

Aspectos Éticos na Formação do Emergencista

Julio Flávio Meirelles Marchini^{1*}; Diego Adão Fanti Silva¹.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

* Autor correspondente. Endereço de e-mail: julio.marchini@fm.usp.br

“Formação” (do latim *formatio*, configuração) significa, no campo técnico-profissional, a aquisição de um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos a uma atividade prática ou intelectual. Especificamente para a área da saúde, essa definição não é suficiente para descrever todo o processo de transformação pelo qual um sujeito – em geral, um recém-formado em Medicina – passa ao longo de dois ou três anos de residência médica.

A formação especializada do médico, no caso em questão, médico emergencista, prevê o desenvolvimento de uma identidade profissional pautada pela aquisição de competências (conhecimentos [cognitivo], habilidades [psicomotor] e atitudes [afetivo]) e pelo profissionalismo (conduta ética perante a sociedade), com a finalidade de enfrentar situações-problemas diversas no campo da medicina de emergência (Perrenoud, 1999). Segundo a pirâmide de Miller revisada (Fig. 1), a formação médica apoia-se em cinco níveis: (i) saber o quê (conhecimento), (ii) saber como (competência), (iii) mostrar como (performance), (iv) fazer (saber aplicar na prática) e (v) ser (identidade profissional).

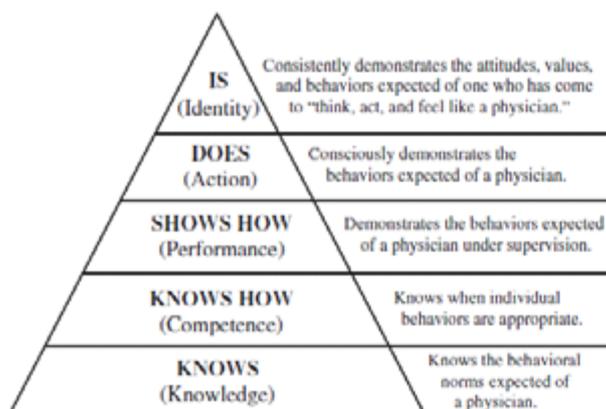


Figura 1. Pirâmide de Miller revisada. (Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Acad Med.* 2016;91(2):180-185.)

O desenvolvimento dessa competência, na atualidade brasileira, só é possível mediante a conclusão de três anos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Emergência, disponíveis em centros formadores de excelência devidamente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (Decreto Nº 7.562 de 15 de setembro de 2011). Isso se deve ao fato de a residência médica constituir “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Lei Nº 6.932 de 7 de julho de 1981). No Brasil, a primeira residência médica foi criada em 1940, no Rio de Janeiro e em São Paulo; enquanto a primeira residência médica de Medicina de Emergência se fez em 1996, no Rio Grande do Sul.

A especialidade Medicina de Emergência, jurisdicionada à Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), envolve prestar atendimento a pacientes com as mais diversas queixas, desde o mais trivial até queixas potencial e rapidamente fatais, em diversos cenários, do pré-hospitalar ao pronto-socorro, passando por áreas remotas, incluindo o espaço aéreo. Faz parte do escopo do emergencista identificar precocemente sinais vermelhos de doenças graves, e iniciar o manejo conforme as melhores e mais recentes evidências de eficácia e segurança disponíveis. Em outras palavras, o emergencista deve ser capaz de reconhecer padrões de apresentação, considerar rapidamente as hipóteses alternativas e decidir por terapias de suporte para condução do caso, de forma ética e empática, tanto com pacientes e familiares, quanto com outros profissionais de saúde.

Trata-se, assim, de um processo complexo, adquirido paulatinamente por meio de estudo teórico, simulação

realística, prática no cenário real supervisionado, avaliação formativa, mentoria, reflexão acerca de seu papel e *feedback* contínuo das equipes de supervisão. Esse aprendizado inclui raciocínio clínico e tomada de decisão sob estresse, assim como a execução de procedimentos de maneira decisiva e célere, atrelados ao desenvolvimento afetivo que assegure uma atitude acolhedora e empática frente ao estado caótico dos cenários de atuação.

Conceitos

Dois conceitos preliminares são fundamentais de serem discutidos e compreendidos na formação do médico emergencista: (i) educação de adultos e (ii) aprendizado baseado em problemas.

