



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

De Jesus Cerqueira, Anilton; Vasconcelos de Oliveira, Camila

Alta médica a pedido: o que fazer, doutor?

Revista Bioética, vol. 31, núm. 1, 2023, pp. 1-11

Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233296PT>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361575107012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UABM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Alta médica a pedido: o que fazer, doutor?

Anilton de Jesus Cerqueira¹, Camila Vasconcelos de Oliveira¹

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Resumo

Este artigo aborda as condutas preconizadas pelos conselhos de medicina do Brasil relacionadas à “alta médica a pedido”. Trata-se de uma pesquisa documental e exploratória, que buscou identificar e analisar diversas manifestações dos conselhos acerca de questionamentos e dúvidas suscitadas pelos médicos quando se deparavam com pedidos de alta médica. Para tanto, utilizou-se o método de análise hipotético-dedutivo. A partir da problemática apresentada (insegurança ético-jurídica dos médicos no deferimento dos pedidos de alta), levantaram-se as soluções propostas às questões atinentes ao tema destinadas aos conselhos de medicina. Elas foram analisadas criticamente à luz do ordenamento ético-jurídico, com vistas a proporcionar ao médico maior segurança e tranquilidade na condução desse procedimento.

Palavras-chave: Alta do paciente. Relação médico-paciente. Direitos do paciente. Autonomia pessoal. Tomada de decisões. Prescrições de medicamentos.

Resumen

Alta médica por solicitud: ¿qué hacer, doctor?

Este artículo discute la conducta recomendada por los consejos de medicina de Brasil respecto al “alta médica por solicitud”. Se trata de una investigación documental y exploratoria, que pretendió identificar y analizar diversas manifestaciones de los consejos sobre los interrogantes y dudas planteadas por los médicos ante las solicitudes de alta médica. Para ello, se utilizó el método de análisis hipotético-deductivo. Con base en el problema presentado (inseguridad ético-jurídica de los médicos en la concesión de solicitudes de alta), se plantearon propuestas de solución a cuestiones relacionadas con el tema dirigidas a los consejos de medicina. Se utilizó la perspectiva ética-jurídica, con el objetivo de brindar mayor seguridad y tranquilidad al médico en la realización de este procedimiento.

Palabras clave: Alta del paciente. Relaciones Médico-paciente. Derechos del paciente. Autonomía personal. Toma de decisiones. Prescripciones de medicamentos.

Abstract

Discharge against medical advice: what to do, doctor?

This paper examines the procedures recommended by Brazilian medical councils regarding “discharge against medical advice”. An exploratory and documentary research was conducted to identify and analyze several council publications regarding questions and doubts raised by physicians when faced with discharge requests. Solutions proposed to the issue at hand (ethical-legal insecurity of physicians in authorizing discharges) were analyzed based on ethical-legal frameworks, aiming to provide physicians with greater security and tranquility in conducting this procedure.

Keywords: Patient discharge. Physician-patient relations. Patient rights. Personal autonomy. Decision making. Drug prescriptions.

Declararam não haver conflito de interesse.

No dia a dia do médico, especialmente daqueles que trabalham em unidades de emergência e de internação hospitalar, é recorrente a solicitação de alta médica formulada pelo próprio paciente ou por familiares. Isso ocorre por diversos motivos, como: desejo de não prosseguir com o atendimento assistencial, má qualidade técnica/humana da equipe assistencial, desistência devido à sensação de melhora dos sintomas que motivaram a procura pela assistência, associada, às vezes, ao longo tempo de espera pelo atendimento ou para a realização e liberação dos resultados de exames complementares.

Nos casos em que o médico assistente concorda com a alta médica solicitada, não há problema a ser enfrentado. Entretanto, quando há discordância, surge um importante impasse ético-jurídico: o confronto entre a autonomia do paciente e o dever médico de impedir situação de grave e iminente risco à vida.

Este artigo se dedica a essa problemática, sem a pretensão de exaurir o tema, visto que é muito amplo. O que fazer, doutor, diante desses casos? Qual deve ser a conduta adequada do médico a fim de evitar questionamentos futuros tanto da Justiça quanto dos conselhos de classe? Compilam-se aqui diversas manifestações dos conselhos de medicina do Brasil acerca do tema, buscando identificar e analisar as condutas preconizadas diante de vários questionamentos levantados. Apresentam-se publicações científicas sobre o tema, bem como a doutrina ético-jurídica nacional, a fim de proporcionar maior segurança e tranquilidade na condução dos pedidos de alta médica.

Método

Trata-se de pesquisa bibliográfica que utilizou como fontes primárias de dados resoluções, pareceres, recomendações, notas técnicas e despachos emitidos pelos conselhos de medicina do Brasil (federal e regionais), além de artigos científicos relacionados à temática “alta médica a pedido”, publicados até agosto de 2020. Buscou-se selecionar dispositivos legais, doutrina e jurisprudência que abordassem o tema, visando aprofundar as discussões sobre alta médica a pedido.

