



ARTIGO DE REVISÃO

Aspectos éticos e legais na emergência

Ethical and legal aspects at the emergency department

Paulo R. Antonacci Carvalho¹, Lara de Araújo Torreão²

Resumo

Objetivo: Discutir aspectos éticos e legais das atitudes dos médicos em emergências e pronto-atendimentos baseados em códigos de conduta e estatutos legais vigentes no país.

Métodos: Os autores levantam questionamentos a partir de casos clínicos ilustrativos e fazem comentários utilizando o Código de Ética Médica, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Resultados: São abordados os direitos da criança enquanto paciente e o direito de informação dos pais; a questão do abuso e maus-tratos domiciliares e o dever do médico como denunciante de tal prática no interesse e proteção da criança; a responsabilidade médica mesmo em condições adversas de trabalho, bem como os cuidados do profissional na transferência de pacientes para outras instituições; o dilema entre não-adoçar e/ou retirar medidas de suporte de vida na emergência e o impedimento de atestar o óbito em situações de morte violenta; o exercício da autonomia e da tomada de decisões do paciente adolescente e os seus limites, incluindo as situações de quebra de confidencialidade.

Conclusões: Os comentários apresentados no artigo procuram esclarecer o pediatra no sentido de detectar conflitos éticos e legais no atendimento de emergência, bem como prepará-lo para tomar atitudes que obedeçam os códigos e estatutos vigentes e respeitem os direitos dos pacientes.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75 (Supl.2): S307-S314: defesa do paciente, direitos da criança, ética, emergências.

“Aqui neste pronto-socorro eu não ponho mais o pé. De jeito nenhum. O que eu vejo aqui é coisa que parecia só acontecer em filme de guerra...”

(Dr. A., em ‘A insuportável leveza da morte’)¹

Abstract

Objective: To discuss ethical and legal aspects of physicians' attitudes in emergency departments under the light of Brazil's codes and laws.

Methods: The authors raise questions based upon case reports and comment using the medical ethical code, laws that protect children and adolescents, hospitalized children and adolescents rights statement and medical federal council decisions.

Results: The authors discuss child patients' rights and the parents disclosure right; the problem of domestic violence and abuse and the physician duty to denunciate this kind of practice for the child security and protection; the medical responsibility even under workplace adverse conditions, as well as the concerns related to transportation of patients to another hospital; the dilemma between withholding and withdrawing life support measures at the emergency department and the prohibition to certificate death in violent death situations; the autonomy and decision-making capacity of adolescent patients and their limitations, including violation of confidentiality.

Conclusions: The commentaries presented in the article try to explain to the pediatrician how to identify ethical and legal conflicts in the emergency department and to prepare him (her) to assume attitudes based on codes and legal statements, as well as to respect the patient's rights.

J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75 (Supl.2): S307-S314: patient advocacy, child advocacy, ethics, emergencies.

Ao aceitarmos o convite para escrever sobre os aspectos éticos e legais do atendimento de emergência, sabíamos do desafio que teríamos pela frente, não só da tentativa de esclarecer sobre conceitos empregados nessa área, como principalmente da difícil tarefa de escrever de forma a prender a atenção do leitor.

Os conceitos usualmente empregados nas discussões éticas ligadas à assistência médica passam por diferenças culturais, sociais e econômicas, onde quer que sejam considerados. Assim, em países de cultura anglo-saxônica, mais notadamente nos EUA, onde prevalece o direito

1. Professor Adjunto do Dep. Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Médico Assistente da UTI Pediátrica do HCPA. Chefe do Serviço de Pediatria da Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2. Médica Assistente da UTI Pediátrica do Instituto da Criança, FMUSP. Membro da Comissão de Bioética do Instituto da Criança, FMUSP. Membro Efetivo da Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas, FMUSP.

à autonomia ou à autodeterminação do paciente, as discussões giram em torno do direito à recusa de tratamento na emergência, ou das diferenças éticas e morais entre não adotar ou retirar tratamento a pacientes com pouca esperança de sobrevida, ou ainda do direito à privacidade e à confidencialidade do paciente, mesmo na emergência²⁻⁶. No nosso país, busca-se ainda o respeito aos direitos do paciente e à sua dignidade, bem como às condições de trabalho e à autonomia do profissional. É frustrante para o médico não poder, muitas vezes, seguir os preceitos mais fundamentais de ética e moral na atenção às demandas dos pacientes devido à escassez de recursos e às incoerências do sistema de saúde vigente⁷.

