

# BIOÉTICA NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE, DESAFIOS E CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO

OLIVEIRA, Pietra Baggio Peixoto<sup>1</sup>  
BRITO, Eloisa Gonçalves<sup>2</sup>  
ZANCANARO, Isadora Cassol<sup>3</sup>  
COELHO, Luiz Henrique Parizotto<sup>4</sup>  
ORTH, Luiza<sup>5</sup>  
RAMBO, Marcelo<sup>6</sup>  
TRESSOLDI, Michelly<sup>7</sup>  
PEREIRA, Andressa Paulino<sup>8</sup>  
ESPINDOLA, Rafael Menegati<sup>9</sup>  
SIMON, Rubia Vieira<sup>10</sup>  
PORTO, Itamar Regazzo Pedreschi<sup>11</sup>

## RESUMO

O artigo consiste em uma revisão da literatura de artigos sobre o atendimento, desafios, critérios de atendimento, e os princípios éticos e bioéticos que permeiam o contato médico-paciente, em situação de urgência e emergência, visando a garantia dos recursos para os pacientes que realmente precisam do atendimento.

**PALAVRAS-CHAVES:** ética, bioética, urgência, emergência, relação médico paciente, critérios.

## BIOETHICS IN URGENCY AND EMERGENCY CARE: PATIENT PHYSICIAN RELATIONSHIP, CHALLENGES AND CARE CRITERIA

## ABSTRACT

The article consists of a literature review of articles on care, challenges, care criteria, and the ethical and bioethical principles that permeate doctor-patient contact, in urgent and emergency situations, aiming to guarantee resources for patients who really need the service.

**KEYWORDS:** ethics, bioethics, urgency, emergency, doctor-patient relationship, criterion.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo as premissas de José Roberto Goldim, a bioética é uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver. Dessa

<sup>1</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [pietrabaggio@hotmail.com](mailto:pietrabaggio@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [eloisabrito8@gmail.com](mailto:eloisabrito8@gmail.com)

<sup>3</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [isadoracassolzancanaro@hotmail.com](mailto:isadoracassolzancanaro@hotmail.com)

<sup>4</sup> Acadêmico de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [luizhenrique1306@gmail.com](mailto:luizhenrique1306@gmail.com)

<sup>5</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [luizaorth@hotmail.com](mailto:luizaorth@hotmail.com)

<sup>6</sup> Acadêmico de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [Marcelo.rambo44@gmail.com](mailto:Marcelo.rambo44@gmail.com)

<sup>7</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [michellytressoldi@gmail.com](mailto:michellytressoldi@gmail.com)

<sup>8</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [andressa0408@yahoo.com.br](mailto:andressa0408@yahoo.com.br)

<sup>9</sup> Acadêmico de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: [rubiasimon@gmail.com](mailto:rubiasimon@gmail.com)

<sup>10</sup> Acadêmica de medicina do oitavo período do Centro Universitário Assis Gurgacz.

<sup>11</sup> Médico Intensivista do Hospital São Lucas na cidade de Cascavel-PR. E-mail: [itamar.regazzo@hotmail.com](mailto:itamar.regazzo@hotmail.com)

forma, a bioética se iniciou no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, período esse após a era militar, no qual instaurou-se um movimento democratização. Nesse contexto, é possível afirmar que o Movimento da Reforma Sanitária, assim como a publicação da revista “Bioética” pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1993 e a criação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), foram marcos importantes para o desenvolvimento dessa vertente no país (GOLDIM, 2006; BATISTA, 2012).

