







ENFRENTAMENTO DA COVID-19: O QUE NÃO PODE SER RELATIVIZADO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM

Maria Angélica de Almeida Peres¹ 
Marcos Antônio Gomes Brandão¹ 
Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense² 
Alessandra Cabral de Lacerda^{1,3} 
Lygia Paim¹ 
Márcia de Assunção Ferreira¹ 

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira, Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.

³Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivo: apresentar argumentos reflexivos sobre as medidas de aceleração da formação de enfermeiros e inserção precoce no sistema de saúde durante a pandemia da COVID-19.

Método: texto analítico, teórico-reflexivo, baseado no construto central - conhecimento de enfermagem - cuja estrutura teórica de referência se formou por dois dos padrões fundamentais de conhecimento, na perspectiva de Chinn & Kramer: o ético e o empírico.

Resultados: enfermeiros recém-egressos, em processo de formação acelerada, terão poucos recursos disponíveis do padrão empírico de conhecimento, tanto pelo reduzido arcabouço de evidências de conhecimentos, quanto pela dificuldade para lidar com mecanismos que são, muitas vezes, desconhecidos. Por não disporem de níveis de conhecimento clínico, como o desenvolvido nas aplicações da experiência prática, os recém-graduados poderão se confrontar com situações que impactarão no padrão de conhecimento ético.

Conclusão: a aceleração da formação de estudantes de enfermagem e sua inserção no sistema de saúde na atual situação de pandemia deve ser vista com cautela, pois os riscos são elevados, tanto do ponto de vista da tomada de decisão clínica, quanto do ponto de vista do enfrentamento de dilemas e problemas éticos.

DESCRITORES: Infecções por coronavírus. Pandemias. Educação em enfermagem. Estudantes de enfermagem. Conhecimento.

COMO CITAR: Peres MAA, Brandão MAG, Aperibense PGG, Lacerda AC, Paim L, Ferreira MA. Enfrentamento da COVID-19: o que não pode ser relativizado na educação superior em enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20200236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0236>

FACING UP COVID-19: WHAT CANNOT BE RELATIVIZED IN NURSING HIGHER EDUCATION

ABSTRACT

Objective: to present reflective arguments on the measures to accelerate the training of nurses and their early insertion in the health system during the COVID-19 pandemic.

Method: an analytical and theoretical-reflective text, based on the central construct of "Nursing knowledge", whose theoretical framework of reference was formed by two of the fundamental patterns of knowing, from Chinn & Kramer's perspective: the ethical and the empirical.

Results: newly graduated nurses, in the process of accelerated training, will have few resources available in the empirical knowledge pattern, both due to the reduced framework of knowledge evidence and to the difficulty in dealing with mechanisms that are often unknown. As they do not have levels of clinical knowledge, such as that developed in the applications of practical experience, recent graduates may have to confront situations that will impact on the ethical knowledge pattern.

Conclusion: the acceleration in the training of Nursing students and their insertion in the health system in the current pandemic situation must be viewed with caution, as the risks are high, both from the point of view of clinical decision-making and from the perspective of facing dilemmas and ethical problems.

DESCRIPTORS: Coronavirus infections. Pandemics. Nursing education. Nursing students. Knowledge.

CÓMO HACER FRENTE AL COVID-19: LO QUE NO PUEDE RELATIVIZARSE EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: presentar argumentos reflexivos sobre las medidas de aceleración en la formación de enfermeros y su inserción temprana en el sistema de salud durante la pandemia del COVID-19.

Método: texto analítico, teórico-reflexivo, basado en el constructo central de "Conocimientos de Enfermería", cuya estructura teórica de referencia consistió en dos de los patrones de conocimiento, según la perspectiva de Chinn & Kramer: el estándar ético y el estándar empírico.

Resultados: los enfermeros recién graduados, en proceso de formación acelerada, tendrán pocos recursos disponibles del estándar empírico del conocimiento, debido tanto a la reducida estructura de evidencias de conocimientos como a la dificultad para lidiar con mecanismos que a menudo se desconocen. Por no disponer de niveles de conocimiento clínico, como el que se desarrolla en las aplicaciones de la experiencia práctica, los recién graduados podrían tener que hacer frente a situaciones que afectarán el estándar de conocimiento ético.

Conclusión: la aceleración en la formación de estudiantes de Enfermería y su inserción en el sistema de salud en la situación actual de pandemia debe ser vista con cautela, pues los riesgos son elevados, tanto desde el punto de vista de los procesos de toma de decisiones clínicas como desde la perspectiva de hacer frente a dilemas y problemas éticos.