As dificuldades começam pelo que se entende por emergência, urgência, pronto atendimento, passam pelos requisitos que cada tipo de atendimento exige, bem como pelos limites que cada um deles impõe. Um importante elemento de todo o processo de assistência à saúde é a relação médico-paciente, que nos pronto-atendimentos ou nas emergências tende a ser prejudicada. Nesses lugares, habitualmente, o contato anterior com o paciente é inexistente, os antecedentes clínicos são desconhecidos e o nível de ansiedade associado à própria situação dificultam uma boa relação^{5,7}. De acordo com resolução do Conselho Federal de Medicina sobre estabelecimentos para o atendimento a situações de urgência-emergência (resolução nº 1451/95), “urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. “Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Estabelece a referida resolução que *os estabelecimentos de pronto-socorro públicos e privados devem ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado*⁸. Assim, entende-se por pronto-socorro (PS) ou emergência aquele local preparado para o atendimento de pacientes com risco potencial ou iminente de vida ou com sofrimento intenso e que necessitam de tratamento médico imediato. As “urgências” seriam locais de atendimento de pacientes com agravo à saúde, sem risco iminente de vida, mas com necessidade de receberem cuidados médicos imediatos. Os pronto-atendimentos (PA) estariam preparados apenas para o atendimento de pacientes com necessidade de assistência médica, mas que não apresentam risco de vida. Nesses dois últimos locais poderia ser admitida espera ou marcação programada do atendimento, de acordo com a demanda, sem prejuízo para as condições do paciente.

Na prática, observa-se uma estruturação deficiente desses locais de atendimento de urgência-emergência, inclusive nos seus objetivos, como também em relação a equipamentos e recursos humanos, o que põe em risco

tanto a vida dos pacientes que buscam assistência, quanto a integridade profissional dos médicos que tentam exercer a sua função. Da mesma forma, devido ao descrédito e ao abandono do sistema de atenção primária à saúde da população, os pronto-socorros e as emergências se confundem com as “urgências” e os pronto-atendimentos, e são procurados indiscriminadamente por pacientes carentes de assistência médica (sem risco iminente de vida), que buscam resolução para os seus problemas de saúde, fazendo mau uso desses locais. No entanto, não cabe discutir neste artigo as causas e conseqüências do uso inadequado do sistema de urgência-emergência.

Ainda que esse sistema fosse mais organizado no nosso país, é especialmente nas emergências e nos pronto-socorros que os médicos revivem o sentimento do Dr. A., no *caput* do artigo¹, deparando-se diariamente com “escolhas de Sofia” e/ou decisões desumanas que muitas vezes não têm o preparo nem o direito de exercer.

Pensamos em discutir os aspectos da atuação médica na emergência que determinam conflitos de toda ordem. Com certeza, eles não esgotam o incontável número de situações com as quais o médico se depara nesses locais. Através de breves vinhetas, procuramos levantar questionamentos e comentar os conflitos éticos, morais ou legais identificados, com base em códigos de conduta e estatutos de conhecimento dos pediatras: Código de Ética Médica (CEM)⁹, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁰, Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (DDCAH)¹¹.

Caso 1. LSA, 4 anos, feminina, é atendida na emergência de hospital universitário pelo interno de plantão, trazida pela mãe, com queixas de febre, dor de cabeça e vômitos. Após a realização de exame clínico, frente a uma suspeita de meningite, é decidida a sua admissão na sala de observação e a realização de punção lombar. A menina é colocada em box de isolamento, sendo proibida a entrada de familiares. É mantida despida durante as três tentativas de punção lombar. Da sua chegada à emergência até as tentativas frustradas, mais três acadêmicos examinaram a criança, inclusive com pesquisa de sinais meníngeos, deixando a paciente mais assustada e irritada.

O acompanhamento da criança pelos seus pais é uma necessidade ou um direito dela?

