Globethics Repository

Alta por solicitud contra indicación médica sin riesgo inminente de muerte [Request for a medical discharge order against medical advice without imminent risk of death]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Vicente Cano, Mariana
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-16 03:11:47
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/236878

Alta por solicitud contra indicación médica sin riesgo inminente de muerte

Mariana Vicente Cano[1], *Hermes de Freitas Barbosa*[2]

Resumen

La respuesta a la solicitud de alta de parte del paciente, contraria a la indicación médica, sin riesgo inminente de muerte, apunta a garantizar su autonomía. No obstante, no se trata de un tema poco polémico. El objetivo de este estudio fue caracterizar la conducta del médico ante el pedido de alta. Se realizó un estudio de caso, de carácter cualitativo, a partir de entrevistas individuales semi-estructuradas con médicos asistentes del hospital público universitario. Se realizaron ocho entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas, y los datos se trabajaron a partir del análisis de contenido. Se concluyó que los entrevistados consideran importante aclarar al paciente los riesgos de su decisión, la cual deberá ser respetada en caso de que se sostenga; reconocen también la importancia de la documentación de alta y la imposibilidad de emitir recetas cuando no existe una alternativa científicamente reconocida. Se evidencia, además, la preocupación del médico en relación a las consecuencias legales de atender la petición del paciente.

Palabras-clave: Alta del paciente. Autonomía personal. Bioética.

Resumo

Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte

O atendimento à solicitação pelo paciente de alta a pedido contra indicação médica, sem risco iminente de morte, nada mais é do que garantir a autonomia desse paciente. Entretanto, não se trata de tema pacífico. O objetivo deste trabalho foi caracterizar a conduta do médico diante da alta a pedido. Realizou-se estudo de caso qualitativo, a partir de entrevistas individuais semiestruturadas com médicos assistentes de hospital público universitário. Foram realizadas oito entrevistas, gravadas e transcritas, e os dados, trabalhados por análise de conteúdo. Concluiu-se que os entrevistados consideram importante esclarecer o paciente acerca dos riscos de sua decisão, que deverá ser respeitada caso a mantenha; reconhecem também a relevância da documentação de alta e a impossibilidade de emitir receita quando não há alternativa cientificamente reconhecida. Evidencia-se, ainda, a preocupação do médico quanto às implicações legais de atender ao pedido do paciente.

Palavras-chave: Alta do paciente. Autonomia pessoal. Bioética.

Abstract

Request for a medical discharge order against medical advice without imminent risk of death

The response to the request by a patient for a medical discharge order against medical advice without imminent risk of death is no more than respecting the autonomy of this patient. Yet this is not a peaceful issue. The objective of this study was to describe the conduct of doctors facing demands for medical discharge. A qualitative type case study was conducted based on semi-structured individual interviews with assistant doctors of the public university hospital. Eight interviews were recorded and transcribed, and the data was analyzed by content analysis. The data revealed that the interviewees stressed the importance of informing the patient about the risks of their decision, which should be respected if he or she maintains his position; and also highlighted the importance of documenting the discharge and the impossibility of issuing prescriptions when there is no scientifically recognized alternative. The concern of the doctor regarding the legal implications of accepting the patient's request was also noted.

Keywords: Patient discharge. Personal autonomy. Bioethics.

Aprovado CEP HC-FMRP-USP 10.154/2011

1. **Graduanda** marianavcano@yahoo.com.br **2**. **Doutor** hfbarbosa@fmrp.usp.br – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Correspondência
Hermes de Freitas Barbosa – Departamento de Patologia e Medicina Legal, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3.900, Bairro Monte Alegre CEP 14049-900. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

En la última década, la intensificación de los debates sobre los límites de la autonomía del paciente es un hecho notorio en la sociedad brasilera, principalmente en los consejos de medicina. La prueba de eso son los dispositivos del Código de Ética Médica (CEM), los cuales rigen desde 2010 [1]. Entre otras cosas, la reglamentación deja en claro que el paciente debe tener su autonomía privilegiada, inclusive en casos de enfermedad terminal, considerando que el médico debe cumplir el deber de informar el cual está obligado.

En ese sentido, se puede citar también la Resolución 1.995/2012 del Consejo Federal de Medicina (CFM), que reglamente el derecho del paciente de dejar registradas sus directivas anticipadas de voluntad [2]. A pesar de los avances, son innumerables los casos relacionados con la autonomía del paciente en los cuales el médico no consigue determinar, con un mínimo de seguridad ético-jurídica, la mejor decisión a tomar. Obviamente, existen situaciones particulares, que sólo pueden ser decididas frente al caso concreto. Entre tanto, es deseable un mínimo de direccionamiento en la conducta, bajo la pena de inviabilizar la práctica médica, además de las interminables posibilidades de responsabilización en las esferas civil, penal y ética.