Foram encontrados 35 documentos no repertório de normas do *site* do Conselho Federal de

Medicina (CFM), utilizando como descritores de assunto os termos “alta” e “alta médica”, e como descritor de texto a ser encontrado, pesquisou-se “alta a pedido”.

Já a busca de publicações científicas foi realizada em periódicos indexados, por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pesquisando, concomitantemente, entre “título, resumo e assunto” os descritores em ciências da saúde (DeCS) “alta do paciente”, “direitos do paciente” e “autonomia pessoal”. Foram encontrados 25 artigos científicos, dos quais, após leitura dos resumos, verificou-se que 15 eram pertinentes à temática abordada neste trabalho. Destes, somente dois eram nacionais, o que evidencia a necessidade precípua de maior aprofundamento e discussão no meio acadêmico brasileiro sobre esse dilema bioético vivenciado pelos profissionais de saúde.

Por último, aplicou-se o método de análise hipotético-dedutivo. A partir da problemática apresentada (insegurança ético-jurídica dos médicos na condução da alta médica a pedido), levantaram-se as soluções propostas a algumas questões atinentes ao tema destinadas aos conselhos de medicina. Elas foram analisadas criticamente à luz do conhecimento ético-jurídico atual, com vistas a verificar sua conformidade.

Discussão e resultados

Inadequação da expressão “alta médica a pedido” e seu uso disseminado

Alta médica a pedido (também denominada de “alta a pedido”¹, “alta administrativa”², “alta médica à revelia”³ ou “alta a pedido contra a indicação do médico”)⁴ é uma expressão amplamente utilizada nas instituições de saúde para indicar a liberação do paciente, mediante manifestação da vontade de interromper os cuidados médico-assistenciais aos quais está submetido em regime hospitalar, em que pese a contraindicação médica⁵.

Trata-se, na verdade, de um jargão inapropriado, pois “alta médica” é um ato médico⁶, portanto, só se poderia falar em “alta” se o médico concordasse com a liberação do paciente da unidade assistencial. Essa prerrogativa é exclusivamente do médico, de acordo com os termos do art. 4º da Lei 12.842/2013, que destaca como atividade privativa

do médico: (...) XI – *indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde*⁷.

Seria melhor, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, falar-se em “desistência do tratamento”, entendida como a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor de internação, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada⁸.

Entretanto, há de se reconhecer que o jargão “alta a pedido” está sedimentado culturalmente, uma vez que é utilizado por inúmeros estabelecimentos de saúde, nos quais existem, inclusive, “formulários de alta a pedido”⁹, que são assinados pelos pacientes quando desejam interromper os cuidados assistenciais em regime de internação hospitalar. A expressão é empregada pela maioria dos médicos, que, por vezes, a registram em prontuário quando o paciente manifesta sua vontade de suspender os cuidados assistenciais, mesmo após ter conhecimento sobre os riscos à saúde decorrentes da interrupção do tratamento¹⁰.

Diante do exposto, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (CRM-PR), no Parecer 1.883/2007, pontuou que são necessárias reflexão e análise para que a expressão “alta a pedido” seja alterada e retrate seu real sentido¹¹.

Autonomia para decidir a condução do tratamento médico

A relação médico-paciente, após longo período sob a égide paternalista hipocrática, na qual ao médico era conferido o poder de decidir o que era melhor para o paciente, ganhou recentemente nova perspectiva fundamentada na autonomia do paciente, considerada um dos princípios bioéticos atuais¹².

A palavra autonomia vem do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, domínio, governo, lei), e foi incorporada à medicina para expressar a capacidade de autogovernar-se¹³ do paciente, ao qual foi atribuída responsabilidade para tomar decisões sobre assuntos médicos que lhe dizem respeito.

A autonomia do paciente pressupõe a existência não só de uma capacidade legal, em que a legislação define quem está apto a exercer direitos, como os referentes à condução da sua própria vida, aqui incluídos os cuidados à saúde, mas também

de uma capacidade cognitiva, em que se avalia o discernimento livre e esclarecido do indivíduo para administrar sua própria vida^{13,14}.

A jurista Ana Thereza Meirelles afirma que a autonomia, em sua dimensão cognitiva, é verificada quando estão presentes os requisitos da informação, do discernimento e da ausência de condicionadores externos. Assim, entende-se que *a informação é adquirida por meio do dever de esclarecimento do médico. O discernimento pode ser determinado como a capacidade de compreender o que lhe é exposto e tomar uma decisão consciente dos riscos e possíveis resultados. A ausência de condicionadores externos são os vícios da vontade ou vícios sociais*¹⁴.

Neste texto, a capacidade legal será chamada apenas de “capacidade” e a capacidade cognitiva, de “competência”. Tão importante quanto a análise da possibilidade de concessão da alta a pedido é saber se quem faz o pedido tem capacidade/competência para fazê-lo ou, ainda, se quem o faz em substituição ao paciente, quando impossível este se manifestar, tem legitimidade para tal conduta.