DESCRIPTORES: Infecciones por coronavirus. Pandemias. Educación en Enfermería. Estudiantes de Enfermería. Conocimiento.

INTRODUÇÃO

Novos casos de infecção pelo SARS-CoV-2 continuam a surgir em muitos países do mundo ou, em outros, se mantém em níveis elevados. Esse número tem crescido mais intensamente desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou a doença causada pelo novo coronavírus de COVID-19 (acrônimo do termo em inglês *Corona Virus Disease 2019*). As diferentes nações têm adotado estratégias para lidar com a alta velocidade de disseminação, adoecimento e casos graves e letais na população.

Contudo, o problema atinge diferentes segmentos do setor de saúde, gerando demandas não planejadas e excessivas de insumos e de conhecimento novo, particularmente sobre fármacos, equipamentos de saúde e novas diretrizes de cuidado. Além disso, ele exige o estabelecimento ou a reativação de uma infraestrutura hospitalar, em grande parte de terapia intensiva, o que, em certa medida, se contrapõe à tendência histórica de desospitalização da saúde.

O *basic reproduction number* (R_0) do vírus SARS-CoV-2 tende a variar de localidade geográfica. No entanto, estimativas apontam para 1.4 a 3.9 contaminados por pessoa, com uma média de 3.28. Ou seja, para cada pessoa infectada, aproximadamente outras três podem ser acometidas pela doença.¹⁻² Essa taxa elevada coloca em risco a população em geral e os próprios profissionais de saúde.

Da mesma forma, o crescimento do total de casos, o requerimento de rápido treinamento para medidas de precaução e os problemas com o desequilíbrio entre demanda e oferta de equipamentos de proteção individual parecem criar uma multicausalidade para a contaminação de profissionais de saúde. Na China, primeiro foco de disseminação da doença, estimava-se, em março de 2020, a contaminação de 3.000 profissionais de saúde, com 22 mortes.³ Em maio de 2020, contabilizações do Conselho Federal de Enfermagem do Brasil (COFEN) apontavam para 73 mortes de profissionais de enfermagem no país, quando já se contavam mais de 120 mil contaminados e 8.536 mortos. Usando os dados noticiados na mesma matéria, pode-se extrair uma taxa de 8,55 profissionais de enfermagem entre mortos pela doença no Brasil, contra 1,20 na Itália.⁴

Quando adoecem, os profissionais são afastados de suas funções, tanto para recuperação do estado de saúde, quanto para evitar a disseminação do vírus. A consequência desse afastamento é a redução de recursos humanos nos serviços de saúde, causando, assim, profundas perdas no meio assistencial.

Diante dessa realidade, o governo federal do Brasil, no final de março e início de abril de 2020, estimando futuras pressões sobre o sistema de saúde, implementou, por meio de portarias do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação medidas regulamentares em relação à formação de profissionais de saúde.

A Portaria n° 356 do Ministério da Educação, de 20 de março de 2020,⁵ dispoendo sobre a atuação dos alunos dos cursos da área de saúde no combate à pandemia da COVID-19 (novo coronavírus), subsidiou a Portaria n° 492 do Ministério da Saúde, de 23 de março de 2020,⁶ que instituiu o programa “O Brasil conta comigo”. Ele trata da suplementação excepcional e temporária de estudantes do sistema federal de ensino matriculados nos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina estagiando em serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa sugere que a participação dos estudantes se dê de duas maneiras: por meio de computação de carga horária do Estágio Curricular Obrigatório ou por meio de voluntariado, podendo ter três compensações: o adicional de 10% no processo de seleção pública para Programas de Residências em Saúde promovidos pelo MS; a obtenção de desconto no valor da mensalidade, a ser

definido e concedido pelas Instituições de Ensino Superior; ou a recepção de bolsa para trabalhar no SUS.⁶

A Portaria Nº 383 do Ministério da Educação, de 09 de abril de 2020, definiu normas para antecipação da colação de grau de estudantes da área da saúde (Enfermagem, Fisioterapia e Medicina) no último período de graduação, estabelecendo como critério que o estudante tenha completado 75% da carga horária de estágio supervisionado e definindo que os certificados de conclusão de curso e diplomas, emitidos em razão dessa Portaria teriam o mesmo valor daqueles emitidos em rito ordinário.⁷

Essas medidas ocorreram justamente no período de decretação de quarentenas nas principais capitais do Brasil, interrompendo as atividades consideradas não essenciais, dentre elas o ensino presencial. Diversos questionamentos foram levantados sobre a operacionalização das mencionadas medidas pela ausência de debate com as Instituições de Ensino Superior e de serviços de saúde envolvidas no processo de implementação.

