

Ética Médica no Departamento de Emergência: Desafios, Infrações e Princípios Bioéticos

Saulo Machado Moreira Sousa¹, Beatriz Fernanda da Silva², Gustavo Martins Rocha³, Maria Camila Lunardi⁴.

Texto escrito por Saulo Machado Moreira Sousa, Beatriz Fernanda da Silva e Gustavo Martins Rocha, baseado na aula da Dra. Camila Lunardi, Presidente da Abramed, disponível na plataforma SUMMA ([Acesse aqui](#))

Esta publicação da SUMMA: Diálogos em Saúde é uma parceria com a Dra. Camila Lunardi, Presidente da Abramed. Apresentamos aprofundamentos e discussões a respeito da Ética Médica, trazendo desde a fundamentação dos Princípios Bioéticos até a aplicação prática no dia a dia do profissional médico, focando no contexto da Emergência Médica e finalizando com dois estudos de caso para melhor entendimento da relevância prática do que foi abordado.

Introdução: Repensando a Terminologia do “Erro Médico”

A discussão sobre ética médica no contexto da sala de emergência constitui um tema frequentemente mal compreendido tanto pela população leiga quanto por profissionais da saúde. O termo “erro médico”, amplamente utilizado em contextos jurídicos e pela população em geral, representa uma terminologia já ultrapassada no âmbito da avaliação ética profissional, tendo sido substituído pelo termo “infrações éticas”.

Esta distinção terminológica reflete uma mudança paradigmática na forma como devemos compreender e avaliar a prática médica, especialmente em ambientes de alta complexidade como os departamentos de emergência. A substituição do termo “erro médico” por “infração ética” denota uma abordagem mais objetiva e fundamentada em códigos deontológicos estabelecidos, distanciando-se da conotação punitiva e estigmatizante frequentemente associada ao primeiro.

Nesse contexto, a discussão assume relevância particular devido às características inerentes a este ambiente: situações críticas, decisões rápidas, cenários imprevisíveis e um fluxo contínuo de pacientes com graus variados de complexidade. A vulnerabilidade do médico emergencista é relevante, tornando fundamental a compreensão dos princípios éticos e normativos que regem sua atuação.

As Esferas de Avaliação da Prática Médica: Jurídica e Ética

A avaliação da conduta médica transcende um único campo avaliativo, distribuindo-se em três esferas distintas, mas interconectadas: duas de natureza jurídica (cível e criminal) e uma de natureza ética. Esta estrutura multidimensional reflete a complexidade da prática médica e os diferentes âmbitos em que suas consequências podem se manifestar.

Na esfera jurídica, dividida em cível e criminal, a avaliação é conduzida por profissionais do direito – advogados, promotores e juízes – que analisam as ações médicas sob o prisma da legislação vigente. A esfera criminal concentra-se em situações onde a conduta médica resultou em danos graves ao paciente, incluindo sequelas permanentes ou óbito. Já a esfera cível rela-

ciona-se frequentemente a aspectos indenizatórios ou compensatórios, determinando reparações financeiras ou prestação de serviços relacionados à infração cometida. Em ambos os contextos jurídicos, a análise fundamenta-se primordialmente no princípio de causa e consequência (KADUK, 2022; ROTTER; COMPTON, 2022), buscando estabelecer o nexo causal entre a conduta médica e o desfecho observado (THAHIR; TONGAT, 2024; ZABOROVSKY; NECHIPORUK; HORVAT, 2021). Este paradigma avaliativo, embora necessário no âmbito legal, difere significativamente da abordagem adotada na esfera ética.

A avaliação ética, conduzida pelos Conselhos Regionais de Medicina, caracteriza-se por parâmetros distintos e frequentemente mais amplos que a mera análise de resultado. Nesta esfera, o médico é julgado por seus pares (especialistas na área médica em questão), que avaliam sua conduta à luz do Código de Ética Médica e dos princípios deontológicos da profissão (CFM, [s.d.]). Desta forma, a avaliação ética pode identificar infrações mesmo quando o desfecho clínico foi favorável – um aspecto que frequentemente surpreende os profissionais quando confrontados com denúncias nos Conselhos.

Este fenômeno ocorre porque a análise ética transcende a avaliação simplista de causa e efeito, abrangendo aspectos como a adequação do preenchimento documental, a qualidade do atendimento prestado, a relação estabelecida com pacientes e familiares, e o respeito aos princípios fundamentais da medicina. Uma denúncia frequentemente inicia-se no âmbito jurídico – tipicamente em delegacias de polícia – sendo posteriormente encaminhada ao Conselho Regional de Medicina quando identificada sua relação com o exercício profissional. Esta interdependência entre as esferas avaliativas demanda do médico uma compreensão abrangente não apenas dos aspectos técnicos de sua atuação, mas também dos princípios éticos e normativos que a fundamentam.