Sob o prisma legal, a regra geral é que a capacidade seja definida pelo critério etário (art. 3º a 5º do Código Civil)¹⁵. Assim, a princípio, a partir dos 18 anos o indivíduo está apto a decidir os rumos da sua vida, assumindo a responsabilidade pelas suas decisões; aos menores de 16 anos, cabe exclusivamente aos responsáveis legais (geralmente os pais) a decisão referente aos cuidados à saúde; e aos adolescentes entre 16 e 18 anos incompletos, é conferida uma capacidade relativa de decisão, mediante assistência dos pais, ou seja, eles podem e devem ser consultados na tomada de decisões em conjunto com seus pais, mas, havendo divergência, prevalece a manifestação dos responsáveis.

Entretanto, deve-se aqui pontuar que a Constituição Federal¹⁶ (art. 227) e o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)¹⁷ (art. 4º) limitaram esse poder decisório dos pais em detrimento do melhor interesse da criança/adolescente, sujeitando-o a eventual apreciação do Poder Judiciário para reavaliar se corresponde à decisão mais adequada. Estabeleceu-se que cabe também à sociedade e ao poder público o dever de assegurar o direito à saúde das crianças e adolescentes.

Por esse motivo, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers), por meio do Parecer 7/2018, orientou a classe médica nos

seguintes termos: *havendo discordância com a família ou responsáveis por crianças internadas no que se refere à continuidade de tratamento hospitalar, o médico convicto dos benefícios do tratamento para esse menor deve acionar o departamento jurídico do hospital para que tome as devidas providências junto ao Conselho Tutelar e Ministério Público visando garantir o respeito e a defesa dos melhores interesses dessa criança ou adolescente*².

Ressalta-se, por último, que existem exceções ao aludido critério etário, mas em todas as situações são necessários atos jurídicos para se concretizar, a exemplo da emancipação e do processo de interdição, de modo que, até prova em contrário, deve-se reconhecer a capacidade do paciente com base na idade.

Já no que tange à competência, busca-se verificar se o indivíduo está em pleno gozo de suas faculdades mentais, podendo entender e atuar com autonomia diante dos cuidados médicos propostos. Para a professora Maria Casado, essa avaliação perpassa pela capacidade do paciente *de compreender as informações relevantes sobre seu estado de saúde, transmitidas de forma adequada e compreensível pelo médico; de compreender as consequências advindas de cada decisão; de raciocinar a partir das informações fornecidas e da própria escala de valores; e de comunicar a sua decisão de forma clara e reiterada*¹⁸.

Assim, conforme assinalado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Creneb), por meio do Parecer 11/2019¹⁰, no pedido de alta hospitalar, o médico tem o dever de investigar o processo de raciocínio do paciente, caso suspeite que este está comprometido (a exemplo do quadro de *delirium* ou de psicose), contando com eventual apoio da psiquiatria e/ou neurologia nessa avaliação e registrando cuidadosamente todas as conclusões em prontuário.

Da mesma forma, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) também se manifestou, no Parecer 86/2000¹⁹, ao estabelecer que nos casos em que existir alteração mental, incapacitando o paciente do autodiscernimento e da ampla autonomia, seu responsável, se houver, deverá ser acionado. O CRM-PR, por meio do Parecer 1.883/2007¹¹, estabelece que, no caso de alta a pedido, o médico deve avaliar a capacidade de decisão do paciente ou de seu responsável legal¹¹.

De forma similar ao ECA¹⁷, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (art. 10) conferiu ao poder público

o dever de garantir, ao longo de toda a vida, a dignidade da pessoa com deficiência, entendida como *aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas*²⁰.

Assim, tratando-se de paciente desprovido de competência por deficiência mental ou intelectual, o médico, entendendo que a decisão do responsável legal não é a melhor para o paciente, poderá solicitar a apreciação do Poder Judiciário visando o melhor interesse do indivíduo. Tal possibilidade foi apontada na exposição de motivo da Resolução CFM 2.232/2019²¹, que tratou da recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente, priorizando a dignidade do paciente incapaz, menor de idade ou adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estar representado ou assistido.

A resolução estabelece que, havendo discordância insuperável entre o médico e o representante, assistente legal ou familiares do paciente quanto à terapêutica proposta, o médico deve comunicar o fato às autoridades competentes (Ministério Público, polícia, conselho tutelar etc.), visando a melhor alternativa para o paciente²¹.

Como visto, em situações em que o paciente não tem capacidade e/ou competência para decidir os rumos dos cuidados assistenciais, supre-se o consentimento por meio da figura do representante legal (art. 22 e 31 do Código de Ética Médica – CEM)²², que, em geral, é um acompanhante ou familiar próximo (cônjuge, filhos, pais)²³. Nesse momento, por vezes, os médicos se deparam com um problema, diante da ausência de critérios legais para escolher o representante, especialmente quando há divergência de opinião entre familiares.