A inserção de enfermeiros novatos na assistência e seus reflexos no cuidado são objeto de pesquisas e de debates da área, em particular quando se trata de auxiliar pessoas que exigem cuidados intensivos, seja nos espaços clínicos apropriados para tal, seja em unidades não críticas.⁸

A restrição de vagas em Unidades de Terapias Intensivas (UTI) já se configurava como problema antes de o país vivenciar a pandemia da COVID-19, face ao aumento de pessoas necessitadas desse tipo de terapia, dentre outros fatores contributivos.⁹ A pandemia só agravou a escassez de leitos, de recursos materiais e humanos e de pessoal tecnicamente preparado para os cuidados críticos.

Entende-se que a situação limítrofe de vida e morte em nível global de uma pandemia sempre coloca a humanidade em dilemas de múltiplas dimensões. Porém, a COVID-19 é certamente a primeira doença global a ocorrer em um contexto em que os países possuem sistemas de saúde e formação de profissionais da saúde com regulamentações, diretrizes ou padrões nacionais e internacionais e nas circunstâncias de existência de um aparato científico e tecnológico robusto para combatê-la. Se, por um lado, isso pode trazer benefícios ao enfrentamento da doença, por outro torna mais complexas as reflexões sobre condições que perturbem a lógica planejada do ensino a atenção na saúde.

Além dos aspectos operacionais, outras questões geraram inquietações sobre os antecedentes que levaram a essas medidas e sobre as possíveis consequências de sua implementação, especialmente sem que um debate mais amplo, mesmo que breve, tivesse ocorrido. Por isso, entende-se a relevância de uma reflexão acerca do tema.

O objetivo deste artigo é, portanto, apresentar argumentos reflexivos sobre as medidas de aceleração da formação de enfermeiros e a sua inserção precoce no sistema de saúde durante a pandemia da COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um texto analítico, teórico-reflexivo, no qual, para lidar com as múltiplas possibilidades de produção de argumentos, aplicou-se um construto central para reflexão e uma estrutura teórica de referência para conduzi-la.

Como construto central de reflexão, selecionou-se o conhecimento de enfermagem recortado em seus cinco padrões fundamentais de conhecimento, na perspectiva de Chinn & Kramer: empírico, ético, pessoal, estético e emancipatório.¹⁰ Contudo, optou-se por conduzir a reflexão referenciada nos padrões fundamentais do conhecimento ético e empírico de enfermagem, em função da natureza e extensão do tema.

REFLEXÃO

Reflexões referenciadas ao padrão empírico do conhecimento em enfermagem

O padrão empírico representa um quadrante do desenvolvimento do conhecimento de enfermagem referente à competência científica. Para obter desempenho adequado nesse segmento do conhecimento, os profissionais de enfermagem precisam lidar com duas perguntas centrais: “o que é isso?” e “como isso funciona?”.¹⁰

O conhecimento empírico é particularmente desenvolvido por meio da pesquisa. São centrais as perguntas sobre “o que”, referentes a conceitos e definições, e “como”, concernentes a mecanismos, processos ou métodos. Os achados da pesquisa costumam ser o ponto de partida para a tomada de decisão, sendo a prática baseada em evidências cruciais para a educação de enfermagem.¹¹ Contudo, uma enorme fração das perguntas permanecem sem resposta durante a atual pandemia.

Quando perguntas ainda não respondidas pela ciência são colocadas ao lado do aumento da demanda de usuários nos serviços de saúde e do agravamento dos quadros clínicos, propiciado pela característica da doença, fica evidente a pressão por respostas rápidas no atendimento. Tal situação pode requerer prontidão e agilidade na avaliação das situações e na prestação de cuidados, além do domínio de habilidades para o manejo de artefatos e paramentação adequada frente a uma doença altamente infectante. Ademais, sem a âncora das evidências de pesquisa ou de modelos estruturados aprendidos no ensino formal, a tomada de decisão pode ser atraída para a aplicação de habilidades obtidas pela experiência clínica ou pela familiaridade com situações semelhantes, fatores possivelmente inacessíveis para enfermeiros recém-graduados.