A andragogia – educação de adultos - não segue todos os mesmos princípios da pedagogia. Na andragogia, espera-se que o aluno seja proativo no seu aprendizado e em suas necessidades; saiba conduzir o seu estudo; determine objetivos e busque fontes e materiais de estudo por conta própria (heutagogia). O ensino acontece no contexto de experiência de vida do aluno e é enriquecido na troca de experiências entre pares (sócio-construtivismo). São importantes ainda a valorização do aluno que segue esses princípios e o *feedback* fundamental para sua evolução.

Médicos emergencistas em formação, em sua maioria, são sujeitos entre 25 e 35 anos de idade, com diversas vivências prévias, históricos de vida, preconceitos e motivações. São indivíduos da geração Y (*millennial*, nascidos entre 1982-1994) ou da geração Z (*centennial*, nascidos entre 1995-2010), isto é, pessoas digitais e multitarefas, com atenção de curto prazo e movidas a recompensas. Diante disso, deve-se ter em mente que o modelo de ensino tradicional, jesuítico, focado no professor e estruturado em aulas teórico-expositivas, que já é por natureza pouco efetivo e desmotivador, tem ainda menos chance de cativar os atuais alunos.

Os programas de residência médica devem lançar mão de estratégias de ensino-aprendizagem ativas e andragógicas, focadas no residente. Os preceptores devem ser *role models* e facilitadores, passando aos residentes a autonomia e a responsabilidade pela construção do seu próprio corpo de conhecimentos e habilidades. O residente deve entender, prioritariamente, que depende *exclusivamente dele* a busca, seleção, análise, interpretação e aplicação do conhecimento, cabendo aos preceptores apenas a facilitação desse processo. Desse modo, os projetos andragógicos devem visar: discussão sobre heutagogia, ensino de busca de

literatura em diferentes plataformas, técnicas de leitura de diferentes textos, discussão de artigos e capítulos de livros, apontando os pontos fortes e fracos dos textos, familiarização e aplicação dos níveis de evidência às condutas a serem implantadas, entre outros. Tudo isso, dentro do possível, de forma ativa e integrada, utilizando-se de mídias digitais, smartphones, vídeos, sala de aula invertida, simulação, laboratórios, games, dramatização, RPG etc. Formar um emergencista é um processo extremamente ativo, complexo, que demanda planejamento, recursos materiais e humanos, dedicação, equipe dedicada exclusivamente a isso e, principalmente, demanda tempo.

Quanto ao local da aprendizagem, devemos ter em mente que os seres humanos aprendem, principalmente, um com os outros (Paulo Freire), a partir de experiências compartilhadas (Vygotsky) e vivências de problemas (Barrows e Tamblyn). A real aprendizagem somente é possível a partir da interação entre os profissionais da saúde e os pacientes, no campo de prática. As salas de aula e os laboratórios são cenários de apoio à real aprendizagem. Segundo Willian Osler (1849-1919), médico canadense com influente atuação nos Estados Unidos e na Inglaterra, em talvez um dos seus mais famosos aforismas, postulou: *“a medicina é aprendida à beira do leito e não nos anfiteatros.”* Atualmente é possível vislumbrar um futuro em que os simuladores de realidade virtual possam realizar o treinamento inicial de habilidades de maneira fidedigna e realística. Habilidades não acontecem em um vácuo, mas sim em um contexto de pacientes reais, com suas preocupações, medos, valores e junto de seus familiares e essa dimensão não se traduz integralmente na simulação, de forma que a realidade virtual seria uma etapa da capacitação profissional. Faz-se necessário recorrer à capacitação médica mediante treinamento supervisionado em pacientes reais. Cabe aos preceptores, junto aos residentes à beira leito, levantar as questões centrais daquele caso, auxiliando o residente a organizar suas ideias e discurso, reconhecer padrões de normalidade e anormalidade no caso, pensar em diagnósticos diferenciais, ponderar risco-benefício das condutas, elaborar questões ainda sem resposta para elucidação em um segundo momento, registrar adequadamente em prontuário, entre outros. Além disso, é à beira leito que o preceptor dá o exemplo do profissionalismo, mostrando a forma ideal de comunicação ética e empática com pacientes e familiares.

Essa interface emergencista-paciente, facilitada por um preceptor, deve obrigatoriamente seguir os preceitos Bioéticos postulados por Beauchamp e Childress (1989): beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

O filósofo espanhol Diego Gracia agrupou os mesmos princípios éticos normativos em dois grupos, os privados (autonomia e beneficência) e os públicos (justiça e não-maleficência), e estabeleceu que estes têm preferência sobre aqueles, quando em conflito. Na próxima seção, vamos desenvolver esses preceitos aplicados à formação do médico emergencista.