Além disso, emergência define-se como uma condição em que o paciente está envolto de uma série de conjuntos que atuam concomitantemente, fazendo com que esse precise ser atendido em um período de tempo pequeno, devido ao risco imediato de morte. Ainda, a relação e conduta médico-paciente, assim como os deveres e princípios fundamentais que permeiam essa profissão está contida no Código de Ética Médica publicado pelo CFM, entre as obrigações médicas, de forma resumida e priorizando os itens principais, estão: a medicina deve ser exercida sem pré-conceitos; o médico deve prezar pelo cuidado do paciente, oferecendo-o um bom profissional e ética no seu atendimento; em relação a tomada de decisões, o médico deve ouvir e respeitar a decisão do paciente sobre a conduta do seu tratamento; o médico precisa desenvolver um vínculo de respeito com os demais profissionais; o médico nunca pode usar seus conhecimentos para causar sofrimento; o médico manterá em sigilo as informações que lhe foram fornecidas (GOLDIM, 2020; CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2019).

Com base no exposto, é notório que em um ambiente de emergência onde a prioridade é um atendimento ágil, visto que, normalmente, o paciente encontra-se em uma condição em que se exige isso, respeitar e seguir os preceitos bioéticos torna-se um desafio, já que não se construiu uma relação médico-paciente anterior, não se sabe os antecedentes prévios, histórias de doenças, história familiar e dificilmente há tempo para uma decisão conjunta com consentimento do paciente (TORRERÃO, 2003).

Dessa maneira, o objetivo desse resumo crítico é abordar e discutir as realidades, dificuldades e obrigações que circundam a emergência no âmbito da bioética.

## **2. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA EMERGÊNCIA**

Na emergência, toda sua peculiaridade, costuma trazer algumas situações que podem ser chamadas de “desafios morais”. O médico da emergência possui princípios e deveres baseados na teórica bioética, visando sempre o bem do paciente (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Beneficência: basicamente, ser o melhor possível para o paciente, prevenindo ou tratando

lesões e informando pacientes sobre suas situações. Na emergência, os quadros tendem a ser intensos e muito rápido, o principal objetivo dos médicos nessa área é amenizar sofrimentos e diminuir a taxas de óbitos, aplicando, dessa maneira, a beneficência. Isso também inclui o sigilo médico que só vai ser quebrado em situações necessárias para trazer um bem maior (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

**Não-maleficência:** genuinamente, é não causar danos aos pacientes, tão importante quanto a beneficência. Quando se busca isso aplicado na prática de emergência, pode ser visto quando a decisão de não iniciar um tratamento, porque traria mais malefícios do que benefícios, é tomada. Outro exemplo é que médicos sem domínio na área atuem em emergências como peritos (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

**Respeito à autonomia do paciente:** o médico deve respeitar as escolhas de seu paciente. Na prática médica é conhecida por “Doutrina Legal Do Consentimento Informado”. Quando o paciente possuir a capacidade perceptível da tomada de decisão, o médico deve informá-lo de suas condições e das medidas cabíveis, esperando uma resposta positiva ou não. Na emergência, o médico precisa saber interpretar o nível de discernimento do paciente, além de ser apto a procurar um substituto, em casos necessários. Entretanto, nessa área, as situações em que o socorrido não consegue responder por si e não é possível achar um substituto, o médico pode agir, configurando uma exceção à doutrina, tendo como princípio básico: “não iniciar tratamento imediato traria consequências graves”, mas com a recuperação da capacidade de decisão, o paciente vai ser informado de suas condições e poderecusa o tratamento (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Médicos emergencialistas também devem respeitar a decisão de pacientes terminais que não aceitem tratamentos que prolonguem a vida, desde que possua capacidade de tomar decisões ou tenha deixado em testamentos (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

**Justiça:** deve ser vivida em sentido abrangente. Quando se leva isso para casos de vida ou morte, ocorrendo de maneira aguda, significa o atendimento a, literalmente, qualquer pessoa, independente da possibilidade ou não de pagamento (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

No ano de 1997, foram publicadas pelo Colégio Americano de Médicos Emergencialistas, algumas diretrizes para os profissionais da área. Dentre todos os assuntos englobados, eles tratam a atitude dos médicos de uma maneira mais particular, descrevendo sobre a principal obrigação: manter o foco no bem estar do paciente. Deve procurar resolver sua necessidade emergencialista, que certamente o deixa vulnerável, e por essa circunstância, sempre ser respeitoso, já que é comum a privacidade do paciente ser invadida. Também cooperar com outros membros da equipe e trabalhar

da maneira mais justa possível, sendo responsável é sempre atualizando seus conhecimentos na área para que possa contribuir coma saúde em geral (TORRERÃO, 2003).