Pesquisa realizada sobre esse tema evidenciou que os recém-formados apresentavam falta de habilidades técnicas em procedimentos primários e nos avançados e especializados.¹² Estudo acerca das representações sociais de enfermeiros recém-formados sobre cuidados intensivos prestados em unidades não críticas revela que a inexperiência e fragilidades na formação são fatores limitantes das ações de cuidado, o que predispõe esses enfermeiros a erros que comprometem a segurança do paciente.⁸

Existem duas teorias seminais relacionadas à transição para a prática de enfermeiros recém-graduados: *Benner's Novice to Expert Theory* e *Duchscher's Stages of Transition Theory*.¹³ Ambas apontam o caráter processual de níveis sequenciais de proficiência ou estágios evolucionários e de transformação do profissional. Outras teorias e estudos que aplicaram seus pressupostos permitem inferir o enorme desafio a que recém-egressos serão submetidos ao serem chamados para atuar em uma situação de crise com consequências ainda imprevisíveis.

No contexto de uma crise sanitária, como a enfrentada nesta pandemia, os profissionais contratados estão sendo convocados para inserção imediata nas frentes de trabalho, na assistência e na gerência, havendo pouco ou mesmo nenhum tempo disponível para que ocorra um adequado preparo e treinamento. Os “novatos” são fortemente dependentes do padrão de conhecimento empírico manifestado no conteúdo teórico aprendido, de modo que sua performance é guiada por regras pouco flexíveis.¹⁴

Nesse sentido, o chamado do governo aos profissionais recém-formados pode ser considerado uma medida extrema pelo caráter de urgência sanitária pelo qual passa o país, mas deve ser visto com cautela, pela responsabilidade e compromisso que os profissionais de saúde devem dirigir à população. No que concerne à tomada de decisão profissional, fatores como o exame de riscos, possibilidades e incertezas exigem habilidades de comparação e escolhas que podem ser ainda mais dificultadas quando a informação é limitada a achados de estudos observacionais ou testes clínicos que não se aplicam a pacientes em situações particulares.¹⁵ Sem dispor desse arcabouço teórico,

que está em contínua atualização, os recém-egressos poderão ter grande dificuldade para atuar em um contexto de elevada individualização do cuidado e de tomadas de decisões sob incertezas.

Quanto às universidades que estão sendo incentivadas a realizarem os estágios obrigatórios dos estudantes nos cenários de cuidado à população em meio à pandemia, observa-se que a imersão na prática clínica pode ser considerada crucial para a aquisição de conhecimentos no processo de aprendizagem.¹⁶ Estagiários são benéficos como acréscimo à equipe profissional e, por isso mesmo, excelentes colaboradores no que diz respeito à qualificação ética e técnico-científica dos serviços de que participam, desde que supervisionados. Ao considerar a complexidade da atividade técnica em aprendizagem, esse aspecto é acompanhado por outro mais valioso, qual seja, a pessoa que receberá o cuidado a ser prestado.

Apesar de ser um momento de relevância para as ações de cuidado em saúde, e em particular de enfermagem, pelas suas características, o cenário da COVID-19 não se apresenta como propício para a inserção em massa de estudantes que ainda estão em processo de desenvolvimento de habilidades, cujos exercícios reflexivos sobre as situações clínicas na prática são atividades nucleares para a sua formação profissional.¹⁷

Pessoas com suspeita ou quadro confirmado de COVID-19 têm dominado as portas de entrada dos serviços de saúde. Situações limites vida-morte e a ausência de equipamentos específicos às emergências respiratórias vem, infelizmente, caracterizando os ambientes de atendimento desses usuários. Quando se trata de desenvolvimento de terapias intensivas, estudantes, mesmo cursando o último ano curricular, não teriam a habilidade e a experiência para o exercício profissional e, somente de forma extraordinária, estas seriam supridas na necessidade de nivelamento de equipes assistenciais de natureza emergencial. Observa-se que, quando se é iniciante na profissão, a pouca experiência leva o profissional a direcionar a atenção ao objetivo da prática e aos gestos necessários à execução da tarefa (técnica de cuidado) de modo lento e ainda sem a habilidade decorrente do tempo de atuação.¹⁸

Considerando os desafios apresentados, os recém-egressos em processo de formação acelerada teriam poucos recursos disponíveis do padrão empírico de conhecimento para sustentar suas ações de cuidado. Isso se dá tanto pelo reduzido arcabouço de evidências de conhecimentos capazes de responder à pergunta “o que é isto?” trazidos da formação, quanto pela dificuldade para lidar com mecanismos muitas vezes desconhecidos, dificultando responder à pergunta “como isto funciona?”

Infelizmente, por não disporem de níveis de conhecimento clínico como o desenvolvido nas aplicações da experiência prática, os recém-graduados poderão se confrontar com situações que impactarão no padrão de conhecimento ético.