Não somente pela necessidade que a criança tem de se sentir amparada e protegida, especialmente numa situação de maior fragilidade como a de doença, a companhia dos pais ou responsáveis é um imperativo legal, uma vez que os mesmos respondem juridicamente pela criança, considerada como indivíduo incompetente para a tomada de decisões. Por outro lado, considerando a admissão em sala de observação como hospitalização, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - artigo 12, *os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo*

integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, da mesma forma como na Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (DDCAH)¹⁰⁻¹². A permanência dos pais durante a realização de procedimentos não é usual, ficando a critério da equipe médica permití-la ou não. Um aspecto importante a ser considerado é o da ampla informação aos pais e à própria criança (de acordo com o seu nível de entendimento) no que se refere à doença e ao procedimento a ser realizado. De acordo com a DDCAH, todo paciente tem direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário, bem como direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida¹¹⁻¹². Ainda que na urgência seja eticamente facultada a realização de exames e procedimentos sem a necessidade de consentimento formal (consentimento presumido), é moral e eticamente desejável a informação ao paciente e aos pais para o estabelecimento de uma relação de confiança mais adequada^{5,7,13,14}.

Que outros direitos da criança deveriam também ser respeitados enquanto paciente?

A criança e o adolescente, tal como qualquer cidadão, devem ter todos os seus direitos constitucionais atendidos e respeitados, especialmente enquanto pacientes. *A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis* (artigo 15 - ECA)¹⁰. *O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais* (artigo 17 - ECA)¹⁰.

Embora pareça não ser tão importante a questão do pudor quando se trata de paciente pediátrico, o dever de inspecionar, apalpar, percutir, auscultar e observar o paciente, não dá ao médico o direito de expor o corpo da criança além do estritamente necessário à sua avaliação. O que para nós, profissionais de saúde, é algo eminentemente técnico e profissional, no caso a manutenção do paciente despido e exposto à observação clínica, para ele e familiares pode representar grande desrespeito e humilhação. De acordo com o artigo 63 do CEM, *é vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais*^{9,15}.

Da mesma forma, mesmo em se tratando de ambiente universitário, onde em geral circulam e intervêm acadêmicos das áreas de saúde, devem ocorrer atitudes humanas e profissionais que levem em consideração pelo menos respeito e bom senso na "utilização" do paciente como

meio de aprendizado. Compete a professores, orientadores e supervisores de atividades docentes orientação aos acadêmicos neste particular^{4,7}. A intervenção de ensino-aprendizado inoportuna ou inadequada pode ferir o paciente, de acordo com a DDCAH, no *direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral*^{11,12}. Por outro lado, as atividades de ensino em locais de emergência devem ser criteriosamente planejadas, de forma a evitar que alunos sejam expostos desnecessariamente a situações com as quais tenham dificuldades e limitações em lidar sem uma supervisão direta. Dessa forma, tanto os pacientes quanto os alunos estariam sendo potencialmente prejudicados⁷.

Caso 2. MMS, 3 anos, masculino, trazido por uma vizinha à emergência com manchas roxas pelo corpo. A mesma tem informações de que a criança é muito agitada e que se bate com muita frequência. Há 2 dias, a mãe e o padastro da criança, ambos alcoolistas e desempregados, teriam deixado a criança aos cuidados da vizinha por algumas horas, e não mais voltado. Aparentemente mal cuidada e muito emagrecida, mostra-se assustada. Ao exame, apresenta lesões de impetigo distribuídas pelo corpo, algumas lesões cicatriciais em palma de mãos e planta de pés. Região perineal e genital com hematomas e fissura anal. A pediatra de plantão suspeita de maus-tratos.

Quando e por que suspeitar de maus-tratos domiciliares?

A violência e os maus-tratos contra a criança, especialmente dentro do ambiente familiar, são uma realidade dura e difícil de aceitar, presente em todo o mundo e atingindo todas as classes sociais. Embora a família seja considerada, por definição, o ambiente mais seguro e mais protegido para a criança, na maioria das vezes é nessa mesma família que ocorrem abusos e violências para a mesma, numa doentia relação de cumplicidade entre agressor e agredido. As manifestações da violência doméstica variam desde a pressão emocional até as agressões físicas, passando inclusive pelo abuso sexual¹⁶. A presença de maus-tratos à criança nem sempre é tão evidente como no caso descrito, podendo ser manifestada por contusões, fraturas, queimaduras e rupturas de órgãos e por lesões permanentes que podem até levá-la à morte.

A presença de abuso e/ou maus-tratos deve ser suspeitada pelo médico quando a história referida pelos parentes que trazem a criança à consulta não é compatível com a gravidade das lesões presentes na mesma; o tempo decorrido entre o "acidente" e a procura pelo serviço médico é muito longo; existir história conflitante de diferentes parentes e/ou vizinhos; existirem lesões de diferentes "idades"; existirem lesões múltiplas, assimétricas, não explicáveis por um único trauma; ou quando o "acidente" ocorrido não for compatível com o desenvolvimento motor da criança¹⁷.