Essa publicação reforça as diretrizes e princípios que são essenciais para a prestação de serviços nessa área, causando a menor quantidade de malefícios possível (TORRERÃO, 2003).

### **3. DESAFIOS MORAIS DOS MÉDICOS NA EMERGÊNCIA**

Devido ao caráter único que a emergência possui, são geradas situações que impõem ao profissional da área a verdadeiros “desafios morais” (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Primeiramente, é comum que o paciente chegue para o atendimento com lesões que necessitam ser submetidas a uma intervenção imediata, sem antes coletar muitos dados ou falar com alguém sobre o fato, para isso existem protocolos pré-determinados de atendimento. Além do médico não poder garantir o consentimento dos pacientes algumas vezes, por falta do estado necessário de consciência para o mesmo responder *sinto si* (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Os enfermos vêm sem horário marcado, podendo ser até contra a vontade, fatores de exemplo que, ao serem somados a outros, resultam em maiores dificuldades, já que o profissional, na maioria das vezes, tem um conhecimento prévio do quadro e nem pode confiar na intimidade, por não ter sido criada (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Os médicos dessa área devem respeitar regulamentos e condutas interprofissionais, levando em consideração seu ambiente de trabalho composto por profissionais de várias formações.

Uma medida tomada nos EUA transformou médicos emergencialistas em prestadores de cuidados a quem não tem acesso imediato. É um dever social, além de tudo, prestar ajuda a uma emergência mesmo fora do ambiente de trabalho, quando vidas correm perigo (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

Médicos da emergência são o principal recurso em situações de desastre, ressuscitação cardíaca, qualquer tipo de lesão em geral que ocorra fora das características habituais. São pontos de referência quando isso ocorre, levando em consideração sua ampla experiência e treinamento (CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS, 2017).

## **5. ASPECTOS ÉTICOS DA ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA.**

O argumento ético para o atendimento diferenciado em situações de emergência/urgência é baseado em Hegel, o qual diz que, esse atendimento diferenciado é odireito que cada indivíduo tem de abrir uma exceção a seu favor. Em caso de extrema necessidade, isso seria o “direito de emergência”.

O direito de emergência é o direito de defender a vida, mesmo que para isso tenha que lesar a propriedade de outro (GOLDIM, 2020). Para Thadeu Weber, situação de emergência não invalida a lei, mas mostra que ela não é absoluta. Isso significa que cada caso deve ser analisado de formas diferentes, cada uma com suas circunstâncias (GOLDIM, 2003).

Os instrumentos didáticos para discutir maneiras de assistência, ensino e pesquisa em emergência e urgência são: beneficência, respeito às pessoas e justiça. O qual o usosistemático foi estabelecido no Relatório de Belmont (RYAN, 1979).

Beneficência: é fazer o bem aos outros independente de desejá-lo ou não. O relatório de Belmont estabeleceu duas regras gerais: não causar mal, maximizar os benefícios possíveis e minimizar os danos possíveis (GOLDIM, 1998). Respeito às pessoas: é o princípio central da bioética, composto pela privacidade, veracidade e autonomia (GOLDIM, 2004). Justiça: é um princípio moral, sendo essa individual. A justiça possui alguns critérios: consideração de virtudes e méritos das pessoas, tratar os seres humanos como iguais e tratar as pessoas de acordo com suas necessidades (GOLDIM, 1998).

O atendimento aos pacientes em urgência e emergência possuem critérios a serem seguidos, sendo esses, o limite de tratamento, medidas extraordinárias, medidas fúteis, preservação da privacidade e confidencialidade (GOLDIM, 2003).