Reflexões referenciadas ao padrão ético do conhecimento de enfermagem

O conhecimento ético tende a ser orientado por duas questões centrais: “o que é certo?” e “isto é responsável?”¹⁰ O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem incorpora princípios nos deveres que norteiam o exercício prático: justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. Esses, por sua vez, orientam que as relações com as pessoas sob cuidado devem se amparar no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.¹⁹ Entretanto, em situações de desastre, a ordem natural do curso das ações é interrompida em função do rápido decréscimo dos recursos disponíveis, de modo que a meta passa a ser fazer o bem maior para mais pessoas e com o uso mais eficiente de recursos.²⁰

A situação de calamidade, inclusive a causada pela atual pandemia, se opõe tanto ao código de ética da enfermagem e aos amplos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência

e justiça, quanto fragilizam os usuais padrões de triagem e classificação de pacientes ensinados. Diante da realidade de gerenciar recursos limitados, torna-se inevitável a aplicação do pensamento utilitário, fazendo com que o enfermeiro considere estar ferindo princípios de seu código de ética.²⁰

Para todos, torna-se extremamente difícil responder com segurança a pergunta “o que é o certo a se fazer?”. A possibilidade de o profissional de saúde advogar em benefício das pessoas sob seus cuidados é posta à prova diante da exigência utilitária de fazer o maior bem a um maior número de pacientes.²⁰

No centro do debate sobre a assistência aos pacientes gravemente acometidos pela COVID-19, encontra-se a decisão de escolher quais deles receberão a ventilação mecânica, diante da escassez dos ventiladores. A decisão utilitária pode ser baseada no valor social de uma ocupação ou profissão? Ou a escolha deve ser tomada a partir da máxima “quem chega primeiro é servido antes”? Ou, então, a decisão pautar-se-á no ciclo da vida, com jovens tendo precedência sobre idosos? Talvez seja mais apropriado utilizar um escore baseado na falência sequencial de órgãos como modelo de predição de mortalidade?²⁰ Certamente, sob tais condições, qualquer que seja a premissa adotada pelo profissional, ela invariavelmente ferirá algum dos princípios éticos da sua profissão, tornando a decisão pelo pensamento utilitário uma tarefa extremamente estressante para os envolvidos.

Há de se somar ao estresse natural da decisão utilitária o fato de que a transição para a prática em papéis profissionais já é um período de grande estresse para enfermeiros recém-formados.²¹ Estudo que investigou a transição de enfermeiros recém-graduados em cuidado de longa permanência identificou quatro características desses profissionais: falta de experiência de vida, falta de experiência no contexto particular, medo de perder habilidades e vontade de tomar a iniciativa.²²

A maior parcela dos recém-formados está na faixa etária dos vinte anos e disporá de poucas experiências de vida para lidar com situações nas quais o certo ou responsável a se fazer pode ser uma decisão posta em xeque. Em nível mundial, temos verificado posições conflituosas dos demais países, com atos contra as medidas de isolamento social *versus* recomendações sanitárias, polarização de debate de impactos econômicos *versus* impactos sobre a saúde, e uma série de dilemas que requerem experiência de vida na testagem das teorias pessoais e coletivas sobre o que é apropriado, certo e útil.

Outro exemplo importante a ser citado é que os recém-graduados lidarão com a morte continuamente, inclusive a de colegas, porém o tema ainda é um tabu na formação e na prática do cuidado em saúde, demandando reflexões, pesquisas e estratégias de ensino-aprendizagem para minimizar as situações-problema que surgem durante a formação profissional e nos campos clínicos, com influências importantes na qualidade da assistência prestada.²³ Pesquisas realizadas com estudantes de enfermagem sobre o cuidado a pessoas em situação de terminalidade evidenciaram emoções e sensações desagradáveis, sentimentos de impotência, tristeza, angústia e insegurança.²⁴⁻²⁵

A falta de experiência em lidar com calamidades dessa natureza, e para as quais não foram formados, torna-se um arriscado elemento que desafia a competência dos recém-graduados para responder apropriadamente à pergunta “isto é responsável?”. Como poderão julgar seus próprios atos, considerando a fluidez dos padrões em que talvez se ancorem e a inexperiência diante do novo? Como lidar com padrões de prática que prescrevem o conforto humano, inclusive na morte, quando são cercados por relatos de colegas que foram incapazes de manter seu próprio conforto atrás de uma paramentação que os obrigam a suprimir suas necessidades de hidratação, alimentação e eliminações por horas?