Imperícia, Imprudência e Negligência: O Tripé das Infrações Éticas Graves

No contexto da ética médica, o Artigo 1º do Capítulo III do Código de Ética Médica (CFM, [s.d.]) constitui possivelmente o dispositivo de maior gravidade, abordando três conceitos fundamentais: imperícia, imprudência e negligência. Este artigo estabelece uma correlação direta entre a ação do médico e suas consequências, enfatizando a responsabilidade pessoal e não presumida do profissional.

A imperícia apresenta alto grau de complexidade, especialmente no contexto da medicina de emergência. Por definição, perito é aquele que possui treinamento específico em determinada área, geralmente por meio de formação pós-graduada como residência médica. Esta concepção levanta uma questão crítica: o médico recém-formado, ainda não especializado, opera tecnicamente em estado de imperícia intrínseca (CASTRO *et al.*, 2019).

Esta realidade torna-se particularmente problemática nos departamentos de emergência, onde frequentemente encontramos médicos recém-formados atuando em situações de alta complexidade e risco. Diferentemente de outras especialidades, onde o acesso do médico generalista a procedimentos complexos é naturalmente limitado (como em centros cirúrgicos especializados), os departamentos de emergência constituem frequentemente a porta de entrada para profissionais em início de carreira.

A gravidade desta situação amplifica-se quando consideramos o perfil dos pacientes atendidos em emergências: indivíduos em condições potencial ou efetivamente graves, geralmente sem histórico médico conhecido, apresentando quadros agudos que demandam avaliação e intervenção rápidas. Nestas circunstâncias, o risco associado à imperícia

pode equiparar-se àquele observado em procedimentos cirúrgicos complexos, com potenciais consequências igualmente sérias.

A negligência e a imprudência, por sua vez, relacionam-se intrinsecamente às atitudes do profissional durante o exercício médico. A negligência manifesta-se na recusa ou desvalorização do atendimento, em situações onde o médico conscientemente deixa de executar ações necessárias ou subestima a importância de determinados procedimentos diagnósticos, ou terapêuticos (DAHLAWI *et al.*, 2021; LUTHER, 2021). Já a imprudência, caracteriza-se pela execução de ações sem a devida consideração dos riscos associados, uma prática temerária que desconsidera as potenciais consequências negativas para o paciente (DURMAZ *et al.*, 2020).

Ambos os conceitos - negligência e imprudência - estão profundamente enraizados no juramento hipocrático e representam compromissos fundamentais assumidos pelo médico ao ingressar na profissão. São aspectos comportamentais cuja correção, em tese, depende primordialmente da conscientização e comprometimento profissional.

A associação de um médico a infrações relacionadas ao Artigo 1º transcende significativamente o âmbito meramente ético, frequentemente repercutindo nas esferas jurídicas. Quando um médico é considerado imperito, imprudente ou negligente pelo Conselho Regional de Medicina, aumenta-se substancialmente o risco de condenações nas esferas cível e criminal, podendo culminar, em casos extremos, em acusações de homicídio - cenário que representa o ápice das consequências negativas para o profissional.

Aplicação no Departamento de Emergência dos Quatro Princípios Fundamentais da Bioética: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça

A prática médica ética fundamenta-se em quatro princípios bioéticos essenciais que, quando adequadamente compreendidos e aplicados, norteiam as decisões profissionais mesmo nos cenários mais desafiadores. São os princípios da: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça. No contexto do departamento de emergência, estes princípios assumem características e desafios particulares, exigindo do médico emergencista uma compreensão aprofundada de suas implicações práticas.

Princípio da Autonomia (do paciente): Desafios na Emergência

O princípio da autonomia estabelece o direito do paciente de participar ativamente nas decisões relacionadas ao seu tratamento, manifestando suas preferências e exercendo controle sobre os procedimentos aos quais será submetido (REIS-DENNIS, 2020). No entanto, a implementação deste princípio no departamento de emergência enfrenta desafios significativos que frequentemente modulam sua aplicação.

Um primeiro aspecto a considerar é a capacidade decisória do paciente em contextos emergenciais. Muitos pacientes apresentam-se em condições clínicas que comprometem seu discernimento, seja por alteração do nível de consciência, hipoxemia, dor intensa ou outras condições que prejudicam a capacidade cognitiva. Nestas circunstâncias, a aplicação irrestrita do princípio da autonomia torna-se não apenas impraticável, mas potencialmente prejudicial.

Adicionalmente, mesmo pacientes plenamente conscientes frequentemente carecem do conhecimento técnico necessário para avaliar adequadamente os riscos e benefícios de determinadas condutas médicas, especialmente em situações de urgência. O médico encontra-se, portanto, no delicado equilíbrio entre respeitar a autonomia do paciente e exercer seu papel como detentor do conhecimento especializado necessário para decisões tecnicamente fundamentadas.

No entanto, isto não autoriza uma postura paternalista ou autoritária (LIMA; MACHADO, 2021). O médico emergencista deve evitar posturas que desvalorizem a participação do paciente no processo decisório, como declarações impositivas. Em vez disso, deve-se buscar uma comunicação clara que contextualize a gravidade da situação e a necessidade de intervenções específicas, sempre que possível incluindo o paciente ou seus responsáveis nas decisões.