O critério de acesso ao serviço de emergência é a gravidade. Para pacientes em estado clínico mais grave, o atendimento não pode ser protelado e devem ser atendidos em primeiro lugar. Nos períodos de guerra os feridos eram divididos em três grupos: 1- além da possibilidade de ajuda. 2- os que morrerão se não tiverem tratamento imediato. 3- os que sobreviverão sem tratamento médico. Os critérios de solvabilidade e de gravidade utilizam uma base utilitarista para a sua justificativa. A solvabilidade leva em consideração o paciente que tem mais chances de voltar a suas atividades (GOLDIM, 2001).

Muitas vezes pacientes em situações não urgentes também procuram o serviço de emergência e urgência, o qual teoricamente é mais disponível (BATISTA, 2012). Esses pacientes podem não ter outros recursos para recorrer. A instituição nem sempre dispõe de um serviço de pronto-

atendimento e pode não ter uma interação com sistema ambulatorial para atender essa demanda. Frente a isso, muitos profissionais da área da emergência acabam atendendo esses pacientes, e isso pode acarretar em outra situação, que seria a falta dos recursos emergenciais para pacientes que, realmente, necessitam de atendimento emergencial (GOLDIM, 2004). Nesse contexto entra o princípio de justiça.

## 5.1 CRITÉRIOS DE ACESSO AOS CUIDADOS/TRIAGEM.

Os critérios éticos são importantes para a tomada de decisões na prática médica diária. A ética, sendo um estudo da justificativa das ações, não se baseia em regras, mas sim no que é correto e incorreto. Não leva em consideração apenas os fatos, e sim também os valores (GOLDIM, 2004).

Tomar decisões em circunstâncias onde os recursos são escassos é complexo. Nessa situação, vai ser levado em consideração os tipos de recurso a ser alocado, o critério de alocação, o processo (forma) de tomada de decisões, âmbito do processo de tomada de decisão e a abrangência das decisões a serem tomadas. Exemplificação: recursos divisíveis e homogêneos- medicamentos especiais para um grupo de portadores de patologia específica. Recurso divisível heterogêneo- sangue. Recursos não divisíveis homogêneos- leito de UTIs. Recurso não divisível heterogêneo- rim de um doador cadáver.

Os critérios mais comuns utilizados para alocação de recurso são necessidade (presente), merecimento (passado) e efetividade (futuro/prognóstico).

Tabela 1 – Aspectos envolvidos na alocação de recursos.

Tipo de Recurso a ser alocado	Critério de Alocação	Processo de Tomada de Decisão	Âmbito do Processo de Tomada de Decisão	Abrangência das Decisões a serem tomadas
Homogêneo e Divisível Homogêneo e Não Divisível Heterogêneo e Divisível Heterogêneo e Não Divisível	Merecimento Necessidade Efetividade	Racional Negociado Conflitual Casual Degenerado	Microbioético Macrobioético	Microalocação Macroalocação

Fonte: Goldim (2004)

O processo decisório depende de como os participantes reconhecem a existência de uma visão no estabelecimento de estratégias assistenciais, assim como grau de conhecimento e credibilidade dos objetivos que estão sendo buscados. Classificados como: racional, negociado, conflitua, causal ou degenerado (GOLDIM, 2004).

A alocação de recursos pode ser classificada também no âmbito onde ocorre, sendo esses,

macrobioético (vontade geral, tomada através da via política) ou microbioético (baseia-se na vontade particular, constituída em uma divisão privada). E quanto ao seu turno podem ser divididas em macroalocação (visa atingir todo um grupo de indivíduos), ou microalocação (refere-se a um caso em particular) (GOLDIM, 2004).