Não são incomuns opiniões conflitantes entre filhos em relação às condutas que devem ser tomadas no atendimento de seus pais. Mesmo entre pais, por vezes, surgem impasses. Da mesma forma, observam-se, não raramente, conflitos entre pais de paciente, ou filhos de casamento anterior, e cônjuge atual²³.

Nos casos em que há conflito de opiniões entre familiares, se o paciente incapacitado de expressar livre e autonomamente sua vontade não designar um representante para tal fim e não expressar ao

médico assistente antecipadamente suas diretivas de vontade, o CFM recomenda levar a situação para instâncias éticas colegiadas, nos termos do art. 2º, § 5º da Resolução CFM 1.995/2012:

*art. 2º (...) § 5º não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente*²⁴.

Assim, em síntese, uma vez presentes os requisitos legal e cognitivo, isto é, capacidade e competência para decidir, a manifestação de vontade do paciente/representante de interromper o tratamento deve ser considerada válida, ressalvadas as hipóteses legais de provimento judicial substitutivo do melhor interesse do paciente, devendo-se passar à análise da possibilidade de concessão da alta propriamente dita.

Direito do paciente versus dever médico

As máximas “o direito de um acaba onde começa o direito do outro” e “a todo direito corresponde um dever” nos convidam a reflexões legais e éticas acerca dos conflitos de direitos e da necessidade de ponderação destes²⁵, buscando a precisa delimitação de cada um entre tantos existentes.

Não é à toa que a alta a pedido traz tantos questionamentos aos conselhos de medicina. Se, por um lado, existe a autonomia do paciente, que lhe confere o direito de interromper os cuidados assistenciais em regime de internação, conforme art. 31 do CEM²², a garantia constitucional da liberdade de locomoção e de nada ser obrigado a fazer ou deixar de fazer, senão em virtude de lei (art. 5º, inc. II e XV da Constituição Federal)¹⁶; por outro, há o dever do médico de tudo fazer em prol da saúde e vida do paciente (art. 32 do CEM)²², a obrigação de prestar assistência à pessoa inválida ou ferida em grave e iminente perigo (art. 135 do Código Penal)²⁶, sob pena de responder por omissão de socorro, e o direito de intervir, ainda que contra a vontade do paciente, no caso de iminente perigo de morte (art. 146, §3º, I, do Código Penal)²⁶.

Para guiar-se nesse embate relacionado à alta a pedido, deve-se sempre verificar, em primeiro lugar, se a descontinuidade do tratamento hospitalar resultará em risco iminente de morte ao paciente. Eis aqui o divisor de águas para concessão ou não da alta. Não havendo risco iminente de um desfecho letal, o pedido de alta deve ser atendido, ainda que o médico assistente lhe seja contrário por entender que a aludida interrupção do tratamento hospitalar acarretará algum prejuízo ao paciente.

É oportuno citar a conclusão do conselheiro Marco Segre, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), consignada no Parecer 14.206/1997: hospital não é prisão e a alta médica não é alvará de soltura²⁷. Trata-se, pois, de privilegiar o princípio da autonomia, que, na lição do professor Genival França, confere ao paciente o *direito de ser autor do seu próprio destino e de optar pelo caminho que quer dar a sua vida*²⁸, não cabendo ao médico, nesse caso, qualquer conduta paternalista de outrora, sob a bandeira da beneficência.

No entanto, esse mesmo direito de o indivíduo conduzir sua vida e dispor do seu corpo da forma que preferir sofre limitações na medida em que há também um dever de viver, imposto pelo ordenamento ético-jurídico, não sendo autorizado a ele atentar, direta e imediatamente, contra sua própria existência, ainda que sua tentativa não seja punível, a exemplo do que acontece com o suicídio. Tal dever de viver ganha expressão, no ambiente hospitalar, se a decisão do paciente de interromper o tratamento levar a um risco iminente de morte, circunstância em que a alta a pedido deve ser negada de forma categórica.

O art. 31 do CEM corrobora o entendimento aqui exposto ao dizer que é vedado ao médico *desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*²². Além disso, o art. 146 do Código Penal, ao tratar do constrangimento ilegal, autoriza a *intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida*²⁶.

Nesses casos, o risco de morte deve ser iminente, ou seja, atual e provável. Entende-se que atual é aquilo que ocorre em tempo presente, próximo, imediato. Já o provável é diferente do

possível, na medida em que este último expressa que “pode ocorrer”, enquanto o primeiro significa que “deve ocorrer”, isto é, existe razoável certeza quanto ao desfecho letal com base nas evidências científicas. Nesse ponto, considera-se relevante analisar as ponderações do expoente penalista Nelson Hungria acerca da intervenção médica diante do iminente risco à vida:

*Não basta um simples perigo à saúde, nem um remoto ou incerto perigo de vida. Cumpre que a intervenção médica ou cirúrgica se apresente necessária, urgente, inadiável, para conjurar a iminência da morte do paciente. É preciso que exista a realidade objetiva, concreta, do perigo de vida, que, certa ou muito provavelmente, segundo a indicação científica, será debelado pelo tratamento a aplicar. Não é suficiente uma possibilidade mediata do evento letal ou condicionada a eventuais complicações. Torna-se desautorizado o tratamento arbitrário mesmo nos casos em que, embora previsível a morte do enfermo, tenha este um período mais ou menos prolongado de sobrevivência*²⁹.