Que atitudes tomar em relação à preservação da segurança e do bem-estar da criança com suspeita de maus-tratos?

Mesmo que não exista outra justificativa clínica que venha a indicar a admissão da criança vítima de maus-tratos, a simples suspeita deles é motivo mais do que suficiente para a internação da mesma, buscando protegê-la e afastá-la do agente agressor até que os trâmites legais possam ser concluídos. De acordo com o ECA - artigo 13, *os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais*¹⁰. Assim, constitui infração administrativa deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (artigo 245 - ECA)¹⁰. Nesses casos, o médico não estaria infringindo o artigo 102 do CEM, sobre quebra de sigilo, uma vez que estaria agindo por dever legal^{4,15}.

Via de regra, as instituições de saúde têm constituídos comitês de proteção à criança e ao adolescente, para os quais o profissional que levanta a suspeita deve solicitar consultoria ou ajuda. Quando não existir o comitê, o Conselho Tutelar da localidade é o órgão que usualmente trata de investigar e tomar as providências legais cabíveis. De acordo com a gravidade e urgência da situação, o fato pode ser comunicado à autoridade mesmo por via telefônica, para que sejam tomadas providências imediatas. Nesses casos, a criança não pode ser entregue aos pais ou a qualquer outra pessoa antes que seja emitida autorização judicial à pessoa que for autorizada a retirar a criança.

Caso 3. BL, 5 meses, masculino, chega ao PS de pequena cidade da periferia de Porto Alegre em mau estado geral, com palidez, disfunção respiratória, sinais de desidratação, pulso filiforme e má perfusão periférica (enchimento capilar superior a 5 segundos). Médico de plantão diagnostica choque e prescreve expansão volumétrica rápida com soro fisiológico; após duas infusões em uma hora, criança não apresenta a melhora esperada. As condições do hospital local são muito precárias; médico informa à família das limitações locais e procura conseguir vaga de UTI em hospital da capital. Após algumas tentativas sem sucesso, coloca a criança em uma ambulância e a envia para hospital universitário a 60 km dali. A criança ainda tem má perfusão, taquipnéia e torpor; tem uma veia puncionada, onde flui a terceira solução fisiológica e é acompanhada pela mãe e pela atendente do PS.

No tratamento do paciente muito grave em locais com condições mínimas, de quem é a responsabilidade?

O caso descrito acima traduz uma situação freqüente no nosso meio, colocando a precariedade das condições do hospital e/ou do PS referidos como um retrato fiel da realidade do sistema de assistência à saúde pela qual passa o país. Entretanto, o médico pode ser (e, geralmente, é) responsabilizado pelas limitações no adequado atendimento das necessidades do paciente em função da precariedade dos recursos oferecidos pela instituição, uma vez que ele pode e deve exigir melhores condições de trabalho e de atendimento, se assim o considerar. De acordo com o artigo 23 do Código de Ética Médica (CEM), *é direito do médico se recusar a exercer a sua atividade em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente*⁹. Antes que possa ser surpreendido por uma infeliz situação de nada ou pouco poder fazer pelo paciente muito grave devido às condições precárias da instituição, e baseado no artigo 14 do CEM (*o médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde*), o médico tem o dever de denunciar as más condições de trabalho ao órgão competente, no caso, o Conselho Regional de Medicina, que procederá vistoria^{9,15}.

Assim, frente a um paciente muito grave, o médico não pode se recusar a prestar o atendimento sob risco de contrariar o que dispõem os artigos 7º, 35 e 58 do CEM. Dizem os mesmos: artigo 7º - *o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente*; artigo 35 - *é vedado ao médico deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria*; artigo 58 - *é vedado ao médico deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo*⁹.

A recusa do atendimento do paciente muito grave, além de constituir infração ao CEM, caracteriza ilícito cível e penal. Na esfera cível, a infração está prevista no capítulo II do Código Civil - dos atos ilícitos - artigo 159, que dispõe que: *aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar prejuízo, fica obrigado a reparar o dano*. No âmbito penal, configura crime de omissão de socorro, previsto no artigo 135 do Código Penal: *deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública*;

pena - detenção de um a seis meses, ou multa - parágrafo único: a pena é aumentada de metade se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Por outro lado, agindo de forma ética e consciente na assistência ao paciente muito grave, mesmo dentro das limitações que o ambiente e a situação lhe impõem, o médico deve tomar o cuidado de registrar em prontuário toda a avaliação e conduta tomadas em relação ao mesmo. O prontuário médico se constitui em verdadeiro dossiê que tanto serve para a análise da evolução da doença, como para o envio de informações no caso de transferência do paciente e, eventualmente, como defesa do profissional, caso ele venha a ser responsabilizado por algum resultado inesperado ou indesejado^{5,15}. Outrossim, constitui-se em infração médica *deixar de elaborar o prontuário médico para cada paciente*, de acordo com o artigo 69 do CEM⁹.