A tomada de decisões para microalocações pode ser dividida em duas etapas. Na primeira, a equipe de saúde deve avaliar a elegibilidade clínica do paciente, e alguns itens do critério de efetividade, e caso ainda haja dúvidas sobre a decisão, deve ser acionado o Comitê de Bioética da instituição. Na segunda parte, que é o Comitê de Bioética, vai auxiliara equipe responsável a tomar a decisão, mas não a faz sozinho. O comitê irá agregar novos critérios e itens para a tomada da decisão, e essa decisão pode ser macro (decisão foi tomada coletivamente) ou microbioética (uma pessoa toma a decisão), a marolocação deve, sempreque possível, realizada em grupos (GOLDIM, 2004).

## **6. ASPECTOS ÉTICOS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA**

A caracterização do atendimento pré-hospitalar de urgência é ser uma vertente da assistência emergencial que é realizada fora do ambiente tradicional da atenção à saúde. A unidade de saúde é quem vai até o paciente, ao invés do habitual. Tal serviço pode ser acionado pelo próprio paciente, familiares, e civis que estejam presenciando uma situação que necessite socorro, ou então por instituições como o corpo de bombeiros e a polícia. Há uma central de atendimento, com pelo menos um profissional médico como responsável pela regulação e pleno funcionamento do sistema. Quando acionado, o serviço deve realizar triagem à distância, para que haja seleção de casos que realmente necessitem de atendimento (priorizando, portanto, casos com indicativos de real urgência).

Essa faceta da grande gama de assistências emergenciais, chamada atendimento pré-hospitalar de urgência, relaciona-se com diversos núcleos da sociedade para que possa efetuar seus serviços com excelência, como por exemplo: o paciente; os familiares; e instituições dentro (responsáveis pela continuidade do atendimento) e fora da área de saúde (vinculadas à segurança pública e controle de trânsito).

Para garantir a eficácia do amplo espectro de relações, objetivos e cuidados específicos devem ser buscados em cada uma delas:

- **Paciente, família, civis:** Critério da **necessidade**; ou seja, objetiva-se a avaliação da gravidade do quadro de saúde e a presença ou não do risco iminente de morte. Além disso há o critério da **beneficência**, onde se objetiva a busca pelo bem do paciente. Esses dois critérios são pilares que

sustentam essa relação. Outra questão a ser abordada aqui são os chamados "troles", que se tratam de solicitações fraudulentas, e o serviço recebe em grande número. O custo social e pessoal dessas ocasiões desonestas é extremamente maleficiente, pois torna ainda mais escasso um serviço que já é limitado.

- **Instituições dentro da área da saúde:** São as chamadas instituições de continuidade do atendimento, ou seja, que recebem o paciente após a realização do atendimento pré-hospitalar de urgência. Há certa dificuldade permeando essa relação, pois nem sempre o serviço realizado é recebido de bom grado, podendo haver reclamações devidas ao fato do atendimento ter sido iniciado no domicílio ou em via pública. O que a instituição da área da saúde espera é que as demandas do atendimento pré-hospitalar sejam realizadas quando realmente necessárias e baseando-se em fatos e circunstâncias verdadeiras. O objetivo aqui é construir uma relação de parceria mútua entre os órgãos envolvidos, para que em primeiro lugar esteja o bem-estar e tratamento de qualidade do paciente.
- **Instituições fora da área de saúde:** O grande impasse aqui é a expectativa de atendimento criada por essas instituições quando solicitam o serviço de urgência, que muitas vezes não se comprova, e os riscos envolvidos. Os profissionais do atendimento pré-hospitalar sentem-se forçados a estar em situações e funções que não lhes cabem, ou para as quais não foram preparados. Muitas vezes são expostos a riscos que poderiam ser diminuídos pelos órgãos que solicitaram o serviço, pois realizam atendimentos nos quais as condições de trabalho não são priorizadas, como locais de intenso tráfego de veículos ou nos quais podem vir a sofrer agressões físicas.