Desenvolvimento

Preceitos bioéticos

A educação médica baseada no treinamento em paciente deve ser rigorosamente realizada dentro dos preceitos bioéticos. A bioética surge como respeito a individualidade de pessoa e de seus direitos inalienáveis. O desvio desses princípios desumaniza o paciente, tornando-o um mero sujeito de pesquisa ou objeto no qual o residente aprende sua técnica.

Autonomia

Autonomia é definida pelo direito e pela capacidade de autogoverno e autolegislação do ser humano. Segundo Immanuel Kant (1724-1804), é a “capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante”. Na Bioética, especificamente na área da Medicina, autonomia é o direito e o dever de o paciente conhecer sobre sua doença e poder escolher entre as melhores opções disponíveis de diagnóstico e tratamento.

Nos séculos passados, encontramos uma ética mais paternalista, com pouco respeito à autonomia dos pacientes. Caberia ao médico, detentor do conhecimento, refletir e deliberar sobre o que seria melhor. O paciente não tinha espaço de voz para opinar; a ele caberia acatar, pois era um elemento passivo e receptor. Porém, com o avanço dos conceitos referentes aos direitos das pessoas enquanto cidadãos do mundo (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948), passou-se a ver o paciente como um elemento ativo e deliberativo do processo saúde-doença, de modo que os profissionais da saúde deveriam sempre esclarecer aos pacientes e seus familiares sobre o quadro em questão, permitindo a eles compartilharem a estratégia diagnóstica e terapêutica. Em outras palavras, o médico é um facilitador da compreensão do paciente sobre seu estado de saúde.

O ponto mais relevante, no que diz respeito à autonomia em relação à formação do médico emergencista, é a solicitação do termo de consentimento livre e esclarecido. De uma forma global, o paciente deve manter sua dignidade e autonomia durante todo

seu atendimento. Os alunos e os médicos residentes devem ser claramente identificados como tal. Deve-se solicitar permissão ao paciente para a realização de procedimentos, esclarecendo as indicações, os benefícios e, principalmente, os riscos envolvidos. No caso específico da formação do emergencista, muitos procedimentos são realizados de forma emergencial, com pacientes graves, potencialmente incapazes de compreender e deliberar, como em quadros com rebaixamento de nível de consciência ou parada cardio-respiratória. Além disso, por muitas vezes não há tempo hábil de consultar o familiar para se obter a autorização; em outros casos, não há familiar presente que possa prover a autorização. Como, então, respeitar a autonomia de um paciente inconsciente e sem acompanhante?

Acreditamos que, na medida em que não se trata de treinamento, mas sim de execução de um procedimento para preservação da vida ou da função de um órgão, impossível de adiamento sem prejuízo ao paciente, essa solicitação poderia ser dispensada com base no contrato ético-social tácito entre o profissional da saúde e a sociedade, simbolizado pelo Juramento de Hipócrates, no qual o médico, em uma solenidade pública, jura somente fazer o que é bom e necessário aos pacientes. Ou seja, a sociedade tem intuito que, ao entrar num hospital, somente o que é bom e realmente necessário será feito, portanto existe uma autorização pré-acordada entre o paciente e o médico para os casos em que a comunicação seja impossível. Dessa forma, justifica-se a realização do procedimento por residentes desde que este esteja supervisionado e já tenha sido exposto a alguma forma de treinamento de habilidades, realizado sequencialmente em modelos, em simulações e em procedimentos eletivos com autorização do paciente. Por isso, é condição fundamental a simulação e participação em procedimentos eletivos nos programas de residência médica em medicina de emergência.

O médico residente é um médico em formação. O médico supervisor tem que estar presente e disponível, de forma que esteja respaldado por um médico responsável. O binômio residente-tutor deve ser forte. O tutor deve conhecer os limites da capacidade do residente encorajando-o a se desenvolver e estando mais de perto quando estiver no limite ou ultrapassando o limite de suas capacidades. Nem todos os residentes os que atuam no departamento de emergência são da especialidade de emergência ou tem o mesmo interesse pelo assunto e isso também deve modular a atuação do preceptor. No código de ética médica a responsabilidade médica é pessoal, mas os supervisores e tutores são corresponsáveis.