No processo de transferência de pacientes para hospital de referência, qual é a conduta eticamente adequada e de quem é a responsabilidade?

A transferência de pacientes para hospitais de referência ou com maiores recursos diagnósticos e terapêuticos é um processo lícito e desejável quando o médico que os assiste se depara com as limitações dos recursos disponíveis ou ao seu alcance. Entretanto, o referido processo deve ser realizado com prudência e responsabilidade, devendo envolver os profissionais que atendem o paciente, as instituições de origem e receptora, bem como os profissionais que o receberão¹⁸. Tudo deve ser realizado através de contatos instituição-a-instituição e médico-a-médico, e com o maior número de informações possível sobre as condições clínicas do paciente e os tratamentos já administrados, além da verificação de exigências mínimas para transporte de pacientes instáveis^{19,20}. No caso apresentado, além de não ter assegurada a vaga para o paciente no hospital de referência, o médico não só deixou de estabilizar as condições vitais do paciente para transportá-lo, como também deixou de providenciar acompanhamento médico durante o seu transporte, colocando-o sob risco de vida. Assim, o médico está infringindo o artigo 2º do CEM, que diz que *o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional*⁹. Ao deixar de enviar adequadamente ao centro receptor as informações relativas ao paciente, o médico está infringindo o artigo 71 do CEM, que diz *é vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado*⁹.

Parecer do Conselho Regional de Medicina / RS sobre a mesma matéria diz “tenho que a invocação de falta de leitos, inexistência de recursos técnicos ou financeiros por parte dos pacientes, para omitir o atendimento e ordenar

a remessa dos pacientes a outro hospital envolve o aspecto legal de omissão de socorro, infração penal capitulada no artigo 135 do Código Penal”²¹.

Caso 4. TMR, 7 meses, feminina, chega à emergência pós-afogamento em banheira, trazida pela mãe. Apresenta-se totalmente hipotônica, fria, sem reatividade, ausência de pulsos centrais. Mãe relata que tentou assoprar no seu nariz e que demorou não mais do que quinze minutos para chegar na emergência. Médica de plantão começa manobras de reanimação, utilizando ventilação com bolsa e máscara e massagem cardíaca. Após 10 minutos de manobras não houve qualquer resposta cardiorrespiratória. É constatado o óbito. Médica declara-se impedida de fornecer atestado de óbito e envia o corpo para o Instituto Médico Legal.

Quando não reanimar ou parar de reanimar o paciente que chega à emergência em parada cardiorrespiratória (PCR)?

A primeira parte da questão, “quando não reanimar?”, é um dos grandes questionamentos de socorristas e de médicos de emergência. A resposta não é fácil ou absoluta; depende de cada caso, de cada cenário, de cada equipe... Entretanto, uma afirmativa pode e deve ser feita: o atendimento pré-hospitalar e o socorrista, tanto quanto o atendimento de urgência e o médico de plantão não são os momentos e os profissionais adequados para fazer qualquer questionamento sobre começar ou não medidas de suporte de vida. Diferentemente do que ocorre na UTI, por exemplo, onde a decisão de não reanimar até pode ser adotada após avaliação mais demorada e profunda de cada caso em particular², na emergência a atitude de não adotar uma medida de urgência é mais criticável do que uma atitude de “parar de reanimar” após as tentativas cabíveis para aquele caso³. No mínimo duas razões justificam a atitude de reanimar prontamente o paciente que chega na emergência em PCR: a falta de informações sobre o paciente e sobre a ocorrência e o nível de expectativa que a sociedade tem para com o atendimento de emergência dedicado a cada indivíduo³. Por outro lado, a falta de critérios aceitos para a determinação imediata de morte, com raras exceções, apóia a necessidade de que se dê ao paciente o benefício da dúvida e se inicie a reanimação²². É evidente que existem situações em que as tentativas de reanimação seriam de absoluta futilidade, como na decapitação, no trauma de crânico com grande perda de tecido cerebral ou na presença de *rigor mortis*.