Portanto, de um modo geral, faz-se necessário o reconhecimento do empenho dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência, visando que a sociedade como um todo e nos vários aspectos aqui abordados, valorize a grande importância desse serviço e forneça (cada núcleo com suas contribuições devidas) condições aceitáveis de trabalho, segurança e dignidade.

## **7. PESQUISA EM EMERGÊNCIA**

Tem gerado muitas discussões sobre seus aspectos éticos e metodológicos. As discussões a respeito de projetos de pesquisa são baseadas em sua relevância, potencial de geração de conhecimentos novos e sua exequibilidade (qualidade daquilo que é executado). A relevância da pesquisa na área da atenção à saúde em situações de emergência, é que, os pacientes emergenciais são os que mais necessitam de auxílio.

Quanto à geração de conhecimentos novos, devem ser propostas apenas pesquisas



metodologicamente bem planejadas, que não possam ser realizadas em outro grupo de pacientes. A exequibilidade é o maior impedimento para realização de pesquisas nessa área, principalmente referente à utilização do consentimento informado, pois muitos acreditam poder ser mais prejudicial do que benéfico.

Consentimento informado: é a possibilidade do paciente tomar a decisão a respeito da sua comorbidade. Cabe ao médico usar a linguagem adequada para informar o paciente ou seu representante legal. Materializa o princípio de autonomia do paciente (CORDEIRO, 2020).

Nos EUA, essa discussão tem sido muito discutida. No ano de 1986, foi proposto duas abordagens para as pesquisas em emergência:

1. A utilização do consentimento informado a posteriori, em situações de emergência, posteriormente a realização de procedimentos experimentais. A continuidade da utilização destes procedimentos experimentais seria autorizada, ou não, pelo representante legal do paciente, ou até mesmo pelo paciente.
2. A outra proposta envolve o conceito de risco diferencial mínimo (Quando a diferença entre as probabilidades de danos associados a dois ou mais procedimentos é considerada insignificante). Quando houvesse, o consentimento informado poderia ser dispensado.

Nos anos seguintes (1989 e 1991), muitos autores publicaram cartas e artigos, para que fossem revistos os critérios para a utilização do consentimento informado em pesquisas na área pré-hospitalar (emergência). O argumento mais utilizado é o desequilíbrio entre o tempo necessário para obter o consentimento e o tempo disponível para realizar os procedimentos propostos.

Em 1993, o Escritório para Proteção de Riscos de Pesquisa (OPRR) dos EUA, publicou um documento que permite os Comitês de ética em pesquisa das instituições dispensarem o uso do consentimento informado em algumas situações de pesquisa e emergência.

Em 1995, aconteceu uma reunião de consenso entre pesquisadores, clínicos, bioeticistas, juristas e representantes de pacientes, e como observadores alguns representantes do FDA e do OPRR. Esses participantes concluíram que, em algumas circunstâncias, devido à vulnerabilidade do paciente daquela determinada situação, não é possível obter o consentimento informado do paciente nem de seu representante legal. Nestas condições foi recomendado que poderiam ser realizados projetos, sem o uso de consentimento informado, em pacientes com doença, lesões ou necessidade da utilização de terapêuticas experimentais (CHIMENTÃO, 2019).

Em 1996, o OPRR autorizou a realização de pesquisas em serviços de emergência sem a utilização do consentimento informado em pacientes adultos ou pediátricos que necessitem de procedimentos terapêuticos experimentais sem a capacidade de consentir e também não

acompanhados de representantes legais (CHIMENTÃO, 2019).

Os critérios são:

- Situação de estudo com risco de vida associado.
- Estudos prévios em animais ou em situações pré-clínicas dão suporte para que a pesquisa realizada naquele indivíduo tenha sucesso.
- Adequada relação entre risco e benefício.

Essa possibilidade da realização da pesquisa deve sempre ser aprovada pelo comitê de Ética em pesquisa. Não sendo aplicável em grávidas, prisioneiros, fetos ou fertilização in vitro.