Um exemplo ilustrativo desta complexidade envolve pacientes com síndrome coronariana aguda em protocolo de dor torácica. Mesmo após medicação inicial eficaz, com resolução dos sintomas, alguns pacientes desejam abandonar o serviço antes da conclusão da investigação diagnóstica. Nestas circunstâncias, cabe ao médico esclarecer a gravidade potencial da condição subjacente – destacando, por exemplo, que doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no Brasil – e a importância da investigação completa, ainda que o paciente esteja momentaneamente assintomático.

Princípio da Beneficência: Recursos e Limitações

O princípio da beneficência determina que o médico deve utilizar todos os recursos disponíveis para promover o bem-estar do paciente, oferecendo o melhor atendimento possível em cada circunstância (“Beneficence”, 2020;

BESTER, 2020). Este princípio encontra respaldo específico no Artigo 32 do Código de Ética Médica, que estabelece a obrigação do médico de utilizar todos os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis em benefício do paciente.

A implementação deste princípio no departamento de emergência frequentemente esbarra em limitações estruturais e de recursos. Serviços com infraestrutura inadequada, falta de equipamentos diagnósticos ou terapêuticos, ou ausência de especialistas para interconsultas representam cenários onde o princípio da beneficência pode ser comprometido não por falha do médico assistente, mas por deficiências sistêmicas.

Nestas circunstâncias, o médico emergencista enfrenta um dilema ético significativo: como oferecer o melhor atendimento possível em um contexto de recursos limitados? A resposta, embora desafiadora, fundamenta-se no reconhecimento das limitações institucionais e na adoção de medidas compensatórias, sendo a mais importante delas a transferência do paciente para serviços de maior complexidade quando necessário.

A compreensão de que “o melhor recurso” pode ser a transferência do paciente representa um elemento crucial na aplicação do princípio da beneficência em contextos de limitação estrutural. O médico que retém um paciente em uma unidade sem os recursos necessários para seu adequado manejo, quando alternativas estão disponíveis, compromete este princípio fundamental.

Este cenário demanda do médico emergencista um conhecimento preciso dos recursos disponíveis em sua unidade de atuação. Profissionais que aceitam plantões em unidades sem conhecimento prévio de suas limitações podem inadvertidamente comprometer sua capacidade de oferecer atendimento adequado. Um exemplo emblemático seria um médico que aceita plantão em uma unidade de pronto atendimento à beira de rodovia sem to-

mógrafo, sabendo que atenderá regularmente pacientes politraumatizados que necessitarão deste recurso diagnóstico.

A responsabilidade ética do médico estende-se, portanto, à escolha criteriosa de seus locais de atuação, considerando não somente aspectos financeiros ou de conveniência, mas também a adequação entre os recursos disponíveis e o perfil epidemiológico esperado. Quando médicos recusam-se sistematicamente a trabalhar em unidades com infraestrutura inadequada, estabelece-se uma pressão significativa para melhoria dos serviços – talvez o único mecanismo efetivo para promover mudanças estruturais a longo prazo.

Princípio da Não-Maleficência: Além do Óbvio

O princípio da não-maleficência – a obrigação de não causar dano ao paciente – parece inicialmente autoevidente e intuitivo. Afinal, quem ingressaria na carreira médica com o intuito deliberado de prejudicar pacientes? No entanto, uma análise mais profunda revela que a não-maleficência transcende a mera abstenção de ações deliberadamente prejudiciais, abrangendo dimensões frequentemente negligenciadas na prática cotidiana (PILKINGTON; PALEOUDIS, 2023).

A desatualização profissional, por exemplo, constitui uma forma insidiosa de maleficência. O médico que não se mantém atualizado em relação às melhores práticas, novas terapêuticas e evidências científicas contemporâneas oferece ao paciente um atendimento subótimo que pode resultar em desfechos desfavoráveis. No contexto dinâmico da medicina de emergência, onde protocolos e recomendações atualizam-se constantemente, esta forma de maleficência torna-se particularmente relevante.

Igualmente importante, mas frequentemente subestimada, é a maleficência associada à deterioração da relação médico-paciente. Posturas grossei-

ras, respostas ríspidas ou embates desnecessários com pacientes e familiares constituem formas de maleficência que comprometem não apenas o bem-estar psicológico do paciente, mas potencialmente a própria adesão terapêutica e desfechos clínicos.

Esta dimensão relacional da não-maleficência demanda do médico emergencista uma compreensão empática da experiência do paciente. O ambiente hospitalar – com suas rotinas, ruídos, restrições e procedimentos invasivos – representa para o paciente uma ruptura de sua normalidade, frequentemente associada a medo, ansiedade e desconforto. O que para o profissional constitui mera rotina diária pode representar para o paciente “o pior dia de sua vida”.

É precisamente neste cenário que a excelência do médico emergencista manifesta-se de forma mais significativa. Diferentemente de outras especialidades, onde o paciente pode selecionar seu médico com base em recomendações ou preferências pessoais, na emergência o paciente não escolhe o médico que será responsável pelo seu atendimento. Esta realidade impõe ao emergencista uma responsabilidade ética adicional: a de ser “o melhor médico possível” para cada paciente que atende, independentemente das circunstâncias.