É importante ressaltar que a autorização legal para intervir mesmo contra a vontade do paciente está circunscrita ao risco iminente de morte, não sendo extensiva a toda e qualquer ocorrência de dano, ainda que grave e irreparável, se este não representar ameaça iminente de morte.

Assim, se um paciente diabético procurar uma emergência hospitalar para tratar uma úlcera no pé decorrente de comprometimento vascular causado pelo diabetes (doença arterial obstrutiva periférica – Daop) e, no curso do internamento, resolver solicitar alta médica antes da indicada cirurgia de revascularização, mantendo seu intento mesmo após informado quanto à necessidade da abordagem cirúrgica e ao risco de amputação do pé, caso tratado inadequadamente, não há como negar-lhe a alta a pedido, ainda que dela resulte dano grave e irreparável com a progressão do comprometimento vascular, consistente na amputação do membro, a respeito do qual o médico não pode ser responsabilizado.

Esse entendimento está assentado no Parecer Cremesp 51.723/2005, que, ao abordar a questão específica dos riscos da alta a pedido, afirma que, (...) estando presente a imprescindibilidade da internação hospitalar para garantia do tratamento e da salvaguarda da vida e da integridade física

e mental do paciente, a alta a pedido, contrária, portanto, à decisão médica, implica uma situação cujo risco o profissional não é obrigado a assumir³⁰.

A alta a pedido contrária à indicação médica sempre acarretará risco de agravamento do estado de saúde do paciente⁵. Se existisse a possibilidade de tratamento ambulatorial adequado, não haveria motivos para se opor ao pedido do paciente, uma vez que alta a pedido não se confunde com a recusa de tratamento. Por certo, a alta a pedido pode ser motivada pela recusa a qualquer tratamento proposto em regime de internação, mas nem toda recusa de tratamento leva à alta a pedido. O paciente pode, por exemplo, apenas recusar o tratamento proposto e estar disposto a outras opções terapêuticas disponíveis no ambiente hospitalar.

Em síntese, compilando as manifestações dos conselhos de medicina acerca da alta a pedido, extrai-se que o médico, discordando quanto à concessão da alta, deve inicialmente buscar a motivação do paciente/responsável, visando, se possível, demovê-lo desse intuito. Para isso, o médico deve informar o paciente sobre quadro clínico, opções diagnósticas e/ou terapêuticas disponíveis e possíveis consequências da interrupção dos cuidados assistenciais em regime de internação, entre outras dúvidas relacionadas ao caso.

Caso não obtenha êxito nesse convencimento, deve-se avaliar o risco iminente de morte advindo da interrupção da assistência hospitalar e, se ausente, o médico deve conceder a alta, privilegiando a autonomia do paciente. Se for constatado o aludido risco, o princípio da autonomia é suplantado pelo da beneficência e a alta médica deve ser negada.

O Parecer CFM 33/2000 indica que *o fato de tal doente não poder expressar a sua vontade é irrelevante, porque, mesmo havendo a prévia declaração do seu desejo de não ser tratado, o tratamento deve ser feito à revelia do paciente, no caso de haver iminente perigo de vida ou risco de morte pela omissão do tratamento*³¹. Já o Parecer 7/2019, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM-MG), afirma que *no caso do risco iminente à vida, a mesma [alta a pedido] não deverá ser acatada pelo médico, e sem o risco deverá ser autorizada pelo médico, após assinatura do termo de alta a pedido e amplo registro de toda evolução clínica e decisão por parte do paciente ou do seu representante legal, no prontuário médico*³².

De acordo com o Parecer 11/1997, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul (CRM-MS), (...) a única situação em que o médico não deverá, em hipótese alguma, concordar com a “alta a pedido” é aquela em que estiver bem demonstrada a situação de iminente perigo de vida ou grave risco à saúde do paciente⁴. O Parecer CRM-MG 54/2018 aponta que no caso de alta a pedido, sem colocar em risco a vida do paciente, nem o médico responsável nem o hospital podem ferir o princípio da autonomia do mesmo, cerceando seu direito de “ir e vir” (...). Esta é a linha a ser adotada, a não ser que ocorra risco iminente de morte, quando então a regra muda, privilegiando o esforço para salvar, em detrimento da autonomia do doente ou de sua família¹.