## **8. CUIDADOS DE SAÚDE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: ORGANIZAÇÃO E IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

O sistema de saúde é composto por instituições que prestam serviços que seguem um nível hierárquico de atendimento, de acordo com a complexidade de cada caso. Esse atendimento exige uma organização e interação entre os níveis de atenção à saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatório de especialidades e hospitais. Porém, há uma falha nessa interação e um dos reflexos é a utilização do setor de urgência e emergência de forma errada.

Com isso, esse setor tem sido a porta de entrada para vários tipos de atendimento, ocorrendo um enorme fluxo de usuários de forma desordenada, o que vem causando uma sobrecarga neste setor.

Além disso, é comum a falta de padrões de mensuração para avaliar a qualidade da assistência prestada, bem como a falta de uma gestão eficiente do processo de trabalho, capaz de olhar para as relações entre trabalhadores, usuários, instituições e gestores. Assim, pode-se observar um distanciamento nessas relações, causando apatia, desinteresse e alienação nos serviços de saúde, submetendo a qualidade do trabalho à produção, direcionada aos interesses econômicos.

Esse contexto traz inúmeras repercussões éticas.

1. Profissionais que enfrentam dificuldades devido à burocratização do serviço e à estagnação de questões organizacionais, tais como: superlotação do usuário, sobrecarga de trabalho, falta qualitativa e quantitativa de recursos humanos, estrutura física inadequada, equipamentos e materiais precário ou ausente para os cuidados de saúde necessários, entre outros.
2. A superlotação, que se tornou mais grave nos atendimentos de urgência / emergência. As consequências são as altas taxas de ocupação dos leitos de emergência, a busca de consultas médicas muitas vezes desnecessárias.

Essas situações mostram as limitações do ambiente, que submetem os usuários ao

constrangimento físico e moral e prejudicam o princípio da justiça, pois todos os usuários têm o direito de receber assistência médica com estrutura física, recursos materiais e equipamentos adequados de acordo com suas necessidades. Além disso, essas condições podem contribuir para acidentes de trabalho e sofrimento para a equipe, além de levar a abusos de prescrição médica; consumo de álcool ou outras drogas, lícitas ou ilícitas; absenteísmo, alta rotatividade, conflitos profissionais e processos administrativos disciplinares.

Para descongestionar esse setor, é necessário investir nos serviços de atenção básica e solucionar os possíveis fatores que favorecem ou dificultam a entrada do usuário no sistema de saúde de forma incorreta, como: número de usuários por equipe, desorganização, infraestrutura inadequada, localização da unidade, falta de acolhimento, falta de funcionários e horários para o atendimento, entre outros.

A rede de assistência à saúde pode ser evidenciada através de uma estrutura piramidal, onde há a representação dos componentes do SUS. Essa estrutura tem a finalidade de solucionar os problemas da população conforme sua dependência e gravidade, por meio de regulação médica, que é um sistema de acolhimento e triagem (SANTOS, 2003; POLL, 2008).

## **9. CONCLUSÃO**

Com base no que foi discutido, podemos concluir que o médico emergencialista está exposto a inúmeras situações que desafiam o que seria o cumprimento de uma prática médica ideal, visto que muitas vezes deve tomar decisões pelo paciente, não possui um vínculo pré-estabelecido com o paciente, em determinadas situações precisa avaliar qual paciente deve ser atendido primeiro e entre outros empecilhos que contradizem o código de ética médica.

Além disso, a bioética que permeia a ação dessa parcela médica envolve uma série de atitudes e decisões, entre elas está a classificação de pacientes urgentes, ou seja, verificar se aquele paciente realmente precisa usufruir daqueles recursos. Isso é feito como uma tentativa de garantir que esses recursos estarão disponíveis para pacientes que, realmente, necessitem deles. Ademais, mesmo com essa realidade de obstáculos relação médico/pacientes, o atendimento emergencial possui certos preceitos bioéticos como, os princípios de beneficência (exercer a sua profissão da melhor maneira possível, oferecendo o melhor para o paciente), não-maleficência (na emergência isso pode ser aplicado no ato de balancear se determinado procedimento traria mais benefícios que malefícios para aquela pessoa) e respeito à autonomia do paciente (questo esse que, como citado, é um dos desafios da prática médica).