Não é raro a ocorrência de óbito em salas de

emergência. Existe a discussão do uso de recém-cadáveres para treinamento. Por um lado, trata-se de uma excelente oportunidade já que não há possibilidade de trazer dano adicional ao falecido e o recém-cadáver retém as características teciduais do paciente. Por outro lado, não devemos desconsiderar que tal ato traz danos aos familiares e à integridade do corpo. Em nossa cultura, deve-se o mesmo respeito ao recém-cadáver que ao paciente em vida. O falecimento em si não cessa os direitos bioéticos do ser humano. Em outras palavras, os direitos associados à identidade do sujeito persistem mesmo após a morte. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em 2011, em seu parecer N. 157.889, enfatizou que a família tem direito de decidir sobre seus mortos de modo a preservar a dignidade das pessoas e respeito aos cadáveres. Portanto, apesar do constrangimento de solicitar à família a possibilidade de realização do procedimento no recém-cadáver, este deve ser solicitado para permitir este tipo de treinamento. Caso contrário, não deve ser realizado. Enfatizamos que pacientes com indicação de exame *post-mortem* em Instituto Médico Legal (morte por causas externas, maus tratos, violência, suspeitas ou não naturais), assim como os pacientes sob custódia do Estado, não devem ser submetidos a qualquer procedimento *post-mortem*, **mesmo com autorização da família.**

Beneficência e não maleficência (segurança do paciente)

Beauchamp e Childress enfatizaram a abstenção de intervenções que possam causar dano, ou seja, o princípio da não maleficência. A segurança do paciente é a ausência de danos evitáveis e a redução do risco de danos inevitáveis ao mínimo possível. Portanto, no cerne da segurança do paciente está a não maleficência. A definição do que é dano evitável ou mínimo aceitável de um dano inevitável depende do conhecimento médico atual, técnicas e habilidades aplicadas, material e infraestrutura disponíveis e o contexto em que o paciente está inserido no sistema de saúde.

Sob a óptica do médico residente, a residência consiste em treinamento sob supervisão. Sob a ótica do paciente, a residência médica é uma intervenção a que é submetido. Essa intervenção deve acontecer nos princípios de não maleficência e beneficência, de modo a promover a segurança do paciente. Embora, para os pacientes, o ensino deva ser um epifenômeno da assistência, sendo a *praxi medicinae* o foco do processo, para os residentes o ensino-aprendizagem passa a ser o processo principal, enquanto a assistência se configura um produto da *praxi academic*. A realidade é

que a residência médica funde, de forma indissociável, a prática assistencial à prática acadêmica, de modo que uma se torna causa e consequência da outra, em um processo de retroalimentação e co-dependência. Logo, a segurança do paciente caminha lado a lado com o ensino dos residentes, sendo a supervisão o elo de estabilidade dessa relação.

A supervisão realizada pelo médico assistente deve estar sempre presente para prestar cuidado e tomar as decisões de manejo de preferências, trazendo o residente ativamente para participar dessas escolhas. Não se deve assumir que os procedimentos serão automaticamente realizados pelo residente. A segurança do paciente se mescla à necessidade de treinamento de habilidade do residente ou interno. Se o médico assistente entender que a situação contém elementos que tornam arriscado a realização do procedimento pelo residente, o próprio médico assistente deve realizar o procedimento, mas aproveitando a situação para instruir o residente nos processos de alto risco. Citamos, como exemplo, a necessidade de acesso venoso central, mas em paciente obeso e com discrasia sanguínea significativa, em que, na avaliação do assistente, o risco supera o benefício.

Apesar destas recomendações, será que a qualidade da assistência sob os cuidados de médicos residentes é prejudicada? A hipótese que pode ser aventada é que exista correlação entre a qualidade do cuidado e o tempo de treinamento dos médicos residentes. Para tentar responder a essa pergunta, poderíamos comparar serviços médicos com residentes com aqueles sem residentes. Outra comparação seria a qualidade do atendimento nos primeiros meses do treinamento dos residentes com os últimos meses do treinamento. Na literatura médica americana, esse efeito é conhecido como “fenômeno de julho”, o mês em que o treinamento da residência médica se inicia naquele país. O equivalente no Brasil seria um “fenômeno de março”; no entanto, não se encontram pesquisas averiguando essa hipótese em nosso país. Na literatura americana, encontramos um artigo que mostra melhoria da eficiência do atendimento do residente no final do ano em comparação ao início do ano. O residente consegue atender mais casos e de forma mais célere (Bahl 2019). Apesar disto, quando desfechos primários e focados no paciente são avaliados, não observamos aumento do tempo de internação nos primeiros meses da residência em comparação aos demais meses (Riguzzi 2014), e não há aumento de mortalidade do primeiro trimestre do ano em comparação aos demais trimestres (Barry 2003). Pelo contrário, existem sugestões na literatura de que o paciente se beneficia de ser atendido em instituições de ensino (Ayanian 2002).