Quanto à segunda parte da questão, “quando parar de reanimar?”, também não existe uma conduta ou um tempo pré-estabelecidos. Inúmeros fatores podem concorrer para uma tomada de decisão da equipe da emergência: informações sobre a condição prévia do paciente, a causa da PCR, o local da PCR, o tempo estimado de PCR, a não resposta às medidas de reanimação adotadas, entre outros. Estudos

realizados em emergências que receberam crianças em PCR sugerem que 20²³ ou até 35²⁴ minutos de reanimação adequada sem retorno à circulação espontânea seria tempo suficiente para decidir pela interrupção da reanimação, uma vez que nenhum dos pacientes estudados sobreviveu após transcorrido esse tempo; um dos estudos sugere também que necessidade de mais do que duas doses de epinefrina sinalizaria para a decisão de não continuar a reanimação²³. Com certeza, a decisão de parar de reanimar em uma emergência deve ser tomada de forma consensual pelos integrantes da equipe de reanimação, levando em conta, também, se a família do paciente está suficientemente informada da evolução desfavorável do quadro⁵.

O caso descrito está caracterizado como de morte violenta? A médica procedeu de forma adequada ao não fornecer o atestado de óbito?

O atestado de óbito é o documento que tem como finalidade confirmar a morte, determinar a causa de morte e cumprir interesses de ordem civil e estatístico-sanitária. O Decreto nº 20931/32 proíbe o médico de *atestar óbito de pessoa a quem não tenha prestado assistência médica*, ficando os Serviços de Verificação de Óbitos encarregados de atestar a morte dos falecidos sem assistência médica¹⁵. Nos casos de morte violenta, entendida como aquela resultante de uma ação exógena e lesiva, mesmo tardiamente, a competência de fornecimento do Atestado de Óbito é dos Institutos Médico-Legais¹⁵.

Assim, no caso descrito, a suposta causa de morte - asfixia por afogamento - foi determinada por causa externa e lesiva à criança, caracterizando morte violenta. Ainda que lhe tenha prestado assistência, o fato causador é determinante de impedimento da profissional em fornecer o atestado de óbito, para não infringir o artigo 115 do CEM (*é vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta*)⁹.

Caso 5. MA, 15 anos, feminina, vem ao pronto atendimento (PA), acompanhada da mãe. Esta queixa-se que a filha vem apresentando febre, corrimento, prurido e dor na região genital. Por conta própria, tratou como candidíase vaginal há 1 semana sem sucesso. O médico explica à mãe a importância da consulta privada somente com a jovem; apesar de inconformada, a mãe se retira da sala. A adolescente relata que mantém relações sexuais com o namorado há 4 meses sem proteção. Ao exame físico ela está em bom estado geral, com sinais vitais sem alteração, afebril, cooperativa, sem dados positivos. Ao exame ginecológico nota-se a presença de pequenas úlceras nos grandes lábios e na vulva sugestivas de herpes. São coletados os exames pertinentes à hipótese diagnóstica.

O médico pode ou deve contar à mãe da adolescente o que se passa com a mesma?

A relação médico-paciente no PA é complicada pelas características do ambiente, do tipo de atendimento descontinuo e pela ausência de vínculo prévio. Embora em situações de emergência aceite-se o consentimento presumido ou implícito pelo caráter da situação, o respeito à autonomia torna o médico do PA mais próximo do paciente²⁵. O consentimento informado permite ao paciente participar da decisão, com base nos seus princípios, valores e objetivos, promovendo-lhe um maior bem-estar. Para tanto, o adolescente deve ser considerado competente, maduro em relação à tomada de decisões¹³. Em termos legais, o Código Civil brasileiro considera os menores de 16 anos absolutamente incapazes e os de 16 a 18 anos relativamente incapazes. Atualmente, na medicina de adolescentes, discute-se a competência ou o “menor maduro”. Este conceito implica em ter um nível emocional e cognitivo suficiente para consentir, negar ou escolher o tratamento em relação à sua própria saúde. Desse modo, considerando o menor como pessoa capaz, é de extrema importância garantir-lhe confidencialidade e privacidade, que caracterizam o sigilo médico^{26,27}. Esse direito é respaldado no CEM, artigo 103, que veda ao médico *revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente*⁹. Segundo Fortes²⁸, há uma diferença ética e jurídica em relação a esta capacidade. É definida como a maioridade sanitária e maioridade legal. O CEM não cita limites de idade, ficando implícita a maioridade sanitária. A confidencialidade encoraja os “pacientes-menores” capazes a descrever seus problemas, estabelecendo uma melhor relação médico-paciente e tornando mais fácil a tarefa do médico em ajudá-los^{4,13}.