Experiências como a do furacão Katrina, que atingiu especialmente New Orleans, nos Estados Unidos da América, em 2005, indicam que poucas diretrizes podem ser seguidas em tempo de desastre e que, usualmente, não são oferecidas opções aos pacientes, ferindo profundamente o princípio da autonomia.²⁰ O desastre já causado pelo vírus SARS-CoV-2 supera em muito o observado naquela ocasião.

Para que as situações extremas enfrentadas pelos recém-formados tivessem um impacto minimizado, poderiam ser estruturados programas de treinamento e preparo de estratégias para a diminuição do estresse, possibilitando a satisfação e retenção no emprego/trabalho.¹² Pela portaria do MS, estudantes de enfermagem no último ciclo de sua formação são incentivados a desenvolver o estágio obrigatório em unidades de saúde que não estão em sua conformação natural. Aprenderão em um contexto de excepcionalidade, adquirindo experiências que se conformam fora dos modelos usuais de tomada de decisão clínica e ética. Portanto, a depender do tempo que permanecerem nessa experiência, poderão ter suas habilidades usuais, que foram construídas em anos de ensino clínico, moldadas a uma nova realidade. Se essa for a necessidade e possibilidade do hoje, ela ao menos precisa ser debatida e considerada no processo de formação e de gerenciamento dos recursos humanos.

Mesmo com o acompanhamento do supervisor no estágio, é difícil garantir que, diante da escassez de recursos humanos de saúde, o estudante poderá dispor da atenção desse profissional para facilitar sua aprendizagem de modo que atinja uma qualificação desejável no enfrentamento de questões tão agudas de vida-morte.

Enfermeiros recém-graduados, em situações normais, tendem a se engajar, tomando a iniciativa para acelerar seu desenvolvimento profissional, podendo ser classificados como resilientes por seus supervisores.²² Em cenários de tamanha apreensão e expectativa como no atendimento a pessoas com a COVID-19, como seriam garantidas as condições de segurança dos estudantes que percebessem uma vontade de tomar a iniciativa mesmo diante de riscos excessivos?

O Programa “O Brasil conta comigo” já em seu nome incute a dimensão de uma missão para inserção do estudante. Além disso, cria mecanismos de bonificação do engajamento ao computar a carga horária do Estágio Curricular Obrigatório ou de voluntariado, mesmo diante da suspensão das atividades de ensino superior pelas medidas de quarentena implementadas pelas autoridades estaduais e municipais, ou premiando os engajados com um adicional de 10% na pontuação em processos de seleção pública para Programas de Residências em Saúde promovidos pelo Ministério da Saúde do Brasil.⁶

No mercado competitivo da saúde, o engajamento somaria a presumida vontade de tomar a iniciativa com as vantagens de estar à frente dos concorrentes. Assim, cabe dirigir para as instâncias governamentais e para a sociedade como um todo uma das perguntas centrais do padrão ético: essa conduta é responsável?

O sistema educacional e a sociedade precisam refletir sobre os riscos e os benefícios de expor estudantes à tentativa de acerto-erro em face de situações éticas distanciadas da finalidade da profissão de cuidar e confortar como os mais altos valores da vida. Inserir estudantes ainda em processo de formação profissional num cenário de cuidado tão adverso é, de antemão, assumir situações de riscos para além das que são esperadas nos cenários de aprendizagem, além de comprometer a cultura de segurança inerente ao bom gerenciamento do cuidado.²⁶

No dia 20 de abril de 2020, o Conselho Nacional de Saúde do Brasil recomendou ações que podem ser vistas como um primeiro passo para mitigar os riscos das medidas normativas já mencionadas e incorporar mais agentes no planejamento de sua execução. Suas recomendações se sintetizam em: pactuação entre as Instituições de Ensino Superior e as unidades de saúde com a observância dos convênios de estágio e atendimento de Diretrizes Curriculares Nacionais e projetos pedagógicos dos cursos; utilização de estudantes de saúde em formação na linha de frente do cuidado como um último recurso, após todos os chamamentos de profissionais por diferentes mecanismos; a hierarquização dos cenários de intervenção, segundo o potencial de risco à saúde dos estudantes, preservando-os do “estresse ocupacional cognitivo, psíquico e de jornada laborativa”; garantia de todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) apropriados; combinação de estratégias/metodologias de aprendizagem remota, presencial e híbrida adequadas e firmadas em parceria com a gestão do SUS do Brasil ; supervisão dos estudantes em parceria serviço e ensino.²⁷

Os cenários de cuidados aos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 têm sido de constante estresse para os profissionais de saúde, em particular os da enfermagem, em virtude das especificidades da assistência, que exigem maior contato e exposição. Na China, alguns sintomas de estresse e outros de comprometimento da saúde mental da população e de profissionais de saúde levaram o país a implementar intervenções para minorar tais problemas.²⁸

Estamos diante de uma morbidade com pouco tempo de evolução, transmissibilidade e patogenicidade ainda não completamente conhecidas. As atualizações de protocolos de atendimento e de proteção individual e coletiva são rotineiras, exigindo atualizações técnicas,²⁹ o que faz com que as equipes fiquem ainda mais apreensivas. E isso exige, também, atualização e treinamento de estudantes e professores para acompanharem esse cenário de intensa mudança.