Essas evidências não significam carta branca para que instituições com programas de residência médica não estejam atentos para a qualidade de cuidado médico que estão oferecendo. Pelo contrário, uma explicação para os bons resultados observados nos artigos acima são exatamente bons programas de residência médica e constante vigilância da qualidade da segurança do paciente. Inclusive, faz parte da segurança do paciente o controle periódico dos desfechos e da qualidade dos atendimentos, com consequente análise e tomada de medidas se não estiverem correspondendo aos padrões esperados.

Justiça

Justiça é um termo de difícil definição, mesmo entre os teóricos da Filosofia e do Direito. Para Aristóteles, em *Ética a Nicômaco*, a justiça seria o “bem comum”, um direito natural do ser humano, cabendo ao Estado e às instituições o dever de seu cumprimento. Diferentemente, para Thomas Hobbes, em *O Leviatã*, a justiça seria a igualdade de direitos adquiridos, um produto imediato das leis e da presença do Estado na sociedade, garantidor da equidade e da segurança dos seus indivíduos. Independentemente da corrente filosófica, é senso comum que justiça tem relação direta com igualdade de direitos e exercício de virtudes.

Para a bioética, Beauchamp e Childress se referem à justiça como a igualdade de oportunidade de receber ações de saúde preventivas, diagnóstico e tratamento entre os diferentes pacientes que delas precisem. Em outras palavras, que haja distribuição de recursos materiais e humanos, de forma justa, entre diferentes localidades. Cada indivíduo deve ter seus direitos respeitados, sem vieses. Essa seria a base do princípio doutrinário da equidade do SUS brasileiro.

Pacientes não podem receber tratamentos ou procedimentos de forma diferenciada por estarem sob um hospital escola e cuidado de médicos residentes. Um segmento da população menos privilegiada, que tem acesso apenas ao sistema único de saúde, não pode ter um atendimento de menor qualidade. Não pode haver, em um mesmo serviço, qualquer diferença detectável de acordo com o tipo de convênio médico que este possui, seja um paciente do sistema único de saúde, de convênio médico ou ainda um paciente particular.

Dentro do contexto de atendimento de emergência e com os materiais e recursos disponíveis, porém limitados, a equipe médica, incluindo os médicos residentes, devem prover o melhor atendimento possível. Fere o princípio de justiça a superlotação e a falta de materiais e recursos em instituições públicas e privadas de saúde,

mas isto não cabe diretamente à equipe médica ou aos médicos residentes, senão sua reportagem aos gestores responsáveis, conforme previsto no Código de Ética Médica. Em situações de contingência, como é a realidade da maioria dos prontos-socorros públicos do Brasil, todos os médicos se tornam auto-gestores de seu campo de trabalho, de tal modo que a melhor força de fazer justiça é por meio da reportagem, aos gestores locais, das necessidades dos setores de emergência.

Conclusão

A formação do médico emergencista está totalmente apoiada nos pilares dos princípios bioéticos. Por um lado, capacitar um profissional da emergência exigirá trabalho e preparo da supervisão e dos preceptores do programa de residência médica; por outro lado, levará a formação de emergencistas mais humanizados, inseridos no contexto de nossos sistemas de saúde e respeitadores da autonomia e da segurança dos pacientes.

Legislação

- Parecer 157889/10 CREMESP.
- Decreto N° 7.562 de 15 de setembro de 2011
- Lei N° 6.932 de 7 de julho de 1981

Referências

1. Bahl A, Hixson CC. July phenomenon impacts efficiency of emergency care. *West J Emerg Med*. 2019;20(1):157-162.
2. Riguzzi C, Hern HG, Vahidnia F, Herring A, Alter H. The July Effect: is emergency department length of stay greater at the beginning of the hospital academic year?. *West J Emerg Med*. 2014;15(1):88-93. doi:10.5811/westjem.2013.10.18123
3. Barry WA, Rosenthal GE. Is there a July phenomenon? The effect of July admission on intensive care mortality and length of stay in teaching hospitals. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 639 – 645.
4. Ayanian, J. Z., & Weissman, J. S. (2002). Teaching hospitals and quality of care: a review of the literature. *The Milbank quarterly*, 80(3), 569–v. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00023>.