Desde el punto de vista jurídico, la autonomía del paciente para rechazar el tratamiento deriva del principio de legalidad, determinado en el parágrafo 2º del artículo 153 de la Constitución Federal, que dice: *Nadie será obligado a hacer o dejar de hacer alguna cosa sino en virtud de ley…* [3]. Eso significa que el paciente solamente será obligado a someterse a un tratamiento en el caso de que hubiese una ley que así lo determinase.

En el Estado de São Paulo, el entonces gobernador Mário Covas sancionó la ley que más tarse llevaría su nombre: la Ley Estadual 10.241/1999, que define los derechos de los usuarios de los servicios de salud del estado de São Paulo. Algunos incisos de su artículo 2º están íntimamente relacionados con el asunto en pauta, en espacial, el VII, en el cual son asegurados al paciente los derechos de *consentir o recusar, de forma libre, voluntaria y esclarecida, con adecuada información, procedimientos diagnósticos o terapéuticos a ser en el realizados* [4]. En el ámbito federal, en el mismo espíritu de la Ley Covas, se destaca el Decreto 1.820/2009 del Ministerio de Salud [5], que dispone sobre los derechos y deberes de los usuarios de la salud. El artículo 4º asegura en sus incisos: la elección del lugar de muerte; el derecho a la elección de la alternativa de tratamiento, en el caso de que hubiese, y la consideración de la recusa del tratamiento propuesto. Finalmente, el CEM reafirma, en sus artículos 22, 24 y 31, que el médico sólo podrá dejar de respetar el derecho del paciente en caso de inminente riesgo de muerte. Eso significa que, por mayor que sea su intención de beneficiar al paciente, el médico no puede negar el alta, en caso de que la solicite contra una indicación médica y no haya riesgo de muerte inminente.

Frente a eso, se lavanta una pregunta: desde el punto de vista jurídico, ¿los médicos estarían seguros de qué hacer en esa situación? En otra palabras, ¿qué actitud el médico consideraría jurídicamente adecuada cuando el paciente solicita el alta a pedido en contra de una indicación médica, sin riesgo inminente de muerte? Como decimos, aunque muchas veces tenemos que atenernos al caso concreto, hay que establecer un norte; porque, si los propios médicos no consiguen dar un encaminamiento a esa situación, ¿qué se puede esperar de los operadores del derecho, o sea, los jueces, promotores y abogados, que no tienen vivencia de la realidad médica?

Referencial teórico

El alta hospitalaria es un acto privativo del médico, como define Rey [6] y conforme a lo dispuesto en el artículo 4º, inciso XI, de la Ley 12.842/2013, conocida como la Ley del Acto Médico [7]. Por eso, el Parecer-Consulta CRM-SP 41.848/1996 del consejero Donizetti Dimer Giamberardino (hijo), por ejemplo, especifica que la denominación "alta a pedido" no es adecuada, que en tesis sería indicada por el propio paciente. Se sugiere utilizar preferencialmente el término "recusa de tratamiento". En efecto, el paciente no tiene habilitación técnica, tampoco legal, de hacer su propia evaluación clínica y concederse a sí mismo el "alta hospitalario" [8].

Con todo, el hecho de que las "hojas de alta hospitalaria" estandarizadas, presentes en los hospitales de todo el país, traen solamente las siguientes opciones para que el paciente deje el hospital: 1) alta por orden médica; 2) alta por licencia; 3) alta por transferencia; 4) alta por pedido; 5) alta por fuga; 6) alta por óbito. El documento de alta debe ser siempre firmado por el médico, independientemente de concordar o no con su concesión. De esa forma, a pesar de la inadecuado, el término "alta a pedido" consta de la hoja de alta y hoy se tornó una realidad en el día a día del trabajo médico.

Cabe aquí una breve descripción de cada modalidad del alta hospitalaria presente en las hojas de alta. El "alta por orden médico" es el evento más

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241116

común en el cual el médico, después de una evaluación, concede el alta hospitalaria por el término del tratamiento o por la posibilidad de tratamiento ambulatorio. El "alta por licencia" es concedida por el médico para que el paciente se ausente del hospital por un período determinado, al fin del cual deberá retornar al hospital. En el "alta por transferencia", el médico autoriza que el paciente continúe el tratamiento internado en otro establecimiento hospitalario; o sea, el paciente no vuelve a su residencia, sino que es transferido a otro hospital. En el "alta por óbito", la muerte del paciente es diagnosticada por el médico, que sumará la Declaración de Óbito en los casos de muerte natural de causa conocida; en los demás casos, es necesario realizar una necropsia en el Servicio de Verificación de Óbitos o en el Instituto Médico-Legal. El "alta por fuga" ocurre cuando el paciente huye del hospital sin el conocimiento del equipo de salud; se debe enfatizar que, en esos casos, el hospital de salud puede ser responsabilizado por la falla en el deber de guardia al que están obligados. Finalmente, el "alta por pedido" es la modalidad en la cual el propio paciente solicita el alta, a despecho de la indicación médica.