A não-maleficência no departamento de emergência transcende, portanto, a competência técnica, abrangendo também a qualidade da interação humana estabelecida. O médico emergencista verdadeiramente comprometido com este princípio deve aspirar a que cada paciente, ao deixar o serviço, pense: “que bom que foi nesse plantão que eu caí, que bom que foi esse médico que me atendeu”.

Paradoxalmente, o bom médico emergencista frequentemente permanece anônimo na memória de seus pacientes mais críticos. Atendendo indivíduos em condições graves que posteriormente serão transferidos para unidades de terapia intensiva ou centros cirúrgicos, o emergencista

frequentemente não será lembrado pelo paciente quando este recuperar a consciência. Nestes casos, a satisfação profissional reside na consciência tranquila de ter oferecido o melhor atendimento possível, independentemente de reconhecimento externo.

Princípio da Justiça: Decisões Difíceis em Recursos Escassos

O princípio da justiça, talvez o mais desafiador em relação à medicina de emergência, refere-se à distribuição equitativa de recursos e oportunidades de cuidado entre diferentes pacientes. Em um sistema frequentemente caracterizado por superlotação, recursos limitados e demanda excessiva, a implementação deste princípio frequentemente envolve decisões eticamente complexas e emocionalmente desgastantes (HÄYRY, 2022).

O cenário paradigmático deste dilema envolve a alocação de recursos escassos como leitos de terapia intensiva. Quando vários pacientes apresentam indicação para transferência à UTI, mas somente uma vaga está disponível, o médico emergencista confronta-se com a necessidade de estabelecer prioridades baseadas em critérios técnicos objetivos.

Este processo decisório envolve a avaliação criteriosa de múltiplos fatores: gravidade atual, potencial de recuperação, comorbidades, idade fisiológica (mais que cronológica) e resposta a tratamentos iniciais. Embora necessariamente técnica, esta decisão carrega um peso emocional significativo para o profissional, que reconhece que para os familiares de cada paciente, aquele indivíduo representa a prioridade máxima. A dimensão ética desta decisão reside na necessidade de utilizar critérios técnicos objetivos, evitando vieses pessoais ou considerações não médicas. O médico deve reconhecer

que leitos de UTI são recursos particularmente valiosos para determinados perfis de pacientes que necessitam de maior disponibilidade de tempo de atenção médica.

A implementação do princípio da justiça no departamento de emergência transcende, portanto, considerações superficiais de igualdade, demandando uma análise técnica sofisticada que avalie quais pacientes mais se beneficiariam de recursos específicos. Este processo, embora tecnicamente fundamentado, frequentemente constitui um dos aspectos mais desconfortáveis da prática emergencial, refletindo a tensão entre recursos limitados e necessidades praticamente ilimitadas.

Infrações Éticas Comuns no Departamento de Emergência: Prevenção e Mitigação

A prática da medicina de emergência, pela combinação única de gravidade, urgência e ambiente frequentemente caótico, apresenta vulnerabilidades específicas para determinadas infrações éticas. O reconhecimento destes padrões comuns de infração permite ao médico emergencista desenvolver estratégias preventivas eficazes, evitando armadilhas éticas enquanto mantém a qualidade assistencial.

Documentação Inadequada: O Prontuário como Instrumento Ético

O preenchimento inadequado de prontuários representa uma das infrações éticas mais prevalentes na medicina de emergência, frequentemente justificada pela sobrecarga assistencial – “o pronto-socorro estava cheio”

- mas com potenciais consequências devastadoras. Prontuários excessivamente simplificados, como aqueles que registram apenas “dor abdominal, automedicação em casa” sem caracterização adequada dos sintomas ou exame físico detalhado, comprometem não apenas a documentação médica, mas potencialmente a segurança do paciente (GUARDUCCI *et al.*, 2022).

Casos emblemáticos ilustram como esta aparente simplificação pode resultar em desfechos catastróficos: pacientes com dor abdominal por isquemia mesentérica ou aneurisma de aorta roto, ou ainda dores epigástricas representando infarto agudo do miocárdio, que recebem alta prematuramente baseada em avaliações superficiais inadequadamente documentadas.

O prontuário adequado no departamento de emergência não necessita incluir elementos exaustivos de anamnese tradicionalmente ensinados na semiologia clássica, como antecedentes obstétricos remotos. No entanto, elementos essenciais devem ser rigorosamente documentados: caracterização detalhada da queixa principal (particularmente dor, incluindo localização, irradiação, fatores agravantes e atenuantes, intensidade e evolução temporal), sinais vitais completos e achados relevantes do exame físico direcionado.

Igualmente importante é a documentação das reavaliações após intervenções terapêuticas ou resultados de exames. O registro da evolução do quadro após analgesia, por exemplo, constitui elemento fundamental tanto para a segurança assistencial quanto para a documentação médico-legal. Esta documentação sequencial permite não apenas acompanhar a evolução clínica do paciente, mas também demonstrar a diligência e atenção do médico assistente.