Até o dia 20 de julho de 2020, o site Observatório da Enfermagem, criado pelo Comitê Gestor de Crise do COFEN, registrava mais de 26 mil profissionais de enfermagem que estavam ou estiveram em quarentena no Brasil.³⁰ Esse absenteísmo engloba profissionais com suspeita ou confirmação de COVID-19 e também aqueles afastados por pertencerem aos grupos de risco, o que tem contribuído para um considerável déficit nas escalas assistenciais que certamente levaram às decisões governamentais de inclusão dos estudantes de graduação nos cenários de combate à pandemia e antecipação de formaturas.

CONCLUSÃO

Os padrões fundamentais de conhecimento foram adequados como referencial para a análise, interpretação e produção da argumentação frente aos problemas decorrentes da aceleração da formação de estudantes de enfermagem e sua inserção no sistema de saúde na atual situação de pandemia.

Observam-se limitações das medidas governamentais especialmente por sua natureza de produção verticalizada, de cima para baixo. Sua concepção não incorporou o coletivo das instituições educacionais de enfermagem, nem incluiu os sujeitos mais diretamente envolvidos na educação de enfermagem, tampouco os usuários do sistema de saúde, apesar da existência de um arcabouço institucional, estruturas e mecanismos de representatividade no Brasil que permitiriam a pactuação, inclusive com a velocidade requerida pela pandemia. O próprio Conselho Nacional de Saúde, instância representativa que viria a se pronunciar com recomendações quase um mês após as portarias ministeriais, poderia ser um canal apropriado para a construção coletiva em iniciativa mais horizontal.

Infere-se que a opção governamental pode gerar um maior potencial de questões de impacto incerto sobre o desenvolvimento de padrões de conhecimento empírico e ético, especialmente pela supressão de parceiros que poderiam antecipar problemas ou propor recomendações que só viriam, ao menos parcialmente, em abril de 2020, por meio do Conselho Nacional de Saúde.

Incluir estudantes do curso de graduação na atuação em áreas prioritárias, neste momento de enfrentamento da epidemia, certamente traria benefícios para as equipes no que diz respeito à renovação da força de trabalho, além de incluir profissionais mais jovens que, em sua maioria, não estariam no grupo de maior risco para agravamento da doença. Em uma perspectiva utilitarista do recurso humano, poderia ser uma medida passível de defesa. No entanto, as questões refletidas neste artigo apontaram que os riscos são elevados tanto do ponto de vista da tomada de decisão clínica, quanto do enfrentamento de dilemas e problemas éticos.

As contribuições deste artigo são no sentido de despertar a cautela das instituições de formação e dos próprios estudantes no que se refere a adesão à aceleração da formação, pois, até o mês de julho de 2020, ainda persistem questões sobre a viabilidade e os benefícios das medidas apresentadas nas portarias ministeriais, e experiências anteriores de outros países e cenários mundiais parecem pouco colaborar nesse aspecto.

REFERÊNCIAS

1. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 06];27(2):taaa021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>
2. Villela DAM. The value of mitigating epidemic peaks of COVID-19 for more effective public health responses. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 06];53:e20200135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0135-2020>
3. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 06];323(15):1439-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
4. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Brasil perdeu mais profissionais de Enfermagem que Itália e Espanha juntas. [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 06]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-perdeu-mais-profissionais-de-enfermagem-para-covid-19-do-que-italia-e-espanha-juntas_79563.html
5. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 356, de 20 de março de 2020: Dispõe sobre a atuação dos alunos dos cursos da área de saúde no combate à pandemia do COVID-19 (coronavírus). [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Educação; 2020 [acesso 2020 Ago 14]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-20-de-marco-de-2020-249090908>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 492, de 23 de março de 2020: Institui a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 Abr 17]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-492-de-23-de-marco-de-2020-249317442>
7. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 383, de 09 de abril de 2020: Dispõe sobre a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, como ação de combate à pandemia do novo coronavírus - Covid-19. [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Educação; 2020 [acesso 2020 Abr 17]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-383-de-9-de-abril-de-2020-252085696>
8. Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC. Intensive care in non-critical units: representations and practices of novice graduate nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 04]; 29:e20190089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0089>
9. Kohn R, Halpern SD, Kerlin MP. The implications of intensive care unit capacity strain for the care of critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 4];28(4):366-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20160069>
10. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 8a ed. St Louis: Elsevier Mosby; 2011.
11. Mackey A, Bassendowski S. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Mai 06];33(1):51-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
12. Hezaveh MS, Rafii F, Seyedfatemi N. Novice nurses' experiences of unpreparedness at the beginning of the work. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Mai 04];6(1):215-22. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p215>
13. Murray M, Sundin D, Cope V. Benner's model and Duchscher's theory: providing the framework for understanding new graduate nurses transition to practice. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Mai 06];34:199-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.003>