El término "alta a pedido", descrito así, aisladamente, sin ningún otro término calificativo, parece de hecho inadecuado, pudiendo llevar la falsa impresión de que el médico acordó con el alta, cuando verdaderamente no fue indicada por él. Frente a eso, conviene esclarecer que el alta, en ese caso, es a pedido del paciente contra la indicación del médico. Se trata, por lo tanto, de un "alta a pedido contra la indicación del médico", denominación más adecuada para esta situación [9].

Una de las cuestiones más importantes a definir en los casos de alta a pedido contra la indicación médica es si el paciente está en riesgo inminente de muerte, ya que, según el artículo 22 del CEM, esa sería la única situación en que el médico podrá prescindir del consentimiento del paciente, sin cometer un ilícito ético. Se puede hablar también de "riesgo de muerte inminente", cuyo sentido en el medio jurídico es *la probabilidad concreta e inminente de un resultado letal* [9]. Así, riesgo inminente de muerte, para los fines de este estudio, es aquella situación en la que el paciente tiene alta probabilidad de devenir óbito en los próximos minutos u horas, si la intervención médica no fue realizada. Es el caso, por ejemplo de la hemorragia puerperal refractaria al tratamiento clínico, en la cual está formalmente indicado el tratamiento quirúrgico (histerectomía); si no fuese realizado, habrá alta probabilidad de óbito. También se considera en riesgo inminente de muerte el paciente víctima de un accidente automovilístico que llega a la sala de emergencia con neumotórax hipertensivo; en esa situación, en caso de que no se haga un drenaje quirúrgico del tórax, la probabilidad de óbito es muy alta.

Objetivo, casuística y método

El objetivo de caracterizar la conducta del médico frente al pedido de alta contra la indicación médica sin inminente riesgo de muerte, así como sus justificaciones para tal conducta.

Se trata del estudio de caso con abordaje cualitativo, hecho a partir de entrevistas individuales semiestructuradas, empleando el análisis de contenido, en la modalidad temática [10]. Por la naturaleza de los datos estudiados, consideramos el abordaje cualitativo como el más adecuado, una vez que no se trabajó con las muestras probabilísticas ni se estudio la frecuencia con que determinado comportamiento u opinión ocurriera. Se trató, sí, de buscar comprender cómo se forman y se distinguen las percepciones, opiniones y actitudes acerca de un hecho, las cuales no pueden ser cuantificadas *a priori*.

El estudio se dio en una unidad de Emergencia del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (UE-HC-FMRP-USP). Fue enviado una invitación individual por *e-mail* a los 16 médicos asistentes de la Clínica Médica de la UE, mitad de los cuales aceptó participar de la investigación. En seguida, se realizó el pasaje a agenda de las entrevistas de los ocho médicos con el entrevistador.

A cada participante le fue presentado el término de consentimiento libre y esclarecido, y la entrevista se realizó en sala de reuniones de la propia Unidad de Emergencia. Las entrevistas fueron grabadas en audio, por medio del *software* Sony Sound Forge, y seguirán un guión semiestructurado, dinámico y flexible. El guión contempló situaciones del cotidiano médico, en casos hipotéticos en los cuales el paciente sin riesgo inminente de muerte solicitaba alta aún con la contra indicación médica.

El proceso inicial de análisis se dio de modo simultáneo a la recolección de datos. Todas las palabras fueron transcritas íntegramente. Los nombres mencionados por los sujetos fueron registrados por la letra "S" aumentada de número secuencial, para asegurar el anonimato. Conforme a las transcripciones eran reiteradamente leídas, se introducían corchetes cuando era necesario resaltar ideas que

venían a la mente acerca de lo que se oía, constituyéndose los núcleos. Los núcleos fueron reiterados de los datos y, después de la comparación, fueron agrupados por similaridades y diferencias, formando las categorías temáticas.

Resultados y discusión

De los ocho médicos entrevistados, seis eran del sexo masculino y dos del sexo femenino. La edad varió de 30 a 55 años, con un promedio de 31 años. En cuanto a la especialidad, eran tres nefrólogos, dos cardiólogos, un geriatra, un endocrinólogo y un hematólogo. El tiempo de ejercicio en medicina estuvo entre los 7 y los 30 años, con un promedio de 11 años. El tiempo de serivico en la unidad de Emergencia varió de 3 meses a 22 años.

El análisis de los datos obtenidos evidenció dos categorías temáticas: 1) obligatoriedad de atender la solicitación del paciente y la responsabilidad del médico; 2) documentación de alta a pedido, evaluación multidisciplinar y fortalecimiento de la receta.