O prontuário, em sua essência, constitui simultaneamente um documento do paciente - garantindo a continuidade assistencial adequada - e um instrumento de respaldo profissional, documentando as intervenções realizadas e o raciocínio clínico empregado. Esta dupla função torna seu adequado preenchi-

mento não somente uma obrigação burocrática, mas um elemento fundamental da prática ética em medicina de emergência.

Recursos Disponíveis: Utilizando o Arsenal Terapêutico e Diagnóstico

A não utilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis constitui outra infração ética frequente nos departamentos de emergência. Justificativas como “aqui não tem raio-X” ou “não temos tomografia” são aceitáveis apenas quando verdadeiras; quando estes recursos existem, mas não são utilizados adequadamente, configura-se potencial infração ética.

Um exemplo paradigmático envolve a solicitação de radiografias de crânio em pacientes com traumatismo cranioencefálico quando a tomografia computadorizada está disponível. A inadequação desta conduta fundamenta-se no reconhecimento da baixa sensibilidade da radiografia simples para lesões intracranianas significativas – hemorragia subaracnoidea, hematoma extradural ou subdural – que podem existir mesmo na ausência de fraturas identificáveis radiograficamente (NEKUDA *et al.*, 2019).

A prevenção desta infração inicia-se com o conhecimento preciso dos recursos disponíveis em cada serviço onde o médico atua. Este conhecimento deve ser adquirido idealmente antes de assumir o plantão, permitindo ao profissional avaliar se a unidade dispõe dos recursos mínimos necessários para o atendimento do perfil epidemiológico esperado.

Quando os recursos necessários não estão disponíveis, a responsabilidade ética do médico transcende a mera constatação desta limitação. O emergencista deve ativamente buscar alternativas, sendo a mais importante delas a transferência do paciente para unidades que disponham dos recursos adequa-

dos. Neste contexto, o médico assume o papel de advogado do paciente, utilizando sua autoridade técnica para garantir a transferência quando necessária.

A postura ética diante de serviços cronicamente deficitários em recursos essenciais também merece consideração. Embora a recusa sistemática de profissionais em trabalhar em determinados serviços possa parecer inicialmente uma postura extrema, ela constitui frequentemente o único mecanismo efetivo para promover mudanças estruturais significativas, como já enfatizado.

Abandono de Plantão: Implicações Éticas e Práticas

O abandono de plantão representa uma infração ética particularmente grave no contexto da medicina de emergência, com potenciais repercussões devastadoras para pacientes vulneráveis. Esta infração manifesta-se através da saída do médico de seu posto assistencial antes da chegada do substituto designado, deixando pacientes temporariamente desassistidos.

Justificativas aparentemente razoáveis – “saí apenas dez minutos antes” ou “o colega avisou que atrasaria” – subestimam drasticamente as potenciais consequências desta conduta, uma vez que dez minutos podem representar a diferença entre vida e morte para um paciente em parada cardiorrespiratória, por exemplo. Os primeiros minutos após uma parada cardíaca representam a fase elétrica, onde as chances de recuperação de circulação espontânea são significativamente maiores, declinando rapidamente com cada minuto de atraso no atendimento adequado.

Um plantão não dura 12 horas – dura até que o trabalho esteja concluído ou o próximo colega assuma efetivamente suas funções. Esta concepção, embora potencialmente desafiadora em termos práticos, reflete a

responsabilidade fundamental do médico com a continuidade assistencial e a segurança do paciente.

Em situações onde o médico escalado para o plantão subsequente não comparece, a responsabilidade primária recai sobre aquele que está deixando o plantão, não sobre o serviço ou coordenação médica. Embora circunstâncias excepcionais como acidentes, doenças graves ou falecimentos familiares possam justificar o não comparecimento a um plantão, estas situações devem ser adequadamente comunicadas à chefia imediata ou direção técnica, preferivelmente mediante documentação formal.

A distinção ética entre deixar de comparecer a um plantão e abandonar pacientes já sob sua responsabilidade é fundamental. Embora ambas as situações possam configurar infrações éticas, o abandono de pacientes já assistidos representa uma violação potencialmente mais grave, com implicações diretas para a segurança daqueles indivíduos que já estabeleceram vínculo assistencial com o profissional.

Quebra do Vínculo Médico-Paciente: A Importância da Comunicação Efetiva

A quebra do vínculo médico-paciente, embora não constituindo tecnicamente uma infração ética específica, representa o principal catalisador para denúncias nas diversas esferas avaliativas. No contexto da medicina de emergência, este vínculo apresenta características particulares que o tornam simultaneamente mais frágil e mais crítico para a qualidade assistencial (HESSE; RAUSCHER, 2019).