Neste caso, o médico respeitou a individualidade e a privacidade da adolescente quando solicitou à mãe que se retirasse do consultório. É seu dever informar, que se trata de uma doença sexualmente transmissível e, portanto, o tratamento é obrigatório e extensivo ao parceiro. Informar, ainda, dos riscos da doença se não tratada adequadamente e insistir pelo uso de alguma proteção durante a relação sexual. E explicar a importância da realização da sorologia para HIV dela e do parceiro. É difícil para o médico do PA, que não tem vínculo prévio, avaliar o grau de competência desta adolescente. Mas no momento em que se admite a privacidade e a confidencialidade, obviamente se admite a capacidade do indivíduo em entender e poder ajudar na resolução do seus problemas²⁶. Portanto, não há necessidade de quebra de sigilo se a adolescente tiver condições de seguir o tratamento e as orientações. A quebra do sigilo é aceita quando há risco de vida para o adolescente ou terceiros ou, ainda, situações de risco como uso de drogas, ideação suicida, entre outros⁴. O

médico deve encaminhá-la para seguimento em ambulatório de adolescentes para melhor orientação da sua sexualidade e anticoncepção.

Caso 6. PRM, 14 anos, feminina, chega ao PA com queixa de vômitos, fraqueza e dor abdominal. Nega febre, diarreia. Refere que a menarca ocorreu há mais ou menos 8 meses, mas tem um ciclo irregular e há 2 meses está amenorréica. Admite que mantém relações sexuais sem proteção. Quando questionada sobre o fato de estar só no PA, refere que avisou a mãe no trabalho e que a mesma estará chegando a qualquer momento. Ao exame físico, paciente está em regular estado geral, desnutrida, afebril e algo desidratada. Ao exame físico segmentar, tem abdome inocente, sem outras alterações. Quando o médico alerta sobre a possibilidade de gravidez, a adolescente implora ao médico que não conte à mãe. O exame de ultrassom pélvico revela gravidez.

O médico pode ou deve revelar à mãe da adolescente o que se passa com a mesma?

A gravidez gera implicações biológicas e psicossociais para a mãe adolescente e seu filho. Isso vem ocorrendo com uma frequência cada vez maior no Brasil, e inúmeras são as razões da gravidez precoce: as relações sexuais estão acontecendo mais cedo, ocorre maior desagregação familiar e existe ainda ignorância em relação aos métodos de prevenção²⁹. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, pois tem uma maior morbi-mortalidade por complicações na gestação, no parto e no puerpério. Portanto, quanto mais precoce o pré-natal, maior a chance de diminuir a incidência de complicações. Mesmo nos EUA, onde a gravidez emancipa o adolescente perante a lei, o envolvimento dos pais é desejável³⁰.

Neste caso, entende-se o medo da jovem em contar a gravidez aos pais, que, provavelmente, não sabem da sua atividade sexual. A maioria tem medo da reação dos pais, que pode ser de desapontamento, frustração, abandono e até agressão. Assim, cabe ao médico explorar essas possibilidades e encorajá-la para que ela própria conte o fato aos seus responsáveis, ou servir de intermediário à pedido da adolescente para revelar a gravidez à família. A exceção caberia em casos de abuso sexual por membro da família, em que mantém-se a confidencialidade para proteção da menor, enquanto encaminham-se os procedimentos corretos³⁰. A gravidez é uma das situações consideradas de risco que limita a autonomia do adolescente e permite a quebra do sigilo, sendo informado previamente de que isto ocorrerá. Nas situações de grande envolvimento afetivo ou moral, o médico deve avaliar a capacidade de solução do menor e a maneira de entendimento dos familiares, que sejam mais compreensivos. Dessa forma não estará infringindo o artigo 103 do CEM, sobre quebra de sigilo profissional¹⁵. Outras situações semelhantes incluem abuso de drogas, não adesão ao tratamento

recomendado, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros (HIV, homicídio) e procedimentos invasivos^{4,27}.