Obligatoriedad de atender la solicitación del paciente

Las situaciones representadas en el "guión de entrevistas" versaron sobre simulaciones del cotidiano médico implicando el alta a pedido sin inminente riesgo de muerte, en pacientes civilmente capaces y con competencia para tomar decisiones. En esas situaciones, la gran mayoría de los médicos reconoció el derecho del paciente, mas resaltaron la necesidad de esclarecerlo. Solamente después de conocer y aceptar todos los riesgos de su solicitación es que el pedido puede ser atendido. Los participantes también destacaron que el esclarecimiento puede, por sí sólo, ayudar al paciente a rever su decisión. Entre tanto, algunos de ellos no concedieron alta a pedido así cuando el riesgo de muerte no es inminente, pero posible en un futuro próximo (días, por ejemplo):

"La gente explica para sí misma la necesidad de queda internada; de la necesidad de completar el tratamiento con el antibiótico internada; la primera cosa es intentar esclarecer la enfermedad y la importancia de continuar internada. Buena parte de las veces la persona vuelve a pensar y cambia de opinión. Ella no quiere continuar internada, la gente tiene que anotar eso en su prontuario. Ella está informada y tiene juicio crítico, la gente acaba dando alta al pedido" (S1)*;*

"Nuevamente, yo intentaría re-orientarlo sobre los riesgos del alta precoz, de la no realización de todos los exámenes para complementar la investigación. Así mismo, si ellos dejasen alta, yo haría alta a pedido y haría una receta con todas las mediaciones que él debería tomar. Marcaría el retorno ambulatorio y daría alta a pedido" (S2)*;*

"La gente, en ese caso, no proporciona el alta. A pesar de haber tenido algún tipo de mejora clínica importante. Ustedes hablan de que ella no tiene riesgo de muerte inminente, pero el riesgo potencial es muy grande" (S4)*;*

"Yo no daría el alta a pedido, no firmaría nada e informaría a ella que, si ella quisiese salir o evadir, que ella iría a evadir el servicio, pero no bajo mí autorización, o no escribiría nada en el prontuario: 'paciente solicita alta a pedido', nada de ese tipo" (S8).

La mayor parte de los pareceres del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (CRM-SP) converge hacia el entendimiento de que la autonomía del paciente debe prevalecer en los casos de alta a pedido contra indicación médica. El Parecer-Consulta CRM-SP 41.848/1996, por ejemplo, especifica que *una vez que el paciente haya sido plenamente esclarecido sobre su situación, conductas terapéuticas y perspectivas en cuanto a su vida y salud (todo eso debidamente comprobado, como cautela para el médico) es él, paciente, quien va a decidir si acepta, o no, la conducta terapéutica*[11].

En el mismo sentido, el Parecer-Consulta CRM-SP 1.665-13/1986 hace una serie de recomendaciones en cuanto a la obligación del médico de alertar al paciente y/o sus responsables sobre los riesgos del alta; y confirma la posición de que el médico debe respetar la autonomía del paciente. Según lo que parece, el médico debe atender al pedido de alta del paciente después de informarlo – de manera amplia, completa y eximida – de las ventajas, desventajas y consecuencias que el alta puede llegar a ocasionar; si hubiese riesgo de vida o de perjuicio grave al paciente, él también deberá ser ampliamente informado. Al parecer, resalta que los demás miembros del equipo (médico asistente, enfermero, asistente social, etc.) también deben esclarecer al paciente de que, en caso de que él insista en el pedido de alta, el médico tiene que aceptarlo. Además de eso, afirma que el término de responsabilidad firmado por el paciente *tiene apenas la finalidad de servir como documento de que los riesgos, ventajas y desventajas les fueran debidamente explicados, debiendo constar todas las explicaciones referidas más arriba*[12].

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241116

En ese punto de discusión, conviene destacar que dejar claro que el alta es contraindicada al paciente, pero permitir su "fuga" no parece una alternativa razonable; hasta porque situaciones como esa podrían redundar en responsabilidad del hospital por no cumplir con su deber de vigilar al paciente. Ahora, todo paciente internado puede tener, en cualquier momento, una crisis de ansiedad y decidir fugarse del hospital; siendo así, la institución hospitalaria no debe permitir su salida, sin antes prestarle atendimiento, verificar su capacidad de decidir e informarle adecuadamente de las consecuencias de su actitud.