14. Benner PE, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. 2a ed. New York, NY(US): Springer Pub; 2009.
15. Saposnik G, Sempere AP, Raptis R, Prefasi D, Selchen D, Maurino J. Decision making under uncertainty, therapeutic inertia, and physicians' risk preferences in the management of multiple sclerosis (DIScUTIR MS). *BMC Neurol* [Internet] 2016 [acesso 2020 Mai 06];16(1):58. Disponível em: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12883-016-0577-4>
16. Gallani MC, Dallaire C. Development of expertise in nursing: why and how. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2020 Mai 04]; 19(1):9-11. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35924/22504>
17. Pereira-Mendes A. Reflective practice in the clinical learning:earnings for the building of the nursing thinking. *Rev Electr Educare* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Mai 04];20(1):189-211. Disponível em: <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
18. Almeida IM. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Ago 14];45:e17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.140>
19. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Código de ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. [Internet]. Brasília, DF(BR): COFEN; 2017 [acesso 2020 Mai 06]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
20. Wagner JM, Dahnke MD. Nursing ethics and disaster triage: applying utilitarian ethical theory. *JEN* [Internet] 2015 [acesso 2020 Mai 06];41(4):300-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.11.001>
21. Mccalla-Graham JA, De Gagne JC. The lived experience of new graduate nurses working in an acute care setting. *J Contin Educ Nurs* [Internet] 2015 [acesso 2020 Mai 06];46(3):122-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20150220-17>
22. Whitmore C, Kaasalainen S, Ploeg J, Baxter P. Transitioning to practice in long-term care: new graduate nurses' experience of an accelerated transition to nurse leader. *J Adv Nurs* [Internet] 2019 [acesso 2020 Mai 06]; 75(6):1272-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.13945>
23. Lima R, Bergold LB, Souza JDF, Barbosa GS, Ferreira MA. Educação para a morte: sensibilização para o cuidar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 04];71(Suppl 4):1779-84. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0018>
24. Sandoval SA, Vargas MAO, Schneider DG, Magalhães ALP, Brehmer LCF, Zilli F. M. Death and die in the hospital: a social, spiritual and ethical look of students. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 25];24(3):e20190287. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0287>
25. Silva RS, Oliveira CCSG, Pereira A, Amaral JB. Care to the person in a terminal process in the perception of the nursing students. *Rev Rene* [Internet] 2015 [acesso 2020 Mai 04];16(3):415-24. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000300015>
26. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Mai 04];8:e2600. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>
27. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Ministério da Saúde. Recomendação nº 24, de 20 de abril de 2020: Recomenda ações relativas à atuação de estudantes de saúde em formação no contexto da Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo" [Internet]. Brasília, DF(BR): Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 Mai 04]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1127-recomendacao-n-024-de-20-de-abril-de-2020>

28. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 04];7(4):e17-e18. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
29. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 04];28:e49596. Disponível em: <http://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>
30. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Observatório da enfermagem. [Internet]. 2020 [acesso 2020 Mai 26]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>

NOTAS

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Ferreira MA, Peres MAA.

Análise e interpretação dos dados: Aperibense PGGS, Brandão MAG, Lacerda AC, Ferreira MA.

Discussão dos resultados: Aperibense PGGS, Brandão MAG, Ferreira MA, Lacerda AC, Peres MAA.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Ferreira MA, Paim L.

Revisão e aprovação final da versão final: Ferreira MA, Paim L.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

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

Editor-chefe: Roberta Costa

HISTÓRICO

Recebido: 01 de junho de 2020.

Aprovado: 03 de agosto de 2020.

AUTOR CORRESPONDENTE

Pacita Geovana Gama de Sousa Aperibense
pacitageovana@yahoo.com.br