A fragilidade intrínseca deste vínculo fundamenta-se em múltiplos fatores. Primeiramente, o encontro entre médico e paciente na emergência fre-

quentemente constitui um evento único, sem histórico relacional prévio que fundamentaria confiança estabelecida. Adicionalmente, este encontro ocorre em circunstâncias particularmente estressantes para o paciente e familiares, frequentemente caracterizadas por dor, medo e ansiedade significativos. Finalmente, o ambiente físico da emergência – frequentemente ruidoso, superlotado e com limitações de privacidade – impõe desafios adicionais à construção de uma relação terapêutica efetiva.

Nestas circunstâncias desafiadoras, o médico emergencista encontra-se na difícil posição de construir rapidamente um vínculo de confiança com pacientes que frequentemente o abordam já em postura defensiva ou confrontacional. Esta dinâmica exige habilidades comunicacionais sofisticadas e equilíbrio emocional – frequentemente em um contexto onde o próprio médico encontra-se exausto, sobrecarregado ou privado de necessidades básicas como alimentação adequada ou pausas para necessidades fisiológicas.

A prevenção da quebra deste vínculo fundamenta-se em estratégias comunicacionais específicas: postura equilibrada mesmo diante de abordagens hostis, capacidade de escuta ativa identificando as verdadeiras preocupações subjacentes às manifestações do paciente ou familiares, e comunicação clara e tecnicamente fundamentada das condutas propostas. O médico deve simultaneamente demonstrar competência técnica e empatia genuína, equilibrando a autoridade do conhecimento científico com o respeito pela experiência subjetiva do paciente.

Um aspecto frequentemente negligenciado nesta dinâmica é a importância de ouvir atentamente as demandas do paciente ou familiares, mesmo quando estas parecem inicialmente irracionais ou tecnicamente infundadas. Muitas vezes, manifestações agressivas ou exigências aparentemente desar-

razoadas mascaram preocupações legítimas que, quando adequadamente abordadas, permitem restabelecer uma relação cooperativa e construtiva.

O estabelecimento e manutenção do vínculo médico-paciente no departamento de emergência constitui, portanto, não somente uma habilidade interpessoal desejável, mas um elemento fundamental da prática ética, com implicações diretas para a qualidade assistencial e a satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidado.

Estudos de Casos Específicos: Aplicando Princípios Éticos em Situações Complexas

A análise de situações específicas frequentemente encontradas nos departamentos de emergência permite a aplicação concreta dos princípios éticos previamente discutidos, ilustrando como estes conceitos fundamentam decisões clínicas em contextos de alta complexidade.

Caso 1: Ventilação Mecânica e Autonomia do Paciente

Um cenário eticamente desafiador envolve a decisão de intubar pacientes com insuficiência respiratória quando estes manifestam recusa ao procedimento. Esta situação torna-se particularmente complexa quando o paciente se mantém lúcido, mas apresenta sinais clínicos de falência muscular respiratória iminente – um quadro frequentemente observado durante a pandemia de COVID-19 (LI; MA, 2020).

A abordagem eticamente adequada fundamenta-se na avaliação criteriosa de múltiplos fatores: a capacidade decisória do paciente (potencialmente comprometida pela hipoxemia), a reversibilidade da condição subja-

cente, e as motivações específicas da recusa (FLETCHER *et al.*, 2022). Nestas circunstâncias, a comunicação efetiva, além de buscar consentimento formal, deve objetivar um processo educativo que contextualiza adequadamente riscos e benefícios (CAPUTO; STRAYER; LEVITAN, 2020). Questionar diretamente o motivo da recusa – “Por que você não quer ser intubado?” – frequentemente revela concepções errôneas e pode ser adequadamente substituída por um atendimento atencioso com transmissão de informações claras e objetivas.

Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, muitos pacientes baseavam sua recusa na observação de que “todos os intubados morrem”, estabelecendo uma correlação equivocada entre o procedimento e o desfecho desfavorável. A abordagem eticamente adequada nestes casos envolve esclarecer que a maior mortalidade observada entre pacientes intubados relacionava-se primariamente à gravidade da doença subjacente, não ao procedimento em si, e que a intubação tardia associava-se frequentemente a piores desfechos que a intubação oportuna.

Em contraste, situações envolvendo pacientes com doenças irreversíveis em fase avançada, como DPOC terminal com múltiplas descompensações recentes e indicação para cuidados paliativos, demandam uma abordagem fundamentalmente diferente. Nestes casos, o respeito à autonomia do paciente assume precedência, reconhecendo que a intubação representaria um procedimento potencialmente fútil que prolongaria sofrimento sem oferecer perspectiva de recuperação significativa.

A distinção ética fundamental reside na avaliação técnica do benefício potencial da intervenção proposta e na capacidade do paciente para tomar decisões plenamente informadas considerando sua condição clínica atual. Esta avaliação deve ser individualizada e contextualizada, evitando tanto o

paternalismo médico excessivo quanto o abandono do paciente a decisões potencialmente prejudiciais fundamentadas em conceitos equivocados.

Caso 2: Transfusão Sanguínea em Testemunhas de Jeová

A questão da transfusão sanguínea em pacientes Testemunhas de Jeová representa um paradigma de conflito entre autonomia do paciente e beneficência médica, particularmente desafiador no contexto emergencial. A análise ética adequada desta situação demanda consideração de múltiplos fatores, incluindo o estado de consciência do paciente, a documentação prévia de suas preferências, e particularidades relacionadas à idade (RASHID; KROMAH; COOPER, 2021).