Entre tanto, lo que realmente levanta voces discordantes, no sólo en el CRM-SP sino en otros consejos regionales de medicina, es la cuestión de la responsabilidad pos-alta. En otras palabras, el punto crucial que despierta mayor controversia indica respecto a la posibilidad del agravamiento de las condiciones de salud del paciente cuando se da alta a pedido contra la indicación médica. En ese caso, ¿a quién le cabría la responsabilidad? En nuestro estudio, los médicos que reconocen el derecho del paciente al alta a pedido afirman que la responsabilidad por un agravamiento del estado de salud es exclusiva del paciente, desde que haya tomado la decisión después de haber sido debidamente esclarecido de los riesgos a ser asumidos:

"Es más del paciente que nuestra. Porque le fue explicado todo, a él y al familiar, así como todos los recursos fueron agotados, no tiene mucho más que hacer el profesional en ese contexto. Sí él entra en riesgo inminente de muerte, entonces el profesional actúa por el propio mandato ético. En cuanto él no pase por ese riesgo inminente, el profesional hace lo que le parezca. Respetando siempre la autonomía del paciente, claro" (S5)*;*

"Yo no me sentiría responsable por lo que pueda suceder, si yo hubiese orientado de manera correcta al paciente y tuviese todo debidamente anotado" (S2)*;*

"A partir del momento que usted respeta la autonomía y la persona está esclarecida, imagino que éticamente usted no va a tener ninguna responsabilidad" (S4)*;*

"La responsabilidad sería del propi paciente. No sería del médico. Si el paciente estaba lúcido, orientado, en condiciones de tomar decisiones. Existe el libre arbitrio" (S3).

Algunos pareceres exagerados por el CRM-SP para responder a esa cuestión poseen proposiciones divergentes[13]. El ya citado Parecer-Consulta 1.665/1986 se manifiesta por el siguiente entendimiento: (...) *el hospital y el médico, desde que hayan obedecido las recomendaciones expresas en este parecer, tiene sus responsabilidad legales y éticas, cesantes en el momento en que el paciente en cuestión deja las dependencias hospitalarias y no antes de eso*[12]. En sentido diametralmente opuesto, el Parecer Consulta CRM-SP 16.948/1999 considera que *la firma del paciente del alta a pedido también exonera de responsabilidad al profesional de la salud, si la situación del paciente se agravase y fuese probado que hubo una acción imprudente al dejarlo partir*[14]. Siguiendo la misma línea de razonamiento, el Parecer-Consulta CRM-SP 30.647/1991 afirma que *el término de responsabilidad firmado por el propio paciente o sus responsables sólo tendrá validez si el alta solicitada no representa perjuicio al paciente. En caso contrario, estará el médico que la efectúa cometiendo un acto de omisión de socorro, pudiendo, por la práctica de ese acto, ser responsabilizado de acuerdo a la legislación vigente*[15].

En esos dos últimos pareceres, se invoca, para ese entendimiento, la consideración del jurista Genival Veloso de França, según el cual el término de responsabilidad firmado por el paciente en caso de alta a pedido *sólo tendrá valor si [esa alta] no implicase graves perjuicios a la salud de la vida del paciente*[14]. Es importante notar que ninguno de los dos pareceres indica la alternativa que el médico tiene, o que debe ser hecha, al negar un alta a pedido cuando hay riesgo de agravamiento de las condiciones de salud del paciente.

Hay que considerar, entre tanto, que el alta a pedido contra indicación médica siempre acarrea el riesgo de agravamiento del estado de salud; hasta porque, si el médico tuviese que admitir la no existencia de riesgo en determinada alta a pedido, tendrá que admitir, igualmente, la no necesidad de internación, lo que también configura un delito ético. Ahora, si el médico interna a un paciente para tratamiento es porque ese tratamiento no debe ser hecho fuera del ambiente hospitalario (una terapia endovenosa, por ejemplo); y, si el paciente solicita el alta, es evidente que correrá riesgos, caso contrario no precisaría estar internado. Así, exigirle que el médico garantice la no existencia de riesgos en el alta a pedido contra indicación médica sin inminente riesgo de muerte es exigir lo imposible.

Ese mismo entendimiento consta del Parecer-Consulta CRM_SP 51.723/2005[16], que complementó el Parecer-Consulta CRM-SP 20.589/2000, el cual, al abordar la cuestión específica de los

riesgos de alta a pedido, manifestó la siguiente interpretación: (...) *estando presenta el carácter imprescindible de la internación hospitalaria para garantía del tratamiento y de la salvaguarda de la vida y de la integridad física y mental del paciente, el alta a pedido, contraria, por lo tanto, a la decisión médica, implica una situación cuyo riesgo profesional no es obligatorio asumir*[17].