Nesse mesmo sentido, o Poder Judiciário tem se pronunciado: não cabe ao Poder Judiciário, no sistema jurídico brasileiro, autorizar ou ordenar tratamento médico-cirúrgicos e/ou hospitalares, salvo casos excepcionálíssimos e salvo quando envolvidos os interesses de menores. Se iminente o perigo de vida, é direito e dever do médico empregar todos os tratamentos, inclusive cirúrgicos, para salvar o paciente, mesmo contra a vontade deste, e de seus familiares e de quem quer que seja³³. (...) o profissional de saúde tem o dever de, havendo iminente perigo de vida, empreender todas as diligências necessárias ao tratamento da paciente, independentemente do consentimento dela ou de seus familiares³⁴.

Contrariando o entendimento apresentado, há apenas a opinião do conselheiro Marco Segre, registrada no Parecer Cremesp 41.848/1996³⁵ e aprovada pelo plenário, de que a autonomia do paciente deve ser respeitada mesmo diante do iminente perigo de morte, citando como exemplo a situação de testemunhas de Jeová que se recusam a aceitar transfusão de sangue.

Ainda que com as premissas supras, proponho que as respostas aos quesitos do consulente sejam as seguintes:

1º) *Iminente perigo de vida*

- a) *Desrespeitar os direitos do paciente para decidir livremente sobre sua própria vida? Exemplo: casos de pacientes que não desejam ser mais ventilados artificialmente quando em insuficiência respiratória.*
- b) *Quando houver perda de consciência, mas o paciente tiver esclarecido previamente ao médico*

até que limites de intervenção sobre ele serão aceitos, frente à um iminente perigo de sua vida, deverá o médico continuar respeitando os desejos do paciente? Exemplo: testemunhas de Jeová que se recusam a aceitar transfusão de sangue.

Resposta: Minha opção afirmativa, inequívoca, é pela alternativa b³⁵.

Entretanto, esse mesmo conselho, posteriormente, por meio do Parecer Cremesp 16.948/1999³⁶, mudou de orientação, manifestando-se no sentido de que a soberania da vontade do paciente só deve prevalecer quando inexistir iminente risco à vida.

Para solução do problema, é fundamental que se distinga a alta a pedido que não envolver iminente risco de vida, daquela em sentido contrário; somente através de avaliação e parecer técnico poderá haver tal distinção. No caso da primeira situação, a soberania da vontade do paciente prevalece, já que tem ele o direito de decidir sobre sua alta hospitalar³⁶.

Prescrição de medicamentos na alta a pedido

Uma situação que pode gerar dúvidas diz respeito ao fornecimento de receita ao paciente, quando a alta a pedido está sendo concedida com contraindicação do médico assistente, visto que há manifestações díspares dos conselhos de medicina.

O Parecer CRM-MG 124/2017³⁷ e o Parecer Cremesp 20.589/2000³⁸, por exemplo, desobrigam a prescrição de medicamentos nesse caso e dispõem que: (...) o paciente que, devidamente esclarecido e sem risco de vida iminente, assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento hospitalar, desobriga o profissional da obrigação de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita^{37,38}.

Outros documentos atuam em direção oposta, determinando a prescrição de medicamentos para uso pós-alta hospitalar como um direito do paciente, cuja recusa pelo médico só é possível quando a administração de medicamentos adequados ao caso for inviável fora do ambiente hospitalar ou possa ser prejudicial ao paciente, como transcrito no Parecer CRM-MG 54/2018: Ao sair do hospital, o paciente tem o direito, tanto quanto os demais enfermos, à receita, ao relatório de alta e ao atestado médico¹.

De acordo com o Parecer CRM-PR 2.651/2018, em caso hipotético, se o médico que não concorda

com a alta hospitalar de um paciente e entende que a manutenção de uma prescrição medicamentosa fora do ambiente da instituição pode ser prejudicial ao paciente, pode recusar-se a fazer a receita³⁹. Já para o Parecer 11/2019, do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb), têm sido consideradas como atitudes retaliativas e potencialmente prejudiciais à segurança do paciente, a não entrega de relatório médico detalhado e de receitas médicas, assim como qualquer tipo de discurso que possa ser interpretado como abandono do paciente a partir do momento da sua recusa ou da saída do hospital, ou que ele poderá enfrentar qualquer tipo de dificuldade adicional no caso de retorno à unidade ou que será tratado como persona non grata em novo atendimento¹⁰.

Sobre o tema, o art. 32 do CEM estabelece que é proibido ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente²², motivo pelo qual advém o dever de prescrever medicações possíveis e seguras para serem usadas fora do ambiente hospitalar, visando minimizar os danos advindos da interrupção do tratamento. Trata-se de uma medida de redução de danos.

Dessa forma, apesar das manifestações contrárias, o médico assistente, concedendo a alta a pedido, ainda que a ela tenha se oposto, deve continuar zelando pela saúde e pelo bem-estar do paciente na medida do possível²². Ele deve fornecer, além do relatório de alta detalhado, orientações quanto a sinais/sintomas de alerta, prescrição de medicações que o caso requer, informar se podem ser administradas fora do regime hospitalar e, principalmente, deixar o paciente à vontade para retornar à unidade assistencial e retomar o tratamento, se assim desejar futuramente.