Concluindo, pode-se considerar que conflitos éticos e legais são uma presença constante na atuação dos profissionais da área da saúde. Os casos apresentados mostram parte da realidade do cotidiano do pediatra que atua na “linha de frente” da assistência. Os questionamentos e comentários enfocando os direitos e deveres de pacientes e profissionais procuram alertar o pediatra no sentido de detectar esses potenciais conflitos nos atendimentos de urgência, bem como prepará-lo para a tomada de atitudes que respeitem os direitos dos pacientes e obedeçam aos códigos e estatutos vigentes.

Referências bibliográficas

1. Revista Veja. A insuportável leveza da morte. Elio Gaspari. Veja 1993;33:42-51.
2. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética 1993;1:129-38.
3. Iserson KV. Withholding and withdrawing medical treatment: an emergency medicine perspective. Ann Emerg Med 1996; 28:51-4.
4. Larkin GL, Moskop J, Sanders A, Derse A. The emergency physician and patient confidentiality: a review. Ann Emerg Med 1994; 24:1161-7.
5. American College of Emergency Physicians: code of ethics for emergency physicians. Ann Emerg Med 1997; 30:365-72.
6. Walsh-Kelly CM, Lang KR, Chevako J, Blank EL, Korom N, Kirk K et al. Advance directives in a pediatric emergency department. Pediatrics 1999; 103:826-30.
7. Núcleo Interinstitucional de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. URL: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/bioetica.htm>
8. Brasil. Resolução Conselho Federal Medicina nº 1451/95. DOU, 17 de março de 1995.
9. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1246, de 8 de janeiro de 1998.
10. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990.
11. Brasil. Resolução 41/95 do Ministério da Justiça, 13 de outubro de 1995.
12. Carvalho PRA, Ceccim RB. Comentando os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. In: ____, ____, coord. Criança Hospitalizada - atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Ed. da Universidade; 1997. p.185-91.
13. Committee of Bioethics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995; 95:314-7.
14. Procionoy RS, Carvalho PRA, Piva JP, Garcia PCR. Decisões sobre a criança em UTI - participação da família. J pediatr (Rio J) 1995; 71:6-10.
15. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan SA; 1997.
16. Duffy SJ, McGrath ME, Becker BM, Linakis JG. Mothers with histories of domestic violence in a pediatric emergency department. Pediatrics 1999;103:1007-13.
17. Abramovici S, Ferreira AVS. Criança espancada. In: Troster EJ, Abramovici S, Pinus J, Stape A. A criança politraumatizada. São Paulo: Ed. Roca Ltda; 1994. p.1774-8.
18. American College of Emergency Physicians: appropriate inter-hospital patient transfer. Ann Emerg Med 1997; 30:365.

19. Facury RR, Carvalho PRA. Sistema de referência e contra-referência de pacientes criticamente doentes. In: Carvalho P, coord. *Manual de Terapia Intensiva II*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994. p.30-2.
20. Freddi NA. Condições mínimas para transporte de pacientes criticamente doentes. In: Carvalho P, coord. *Manual de Terapia Intensiva II*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994. p.33-6.
21. Conselho Regional de Medicina / RS. Remoção de paciente é responsabilidade do médico. *Arq Cons Region Med do PR* 1992; 9:147-8.
22. American Heart Association. Ethical and Legal Aspects of CPR in children. In: AHA. *Pediatric Advanced Life Support Textbook*. Dallas: AHA; 1997.
23. Schindler MB, Bohn D, Cox PN, McCrindle BW, Jarvis A, Edmonds J et al. Outcome of out-of-hospital cardiac or respiratory arrest in children. *N Eng J Med* 1996; 335:1473-9.
24. Scribano PV, Baker MD, Ludwig S. Factors influencing termination of resuscitative efforts in children: a comparison of pediatric emergency medicine and adult emergency medicine physicians. *Pediatric Emerg Care* 1997; 13:320-4.
25. Moskop JC. Informed consent in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:327-40.

26. Saito MI, Leal MM, Silva LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)*, 1999;21:112-6.
27. Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatria* 1999;17: 95-7.
28. Fortes PAC. *Ética e Saúde*. 1ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda; 1998.
29. Correa MGBM, Coates V. Gravidez. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. *Medicina do Adolescente*. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1993. p.259-63.
30. Jacobstein CR, Baren JM. Emergency department treatment of minors. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:341-52.

Endereço para correspondência:

Dr. Paulo R. Antonacci Carvalho

Av. Encantado, 249 - Porto Alegre - RS - CEP 90470-420

Fone(fax): 51 - 330.6334

E-mail: carvalho@conex.com.br