Documentación, multidisciplinariedad y receta

Mucho se discute acerca de la validez legal de un "término de alta a pedido", haya visto el entendimiento de los pareceres citados (30.467 /1991y 16.948/1999), de que su validez estaría condicionada al no agravamiento de la salud del paciente. Como vimos, se considera imposible para el médico garantizar tal condición, una vez que, si lo hiciese, tendría que admitir que la internación del paciente no es necesaria. Acreditamos que, frente a ese dilema, los médicos participantes de este estudio enfatizaron la necesidad de documentar todo el proceso de esclarecimiento en el prontuario médico, prescindiendo del término escrito específico del paciente:

"Creo que la mejor manera es dejar eso muy bien escrito en el prontuario. Me parece que el prontuario es la principal manera de documentar. Esta situación tiene que estar muy bien escrita y detallada en el prontuario. Todo lo que fue hecho, la conversación que tuve con la familia, con el paciente. Dejar anotado en el prontuario que el paciente está orientado, con el juicio crítico de la realidad preservado, son cosas que necesariamente tienen que estar en el prontuario. Anotar que, después de todas esas informaciones, todas esas orientaciones, la conversación con la familia, el paciente mantiene la idea de darse de alta" (S1);

"Escribir en el prontuario todo el procedimiento, toda rutina, las conversaciones con el paciente, esclarecimiento al paciente, y dejaría en el prontuario por escrito que el paciente está lucido, orientado, en condiciones de tomar una decisión, que es consciente de su situación clínica, y que todas las herramientas fueron utilizadas, pero aún así el paciente no quedó convencido. Conversar con los familiares" (S7);

"Existe un término más o menos rápido que no tiene validez plena por cuenta de aquellas razones de esclarecimiento, de hasta dónde uno consigue hacer" (S6);

"Hace tiempo atrás, tenía un formulario de un paciente que firmaba diciendo que el paciente estaba consciente, que estaba siendo dado de alta. La información que la gente tenía era que eso no contaba como un documento legal. Ese documento no tenía ningún aspecto legal. Entonces, la verdad, lo que hacemos es dejar muy bien anotado eso en el prontuario. No se pide más al paciente que firme ningún otro documento" (S1).

En efecto, no hay consenso en la literatura sobre la mejor forma de registrar los hechos ocurridos en la situación de alta a pedido contra la indicación médica. Un análisis de las normas legales, incluyendo las resoluciones de los consejos nacionales de medicina, lleva a la conclusión de que no existe la obligatoriedad de elaboración de un documento específico, aunque la mayor parte de los pareceres emitidos por los consejos mencione el denominado "término de alta de pedido". Nuestro recelo es que ese documento sea interpretado solamente como un "término de excención de responsabilidad", lo que en general no es bien visto en el medio judicial, por ejemplo las conocidas "cláusulas de no indemnización", comunes en contratos de prestación de servicio. Desde nuestro punto de vista, la descripción minuciosa del proceso de esclarecimiento en el prontuario médico (incluyendo evaluación por equipo multidisciplinar), acompañada de la anuencia por escrito del paciente, sería suficiente como medio de prueba en caso de purificación de la responsabilidad.

En relación a la conveniencia o necesidad de evaluación por equipo multidisciplinar, los entrevistados se declaran favorables, destacando el papel del psicólogo y del asistente social. Seg{un los relatos, muchas veces el rechazo del paciente a permanecer internado es consecuencia de un problema puramente social, o un momento circunstancial de ansiedad y miedo:

"Para el psicólogo es rutina de juicio crítico cuando encuentra que el paciente está ansioso, un poco asustado, solicitando el paciente su presencia, en esos casos" (S5);

"Recuerdo que tenía un perro, y que el perro no tenía a nadie que le de la comida. Y era ese el motivo que el paciente elegía para irse pese a cualquier otra recomendación. El que logró descubrir esto fue el asistente social, que conversó con él y le explicó" (S8);

"Principalmente en esos casos, lo ideal es tener un equipo multidisciplinar consciente de la condición del paciente. Hasta porque no va a quedar sobrecargado en una persona sola. Lo ideal es la evaluaci{on de un equipo multidisciplinar" (S4).

En el momento de la elaboración del guión de la entrevista semiestructurada, fue creada una

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241116

situación hipotética para abordar la cuestión de la obligatoriedad de la emisión de la receta. En esa situación no había alternativa científicamente reconocida, sino un tratamiento endovenoso exclusivamente hospitalario, sin ninguna posibilidad de tratamiento ambulatorio efectivo. Aunque entre los participantes predominase la opinión de no otorgar la receta en que el caso médico considerase la imposibilidad de cualquier alternativa científicamente reconocida de tratamiento ambulatorio, algunos de ellos no se sentirán seguros de esa posición:

"Si yo doy la receta, yo estoy automáticamente dando el alta bajo mi responsabilidad. Entonces, no daría la receta. Yo hasta orientaría para pasarlo a otro colega para continuar su tratamiento, pero yo no daría la receta. Si no me estaría comprometiendo" (S8)*;*

"No acostumbramos a dar receta, porque el antibiótico que ella está usando es antibiótico de uso hospitalario" (S5)*;*

"Me parece que sería menos dañino dejarla con una receta, en lugar de salir sin nada. Si ella realmente tuviese que ir, yo lo acabaría prescribiendo. Trataría de prescribir un antibiótico de vía oral o, eventualmente, algunos pacientes consiguen pasar por un antibiótico endovenoso como si fuese un hospital de día" (S3)*;*

"En esa situación, en la mayor parte de las veces la gente intenta transicionar hacia una medicación vía oral que tenía un espectro de cobertura parecido con que ella estaba tomando endovenosamente. Acabamos haciendo, muchas veces, la receta para que el paciente pueda completar el tratamiento vía oral. Aún sabiendo que no es lo ideal" (S2).