O cenário mais complexo envolve pacientes em condições clínicas que comprometem sua capacidade decisória, como rebaixamento de nível de consciência ou choque hipovolêmico grave. Nestas circunstâncias, na ausência de documentação formal prévia como testamento vital ou diretiva antecipada de vontade, o médico emergencista enfrenta um dilema significativo: respeitar uma preferência religiosa presumida ou intervir para preservar a vida.

A reflexão apresentada ressalta um aspecto fundamental deste dilema: nossas convicções podem potencialmente modificar-se em circunstâncias extremas. Mesmo indivíduos com posicionamentos firmemente estabelecidos podem reconsiderar suas preferências quando confrontados com a morte iminente ou consequências graves.

Esta possibilidade de mudança de perspectiva em situações críticas fundamenta a abordagem que prioriza intervenções salvadoras em pacientes

incapazes de expressar sua vontade atual, mesmo quando há indicações de preferências prévias contra determinados procedimentos. O princípio subjacente é que, na dúvida e na impossibilidade de obter consentimento atual, prioriza-se a preservação da vida, permitindo ao paciente exercer posteriormente sua autonomia quando em condições adequadas para decisão informada.

Situação significativamente diferente apresenta-se quando o paciente encontra-se consciente, orientado e claramente capaz de expressar sua vontade. Nestas circunstâncias, a recusa formal e inequívoca à transfusão sanguínea deve ser respeitada, mesmo quando isto implica em riscos potencialmente letais. Este respeito fundamenta-se no reconhecimento da autonomia como princípio fundamental da bioética, comparável ao respeito por diretivas antecipadas relacionadas a cuidados paliativos.

Particularmente complexos são casos envolvendo menores de idade, cujas decisões dependem legalmente de responsáveis legais. Um caso ilustrativo mencionado envolveu uma criança acidentada cuja mãe (não Testemunha de Jeová) faleceu no acidente, ficando sob responsabilidade da avó (Testemunha de Jeová) que se opunha à transfusão. Nesta circunstância específica, considerando que a criança não havia sido criada na religião que proíbe transfusões, a equipe médica optou por realizar o procedimento necessário, prevalecendo o melhor interesse da criança sobre as convicções religiosas do responsável legal circunstancial.

Em todas estas situações, a documentação médica detalhada e precisa assume importância capital, registrando claramente as circunstâncias clínicas, o processo decisório e os fundamentos éticos das condutas adotadas. Registros inconsistentes – como documentar “paciente com Glasgow 6 optou por não receber sangue” – comprometem não apenas a credibilidade do prontuário, mas potencialmente a defesa do médico em eventuais questionamentos posteriores.

Conclusões: A Ética como Fundamento da Excelência em Medicina de Emergência

A discussão dos princípios éticos, infrações comuns e casos complexos previamente apresentados converge para uma conclusão fundamental: a prática ética não constitui um componente adicional ou opcional da medicina de emergência, mas seu próprio fundamento estrutural. A excelência técnica, embora essencial, permanece insuficiente quando desacompanhada de sólido embasamento ético em cada decisão e intervenção.

No ambiente particularmente desafiador do departamento de emergência – caracterizado por decisões rápidas, recursos frequentemente limitados e pacientes em condições críticas – a fundamentação ética torna-se simultaneamente mais desafiadora e mais essencial. O médico emergencista deve não apenas dominar procedimentos e protocolos, mas também desenvolver a capacidade de aplicar princípios éticos em situações complexas, frequentemente sem tempo para consultas ou reflexão prolongada.

A prevenção de infrações éticas no departamento de emergência fundamenta-se em estratégias específicas e pragmáticas: documentação médica meticulosa, comunicação efetiva com pacientes e familiares, conhecimento preciso dos recursos disponíveis e suas limitações, compromisso com a continuidade assistencial e atualização técnica permanente. Estas práticas, quando sistematicamente implementadas, reduzem o risco de denúncias éticas ou jurídicas e melhoram a qualidade assistencial oferecida.

Particularmente importante no contexto emergencial é o reconhecimento da vulnerabilidade intrínseca do paciente neste ambiente. Para a equipe médica, o departamento de emergência representa um ambiente familiar e rotineiro; para o paciente, frequentemente representa “o pior dia de sua vida”,

caracterizado por dor, medo e incerteza. Esta assimetria fundamental de experiência demanda do médico emergencista uma postura de empatia genuína e compreensão contextual que transcende significativamente o mero cumprimento de protocolos técnicos.

O verdadeiro médico emergencista – aquele que escolhe esta especialidade como vocação, não como “bico” ocasional – assume a responsabilidade de ser o melhor médico possível para cada paciente que atende, reconhecendo que, diferentemente de outras especialidades, seus pacientes não o escolheram, mas foram direcionados a ele por circunstâncias frequentemente traumáticas. Esta responsabilidade fundamenta-se no compromisso ético de tratar cada paciente com a mesma dedicação e excelência que se desejaria para familiares próximos.