Ademais, dentro dos preceitos éticos, o médico enfrenta outro empecilho que seria a falta de

estrutura, gestão, leitos e recursos nos centros de emergência, visto que isso além de prejudicar e violar direitos do paciente também dificulta a ação do serviço médico e apresenta riscos para o próprio profissional, como o aumento dos riscos de acidentes de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, S.R; MOTTA, S.C.L; VIDAL, V.S. Bioética: afinal, o que é isto? **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, n.5, p.431-439, set-out. 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>> Acesso em: 16 mai.2020.

CHIMENTÃO, L. **Para além da éticaburocrática empesquisa qualitativa envolvendo seres humano**. Universidade Estadual de Londrina (UEL), 2009.

**CODE OF ETHICS FOR EMERGENCY PHYSICIANS**. Texas: American College of Emergency Physicians,2017. Disponível em <<https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/code-of-ethics-for-emergency-physicians.pdf>> Acesso em : 16 mai.2020

**Código de Ética Médica**. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>> Acesso em: 16 mai.2020.

CORDEIRO, M. D.; SAMPAIO, H. A. C. **Aplicação dos Fundamentos do Letramento em Saúde no consentimento informado**. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198157942019000300691&lang=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198157942019000300691&lang=pt)> Acesso em 16 de maio 2020

GOLDIM, R. J. **Aspectos Éticos do Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência**. 2001.Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/pre-hos.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

GOLDIM, R.J. **Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência**. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>> Acesso em: 16mai.2020.

GOLDIM, R.J. **Definição de Bioética**. 2006. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet06.htm>> Acesso em: 16 mai.2020.

GOLDIM, R. J. **Ética Aplicada à Alocação de Recursos Escassos**. 2004. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/aloca.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

GOLDIM, R. J. **Principio da Beneficência**.1998. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/benefic.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

GOLDIM, R. J. **Principio da Justiça**. 1998.Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/justica.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

GOLDIM, R. J. **Principio do respeito à pessoa ou da autonomia**. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

GOLDIM, R. J. **Seminário sobre a Obra de Thadeu Weber: Moralidade e Eiticidadeem Hegel**. Resenha elaborada. 2003. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/tweber.htm#emerg%C3%A2ncia>>

GOLDIM, R. J. **Triagem**. 2001. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>>. Acesso em 15 maio 2020.

POLL, M . A ; LUNARDI, V. L; FILHO, W . D . F. **Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas**. Acta paul. enferm . vol.21 no.3 São Paulo 2008. Disponível em < [https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_21.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_21.pdf) > Acesso em 16 de maio 2020.

RYAN, J. K.; BRADY V. J.; COOKE E. R.; HEIGHT I. D.; JONSEN R. A.; KING P.; LEBACQZ K. **The Belmont Report**. 1979. Department of Health, Education, and Welfare. Disponível em <[https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c\\_FINAL.pdf](https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf)>. Acesso em 15 maio 2020.

SANTOS, F . L; ANDREOTI, M . T. **A caracterização da demanda do setor de urgência e emergência sob ótica dos usuários e profissionais de enfermagem**. Trabalho de conclusão de curso apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, São Paulo, 2014. Disponível em < <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/57522.pdf>> Acesso em 16 de maio 2020.

SANTOS, J.S. et al. **Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização**. Medicina, Ribeirão Preto, p.498-515, 2003. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420/31280>> Acesso em 16 de maio 2020.

TORRERÃO, A.L. **Aspectos éticos na emergência**. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, n.1, p.1-23, jan-mar. 2003. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15364.pdf>> Acesso em: 16 mai.2020.