El Parecer-Consulta CRM-SP 20.589/2000[17] es incisivo en afirmar que *el paciente que, debidamente esclarecido y sin riesgo de vida inminente, asume el no cumplimiento de la determinación médica de permanecer bajo el tratamiento intra-hospitalario* [desobliga] *al profesional de dar continuidad al tratamiento, así como emitir receta*. Tal posicionamiento es reforzado por el Parecer-Consulta CRM-SP 51.723/2005[16], según el cual el médico no puede ser obligado a emitir receta contra su convicción personal y, si se hiciese, estará asumiendo responsabilidad por el tratamiento que no indicó. Además, el parecer considera que, *si el médico concordase con el procedimiento exigido por el paciente, no hay que hablar de obligatoriedad de otorgar receta o en alta a pedido, debido a que la conducta es consensual*; en esa situación, no existe el alta a pedido con indicación médica, lo que configura apenas una opción para el tratamiento ambulatorio.

Consideraciones finales

De manera general, los entrevistados se alinean con la corriente que defiende la obligación del médico de informar al paciente sobre los riesgos del alta a pedido contra la indicación médica, así como de envidar todos los esfuerzos para intentar convencerlo para realizar el tratamiento indicado, implicando a otros profesionales de salud en ese proceso. Si, después de todos esos esfuerzos, que deberán ser debidamente documentados, el paciente mantuviese su solicitud de alta a pedido contra la indicación médica, ella deberá ser concedida, sin que eso implique responsabilizar al médico por un eventual agravamiento de sus condiciones de salud.

Entre tanto, no se puede dejar de notar el hecho de que algunos pocos participantes tuviesen una gran dificultad en lidiar con las situaciones propuestas, específicamente en lo que dice al respecto a lo que el médico debe hacer frente a la insistencia del paciente en pedir alta contra indicación médica, considerando que no es posible mantenerlo en el hospital contra su voluntad – el hospital no es una prisión. En esa situación, algunas respuestas preocupantes fueron oídas, como, por ejemplo, decir que el paciente podría hasta evadirse del hospital, pero el "alta" no sería dada por recelo frente a una posible responsabilización.

En nuestro entendimiento, en el caso de que el paciente no se encuentre en riesgo de una muerte inminente, su autonomía debe prevalecer, así como sabiendo que toda situación de alta a pedido contra indicación médica acarrea el riesgo de agravamiento de su estado de salud – caso contrario, no habría indicación de internación. La obligación del equipo médico, más que intentar convencer al paciente, debería empeñarse para que éste comprenda el alcance de su decisión y, de ese modo, pueda hacer una elección esclarecida, debidamente documentada en el prontuario. En ese punto especial, se propone que el registro minucioso del proceso de esclarecimiento en el prontuario sea adoptado como norma por el Consejo Federal de Medicina, en resolución específica, que definiría las etapas a ser cumplidas por el profesional para caracterizar al correcta transmisión de la información al paciente.

Por fin, se concluyó que, frente a un "alta a pedido", no debe el médico simplemente rechazarla; al contrario, se trata de una oportunidad para poner en práctica su deber esclarecer al paciente de la forma más eficaz posible, con el fin de que ella pueda ejercer su autonomía con plenitud.