Agindo dessa forma, o médico estará não só cumprindo com zelo seu dever, como também evitará possíveis questionamentos ético-jurídicos relacionados à sua prática.

Terminalidade da vida

Como já exposto, a regra é que a autonomia do paciente seja respeitada, salvo no caso de risco iminente de morte, quando a alta a pedido

deve então ser negada. Entretanto, excepcionalmente, é possível aquiescer ao pedido de alta do paciente ainda que haja risco iminente de morte em caso de estado terminal por doença grave e incurável, segundo o conhecimento científico contemporâneo, desde que assegurados os cuidados paliativos, nos termos da Resolução CFM 1.805/2006.

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

(...)

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar⁴⁰.

Estado terminal é entendido como uma condição irreversível, independentemente de tratamento, com alta probabilidade de morte em um período relativamente curto⁴¹. Trata-se aqui, na lição do teólogo Leo Pessini⁴², de render-se à finitude da vida, conferindo dignidade à pessoa humana que opta por recusar um tratamento fútil, por vezes doloroso, que em nada alterará o prognóstico da doença.

O avanço tecnológico vivenciado na medicina hodierna pode implicar obstinação terapêutica, retratada na adoção de medidas desproporcionais que prolongam a vida e o sofrimento do paciente em estado terminal, sem proporcionar benefícios reais²⁴. A obstinação terapêutica pode impedir a ortotanásia (morte no seu tempo certo), e o estabelecimento de limites para intervenção médica busca afastar a distanásia (postergação do processo de morrer), iniciando e/ou continuando uma intervenção terapêutica, contrária à vontade do paciente em estado terminal, que visa tão somente retardar o desfecho letal.

O Parecer Cremeb 20/2018⁴¹, ao tratar das diretivas antecipadas de vontade (também conhecidas como testamento vital), abordou a “ordem de não reanimar”, estabelecendo que, diante de uma parada cardiopulmonar (situação de iminente risco de morte), o médico pode não tentar ressuscitar um paciente incurável em estado terminal, caso ele tenha manifestado antecipadamente o desejo de não ser submetido a tal intervenção.

Observa-se que, nas circunstâncias ora delineadas, não foram mencionados eutanásia (utilização de meios para abreviar a vida), procedimento vedado em nosso ordenamento ético-jurídico (art. 41 do CEM²² e art. 121, § 1º do Código Penal²⁶), omissão de socorro (art. 135 do Código Penal²⁶), tampouco abandono do paciente (art. 36 do CEM²²), pois os cuidados paliativos devem ser administrados, visando evitar sofrimento, dor e previsíveis complicações do curso natural da doença.

Diante do exposto, o pedido de alta hospitalar deve ser concedido na hipótese de terminalidade da vida, ainda que haja risco iminente de morte, mediante, sempre que possível, instituição do cuidado domiciliar (*home care*), permitindo ao paciente em fase terminal retornar à intimidade e ao aconchego do seu lar, ao lado dos que lhe são próximos, se essa for sua vontade.

Considerações finais

A alta a pedido impõe ao médico a análise de diversas variáveis que acompanham a solicitação, como: capacidade e competência do solicitante da alta; legitimidade representativa do familiar que faz o pedido diante da impossibilidade do paciente de manifestar sua vontade; mensuração do risco

à vida; possibilidade de prescrição de medicamentos para uso domiciliar, entre outras.

O risco iminente de morte é o fio guia para concessão ou não da alta. Não havendo risco iminente de um desfecho letal, o pedido de alta deve ser atendido, privilegiando a autonomia do paciente capaz e competente para escolher os cuidados assistenciais aos quais deseja ou não se submeter, ainda que o médico assistente lhe seja contrário por entender que a aludida interrupção do tratamento hospitalar acarretará algum prejuízo.

Se houver risco iminente de morte, a alta deve ser negada, salvo na situação peculiar de o paciente estar em estado terminal por doença grave e incurável, segundo o conhecimento científico contemporâneo. Nesse caso, a alta pode ser concedida, desde que assegurados os cuidados paliativos.

Ainda que o pedido de alta contrarie a indicação médica, o médico deve continuar zelando pela saúde e pelo bem-estar do paciente na medida do possível. Ele deve fornecer, além do relatório de alta detalhado, orientações quanto a sinais/sintomas de alerta, prescrição de medicações que o caso requer, informar se podem ser administradas fora do regime hospitalar e, principalmente, deixar o paciente à vontade para retornar à unidade assistencial e retomar o tratamento, se assim desejar futuramente.

