MA: conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, project administration, resources, software, supervision, validation, visualization, writing-original draft, and writing-review and editing; Nunes R: methodology, supervision, validation, and writing-original draft. Both authors actively contributed to the discussion of the results from the study and reviewed and approved the final version of the manuscript

Sources of funding: There are no funding sources to report for this submission

Conflicts of interests: None

Date of first submission: December 23, 2021

Last received: April 14, 2022

Accepted: June 3, 2022

Address for correspondence:

Mario Afonso Maluf
Rua Souza Dutra, 145 — Sala 1.003
Florianópolis (SC) — Brasil
CEP 88070-605
Tel. (+55) 48 99672-8000
E-mail: marioafonsomaluf@hotmail.com





UNIVERSIDAD DE CHILE
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS EN BIOÉTICA

Santiago de Chile, diciembre de 2022

Fernando Lolas Stepke, director de Acta Bioethica (ISSN 0717-5906, impresa, y 1726-569-X, electrónica), revista del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, certifica que el artículo “A expressão pessoal de médicos frente à bioética, qualidade de vida no trabalho e relação médico paciente”, de Mário Afonso Maluf y Rui Nunes, ha sido aceptado para su publicación en el volumen XXIX (2023), número uno, de esta revista.

Sin otro particular,

Fernando Lolas Stepke