Los autores le agradecen al Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp) por el apoyo financiero a la investigación.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília, p. 90, 24 set 2009. Seção 1.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012. Seção 1.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. São Paulo. Lei Estadual nº 10.241/1999. Define os direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Assembleia Legislativa de São Paulo; 1999.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde. [Internet]. 2009 [acesso 4 fev 2016]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
6. Rey L. Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Alta hospitalar; p. 40.
7. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, nº 132, p. 6, 11 jul 2013. Seção 1.
8. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Parecer nº 1883/2007. Alta a pedido; transferência. Aprovado em 27 de agosto de 2007. [Internet]. 2007 [acesso 4 fev 2016]. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2007/1883_2007.htm
9. Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul. Parecer nº 11/1997. Responsabilidade médica em casos de "alta a pedido". Aprovado em 6 de dezembro de 1997. [Internet]. 1997 [acesso 4 fev 2016]. Disponível: http://bit.ly/1pjdYOg
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 41.848/1996. Alta a pedido e iminente perigo de vida do paciente. Homologado na RP nº 1.996, em 1º de julho de 1997. [Internet]. 1996 [acesso 4 fev 2016]. Disponível: http://bit.ly/1Ut0ivG
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 1.665-13/1986. "Termo de Responsabilidade" assinado pelos pacientes nos casos de alta a pedido. Aprovado na RP nº 1.222, em 25 de novembro de 1986. [Internet]. 1986 [acesso 4 fev 2016]. Disponível: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3442
13. Oselka GW, coordenador. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. São Paulo: Centro de Bioética do Cremesp; 2008. Caso 8, Considerações sobre alta a pedido e risco iminente de morte; p. 81-9.
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 16.948/1999. Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Homologado na RP nº 2.473, em 25 de julho de 2000. [Internet]. 1999 [acesso 5 fev 2016]. Disponível: http://bit.ly/1RJrEZW
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 30.467/1991. Como proceder no caso de evasão de pacientes e no caso de alta a pedido. Homologado na RP nº 1.474, em 3 de fevereiro de 1992. [Internet]. 1991 [acesso 5 fev 2016]. Disponível: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=5596
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 51.723/2005. Parecer complementar à Consulta que trata de obrigatoriedade do fornecimento de receita médica para paciente que tiver alta a pedido. Homologado na RP nº 3.320, em 28 de junho de 2005. [Internet]. 2005 [acesso 5 fev 2016]. Disponível: http://bit.ly/21rfSIB
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer-Consulta nº 20.589/2000. Sobre a obrigatoriedade do fornecimento de receita médica para paciente que tiver alta a pedido. Homologado na RP nº 2.469, em 18 de julho de 2000. [Internet]. 2000 [acesso 5 fev 2016]. Disponível: http://bit.ly/1M2eY3D

Participación de los autores
Mariana Vicente Cano participó del desarrollo del proyecto, colecta de datos, redacción y edición del manuscrito. Hermes de Freitas Barbosa participó del desarrollo del proyecto, redacción y edición del manuscrito.

Recebido: 25. 5.2015
Revisado: 17. 8.2015
Aprovado: 15.12.2015

Anexo

Guión de entrevista

1 – Paciente de 23 años, gestante de 20 semanas, llega al Pronto Socorro, con diagnóstico de pielonefritis aguda, con comprometimiento del estado general. Tiene como antecedente una internación anterior para tratamiento de pielonefritis hace 2 meses, en el cual fue utilizado Meropenen (carbapenémico) restricto al ambiente hospitalario para *Klebsiella pneumoniae* multi-R. El paciente es entonces internado para tratamiento endovenoso. Al final del segundo día, ya hay mejora importante del estado general, al punto de que el paciente camina por los jardines del hospital, a pesar de haber tenido fiebre incluso por la mañana. En el final de la tarde, el paciente solicita alta sin la indicación médica y dice que va a salir de "cualquier manera" porque ya siente una mejora importante. El paciente está consciente, orientado y tiene el juicio crítico preservado. ¿Cuál es su conducta? ¿Por qué?

2 – Suponiendo que usted acepte el pedido de alta, sabiendo que en este caso está formalmente indicado el tratamiento endovenoso, ¿cuál sería su conducta si el paciente solicitase una receta pasa casa?

3 – Paciente de 55 años, portador de insuficiencia coronario crónica, con antecedente de dos internaciones en UTI, una para angioplastia y colocación de stent, hace 5 años, y otra, hace dos años, para revascularización, llega al Pronto Socorro con un dolor precordial en trauma abierto, de fuerte intensidad, bastante agitado, pálido, y que, además de la conducta de praxis para el diagnóstico, necesitó sedantes. Doce horas después, el paciente recobra la consciencia en la UTI, bastante asustado y ansioso. Es informado de su situación y de la necesidad de un nuevo estudio coronario, que recusa en función de las internaciones. Además de eso, solicita alta contra la indicación médica. El paciente está consciente, orientado y tiene el juicio crítico preservado. ¿Cuál es su conducta? ¿Por qué?

4 – [En el caso de que todavía no haya sido citado por el entrevistado]En estos casos, ¿usted considera necesaria la evaluación por otros profesionales médicos, y hasta mismo por los profesionales de otras áreas de la salud? ¿Por qué?

5 – Suponiendo que todos los recursos para el esclarecimiento del paciente fueron agotados y, así mismo, que el paciente mantiene su decisión de alta. ¿Cuál sería su conducta?

6 – ¿Usted documentaría esa situación? ¿De qué forma?

7 – En el caso de que la salud del paciente se vea agravada, después de recibir el alta a pedido contra la indicación médica sin inminente riesgo de muerte, ¿de quién sería la responsabilidad?

8 – ¿Usted considera que dejar al paciente huir del hospital sea una alternativa válida? ¿Por qué?