Referências

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 54/2018: processo-consulta nº 56/2018 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/40tcUtA>
2. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Cremers 7/2018: alta administrativa (equivalente alta a pedido) [Internet]. Porto Alegre: Cremers; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/42OgjV8>
3. Mato Grosso do Sul. Tribunal de Justiça. Recurso em sentido estrito nº 0000606-38.2016.8.12.0008 [Internet]. Campo Grande: TJMS; 2017 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3zf6eD5>
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul. Parecer nº 11/1997 [Internet]. Campo Grande: CRM-MS; 1997 [acesso 26 jan 2023]. p. 1-2. Disponível: <https://bit.ly/3nwVVYN>
5. Cano MV, Barbosa HF. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2023];24(1):147-55. DOI: 10.1590/1983-80422016241116
6. Batista LL, Zanella AKBB, Pessoa SMF, Mota AP. Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2023];26(2):271-81. Disponível: 10.1590/1983-80422018262248
7. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2013 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/42Smrf6>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3IPqpV8>
9. Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul. Parecer nº 7/2018: processo consulta CRM/MS nº 25/2016 [Internet]. Campo Grande: CRM-MS; 2017 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3TQs4Xb>
10. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Processo consulta nº 000.019/2017 [Internet]. Salvador: Cremeb; 2019 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/40JV1pT>
11. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 1.883/2007 CRM-PR [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2007 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40qLVPO>
12. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso 26 jan 2023];22(8):1749-54. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800024
13. Vasconcelos C. Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020.
14. Meirelles AT, Fernandes L. A recusa a tratamento médico por convicção religiosa e a teoria do menor maduro: uma análise à luz do sistema jurídico brasileiro. Revista Científica da FASETE [Internet]. 2019 [acesso 26 jan 2023];1:109-33. p. 118. Disponível: <https://bit.ly/3zgfzut>
15. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2002 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3zhLxXk>
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3G10kcM>
17. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3KhS8qX>
18. Casado M, editora. Materiales de bioética y derecho. Barcelona: Cedecs Editorial; 1996. p. 115-6.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Parecer Cremerj nº 86/00 [Internet]. Rio de Janeiro: Cremerj; 2000 [acesso 26 Set 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3JU5NTU>
20. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2015 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3ZkP1Ty>
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.232/2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 113, 16 set 2019 [acesso 26 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3KipWEA>
22. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 26 jan 2023]. p. 27. Disponível: <https://bit.ly/40IcAqv>
23. Fontana-Rosa JC, Oliveira RA. O responsável legal é de fato o responsável? Um questionamento ético-legal sobre o termo. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2008 [acesso 26 jan 2023];54(3):279-82. DOI: 10.1590/S0104-42302008000300024
24. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/2Jvx9Tp>
25. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M, Førde R, Aasland OG. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. J Med Ethics [Internet]. 2018 [acesso 26 Set 2021];44(4):239-43. DOI: 10.1136/medethics-2017-104408
26. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1940 [acesso 26 jan 2023]. p. 30. Disponível: <https://bit.ly/40N8YmS>
27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 14.206/97 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 1998 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3KdZxYl>
28. França GV. Direito médico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2014. p. 41.

29. Hungria N, Fragoso HC. Comentários ao Código Penal, volume VI: arts. 137 ao 154. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 1980. p. 179.
30. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 51.723/2005 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2005 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <http://bit.ly/21rfSIB>
31. Conselho Federal de Medicina. Processo-consulta CFM nº 7.299/99: PC/CFM/Nº 33/2000 [Internet]. Brasília: CFM; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/3nxFvPw>
32. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 7/2019: processo-consulta nº 233/2018 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/3JMNtvC>
33. Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 595000373 [Internet]. Porto Alegre: TJRS; 1995 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3GOLBON>
34. Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70020868162 [Internet]. Porto Alegre: TJRS; 2007 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3zerrgl>
35. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 41.848/96 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 1997 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3TWWN4P>
36. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 16.948/99 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3nxzlil>
37. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 124/2017: processo-consulta nº 5.842/2016 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2017 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3M8XRAC>
38. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 20.589/00 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/40rFotN>
39. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 2.651/2018 CRM-PR [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3KhXWRm>
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006 [Internet]. Brasília: CFM; 2006 [acesso 26 jan 2023]. p. 1-2. Disponível: <https://bit.ly/3npGFN7>
41. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Parecer Cremeb nº 20/18 [Internet]. Salvador: Cremeb; 2018 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3zhCCFm>
42. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.

Anilton de Jesus Cerqueira – Graduando – aniltoncerqueira@yahoo.com.br

 0000-0002-4542-1963

Camila Vasconcelos de Oliveira – Doutora – camila.vasconcelos@ufba.br

 0000-0003-0847-0990

Correspondência

Anilton de Jesus Cerqueira – Faculdade de Medicina da Bahia, Praça XV de novembro, s/n, Largo do Terreiro de Jesus CEP 40025-010. Salvador/BA, Brasil.

Participação dos autores

Anilton de Jesus Cerqueira realizou a pesquisa e escreveu o artigo. Camila Vasconcelos de Oliveira orientou e revisou o artigo.

Recebido: 16.5.2022

Revisado: 26.1.2023

Aprovado: 28.1.2023