A formação adequada em ética médica aplicada à emergência transcende significativamente o mero conhecimento do Código de Ética Médica, embora este permaneça essencial. Envolve o desenvolvimento de habilidades comunicacionais sofisticadas, capacidade de gerenciamento emocional em situações de alta pressão, e compreensão aprofundada das dimensões éticas das decisões clínicas em contextos de recursos limitados e tempo escasso.

Em última análise, a prática eticamente fundamentada da medicina de emergência demanda do profissional a capacidade de finalizar cada plantão com a consciência tranquila de ter oferecido o melhor atendimento possível a cada paciente, independentemente das circunstâncias adversas encontradas. Este padrão de excelência, simultaneamente técnica e ética, representa a própria essência da medicina emergencial como vocação profissional.

Referências

Beneficence. In: **Encyclopedia of Personality and Individual Differences**. Cham: Springer International Publishing, 2020. p. 454–454.

BESTER, J. C. Beneficence, Interests, and Wellbeing in Medicine: What It Means to Provide Benefit to Patients. **The American Journal of Bioethics**, v. 20, n. 3, p. 53–62, 3 mar. 2020.

CAPUTO, N. D.; STRAYER, R. J.; LEVITAN, R. Early Self-Prone in Awake, Non-intubated Patients in the Emergency Department: A Single ED's Experience During the COVID-19 Pandemic. **Academic Emergency Medicine**, v. 27, n. 5, p. 375–378, 12 maio 2020.

CASTRO, M. F. et al. Medical malpractice liability and physicians' behavior: Experimental evidence. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 166, p. 646–666, out. 2019.

CFM. **Código de Ética Médica Brasileiro**.

DAHLAWI, S. et al. Medical negligence in healthcare organizations and its impact on patient safety and public health: a bibliometric study. **F1000Research**, v. 10, p. 174, 3 mar. 2021.

DURMAZ, Y. et al. Determination of the tendency of imprudent behavior and malpractice in nursing students of a state university. **Annals of Medical Research**, v. 27, n. 5, p. 1474, 2020.

FLETCHER, J. J. et al. Ventilator avoidance among critically ill COVID-19 patients with acute respiratory distress syndrome. **Journal of International Medical Research**, v. 50, n. 11, 2 nov. 2022.

GUARDUCCI, G. et al. Improving the quality of medical records. **European Journal of Public Health**, v. 32, n. Supplement_3, 21 out. 2022.

HÄYRY, M. **Roles of Justice in Bioethics**. [s.l.] Cambridge University Press, 2022.

HESSE, C.; RAUSCHER, E. A. The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. **Health Communication**, v. 34, n. 8, p. 881–891, 3 jul. 2019.

KADUK, O. Causation as an Element of the Composition of the Offence in Private-Legal Relations. **NaUKMA Research Papers. Law**, v. 8, p. 26–33, 24 mar. 2022.

LI, X.; MA, X. Acute respiratory failure in COVID-19: is it “typical” ARDS? **Critical Care**, v. 24, n. 1, p. 198, 6 dez. 2020.

LIMA, A. F. DE A.; MACHADO, F. I. DE S. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 44–54, mar. 2021.

LUTHER, G. W. The Key Elements of Medical Negligence—Duty. **Neurosurgery**, v. 88, n. 6, p. 1051–1055, jun. 2021.

NEKUDA, V. et al. Importance of Skull X-ray in Head Trauma. **Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca**, v. 86, n. 5, p. 342–347, 1 out. 2019.

PILKINGTON, B.; PALEOUDIS, E. G. Don’t Ask Too Much: Non-maleficence as the Guiding Principle in IRB Decision-Making. **The American Journal of Bioethics**, v. 23, n. 6, p. 124–126, 3 jun. 2023.

RASHID, M.; KROMAH, F.; COOPER, C. Blood transfusion and alternatives in Jehovah’s Witness patients. **Current Opinion in Anaesthesiology**, v. 34, n. 2, p. 125–130, abr. 2021.

REIS-DENNIS, S. Understanding Autonomy: An Urgent Intervention. **Journal of Law and the Biosciences**, v. 7, n. 1, 25 jul. 2020.

ROTTER, M.; COMPTON, M. Criminal Legal Involvement: A Cause and Consequence of Social Determinants of Health. **Psychiatric Services**, v. 73, n. 1, p. 108–111, 1 jan. 2022.

THAHIR, P. S.; TONGAT, T. Legal Review of Medical Crime: Patient Protection and Professional Responsibility in Medical Practice. **Audito Comparative Law Journal (ACLJ)**, v. 5, n. 2, p. 130–142, 1 jun. 2024.

ZABOROVSKY, V. V.; NECHIPORUK, L. D.; HORVAT, T. D. The concept and essence of a legal conflict in the field of medical activity. **Uzhhorod National University Herald. Series: Law**, n. 63, p. 136–140, 9 ago. 2021.