

Os Princípios da Bioética Aplicados em Urgência Hospitalar

The Principles of Bioethics Applied in Emergency Room

Isabel Rosa¹, Diogo Pais², J. Guimarães Consciência¹

Resumo

Introdução: Os autores propõem-se efetuar a análise ética das decisões médicas no serviço de urgência, baseando-se nos princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Material e Métodos: Foi efetuado um estudo transversal através de um inquérito por questionário a 68 médicos da urgência geral. O questionário era constituído por quinze casos clínicos tipificados.

Resultados: Dos inquiridos 98,5% respeitaram o direito à revelação da verdade. Respeitaram o princípio da beneficência 79,4% dos inquiridos e 30,9% aceitaram não revelar a verdade por implicar ameaça psicológica para o doente respeitando o princípio da não-maleficência. Quando dois pacientes necessitaram de ventilação mecânica, 66,2% dos médicos inquiridos, concordaram com a não discriminação pela idade, respeitando o princípio da justiça.

Discussão: A maioria dos médicos respeitou a vontade do seu paciente e a necessidade de ser advertido dos riscos mediante consentimento informado. A maioria considerou o bem-estar do doente, agindo no sentido do bem maior. É dever do Médico procurar eficácia e eficiência na gestão rigorosa dos recursos, respeitando o princípio da justiça, sem esquecer que o excesso terapêutico pode ser desumano e minar a dignidade, violando o princípio da não-maleficência.

Conclusão: A maioria dos médicos respeitou os princípios de autonomia e beneficência. Geraram controvérsia questões relacionadas com não-maleficência e justiça, por entrarem em conflito com os conceitos de autonomia e beneficência. O Médico deve respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana, oferecer o máximo de benefício para a saúde do seu paciente, não lhe causando mal ou dano, e agir com responsabilidade com os recursos disponíveis para prover a saúde.

Palavras-chave: Autonomia Pessoal; Ética Baseada em Princípios; Ética Médica; Moral; Serviço de Urgência Hospitalar

Introdução

O conceito de “emergência e urgência médica” é referido no Plano Nacional de Saúde e definido no Despacho 18459/2006 do Ministro da Saúde, como qualquer “situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”.¹ Na literatura anglo-saxónica é feita a distinção entre emergência e urgência, definindo-se como uma emergência uma situação que se traduz em risco imediato para

Abstract

Background: The authors carry out an ethical analysis of medical decisions in the emergency service, based on the principles of bioethics: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted through a questionnaire survey to 68 doctors of general urgency. The questionnaire consisted of fifteen clinical cases typified.

Results: A total 98.5% of respondents respected the right to revelation of truth. Complied with the principle of beneficence 79.4% of respondents and 30.9% agreed not to reveal the truth if it implied a psychological threat to the patient respecting the principle of non-maleficence. When two patients required mechanical ventilation, 66.2% of surveyed doctors agreed with the non-discrimination by age, respecting the principle of justice.

Discussion: Most doctors respected the dignity, autonomy and the need to be warned of the risks by informed consent. Most considered the patient's welfare, acting in the sense of the greater good. It is the doctor's duty to search for effectiveness and efficiency in strict management of resources while respecting the principle of justice, without forgetting that aggressive medical treatment may be inhumane and undermine the dignity, violating the principle of non-maleficence.

Conclusion: Most doctors complied with the principles of dignity, autonomy and beneficence. The non-maleficence and justice issues generated controversy, since they are in conflict with the principles of autonomy and beneficence. Doctors must take their decisions in full freedom, respecting the autonomy of the human being and providing benefit to health. It is also their duty not to cause intentional harm or damage to the patients, acting responsibly with the resources at their disposal in order to provide health.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Ethics, Medical; Morals; Personal Autonomy; Principle-Based Ethics

a vida ou para a saúde da pessoa, e como urgente uma lesão ou doença inesperada que necessita de rápida atenção médica, mas não representa um risco imediato para a vida ou saúde da pessoa. De uma forma genérica, a área da urgência hospitalar tem conhecido uma evolução positiva e planificada ao longo dos tempos, nomeadamente através da introdução nos serviços de urgência de equipas fixas, que asseguram de forma completa ou incompleta, a continuidade assistencial e de gestão.²

1. Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, Portugal

2. Nova Medical School - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Contudo, o excessivo recurso às urgências pelos utentes, a falta de ambiente, a precaridade de tempo para observação e a necessidade de decisões rápidas, tornam impessoal a maioria dos atendimentos, prejudicando a relação médico-doente e proporcionando uma atmosfera de insegurança e atitudes defensivas que conduzem a atuações médicas variáveis ante situações similares e gerando frequentemente conflitos de natureza ética.³⁻⁷

Todos os profissionais que atuam nesta área devem familiarizar-se com os principais conceitos éticos e legais comuns no atendimento de urgência, como o respeito aos princípios éticos, que são imutáveis nos tempos e nos lugares, encontrando -se acima de conceitos ideológicos ou políticos, nomeadamente o respeito pela vida humana e pela sua dignidade, o dever da não discriminação, a proteção dos diminuídos e dos mais fracos, o respeito pelo segredo médico e o dever de contribuir para o progresso da medicina. A aplicação dos princípios éticos como a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça é fundamental. O princípio da autonomia permite ao doente a liberdade de decisão, com conhecimento de causa e sem coação, mediante uma informação correta. O princípio da beneficência baseia-se no conceito de fazer o bem e o da não-maleficência em não causar dano. O princípio da justiça faz referência à distribuição equitativa dos recursos necessários à assistência, bem como à garantia de acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos.⁸⁻¹³

A formulação de uma decisão ética é baseada na compreensão destes princípios fundamentais de bioética que se aplicam a problemas comuns da prática clínica e é facilitada quando a responsabilidade institucional e individual são bem definidas. A importância que dilemas éticos assumem na urgência pelas suas repercussões sobre ensino, assistência e formação de médicos justifica a discussão permanente acerca do tema.

Com base no exposto constitui objetivo do presente estudo, efetuar a análise ética das decisões médicas, baseados em casos clínicos tipificados, que traduzem situações que ocorrem habitualmente no serviço de urgência hospitalar e entender quais são os dilemas e conflitos mais frequentes na prática diária.

Material e Métodos

O estudo observacional transversal, decorreu numa urgência geral de grau 4, com uma área de influência de 934.723 habitantes, atendendo 85.508 pacientes no ano de 2014 e uma média de 237,52 por dia. Estudaram-se cinco parâmetros que definem as características epidemiológicas da população médica selecionada: idade, género, especialização, anos de especialização e cursos prévios de bioética. Foi desenvolvido um inquérito por questionário de resposta anónima junto dos médicos que realizaram urgência durante o estudo. Cada questionário era constituído por quinze casos clínicos tipificados, que pretendiam descrever situações comuns da prática clínica de um serviço de urgência, com quatro a cinco opções de resposta, que permitiam avaliar as decisões éticas médicas (adaptado de Iglesias Lepine ML³). Os casos clínicos 2,6,8,10,11,14,15 obedeceram ao princípio de autonomia, os casos 5 e 12 ao de beneficência, o caso 13 ao de não-maleficência e os casos 1,3,4,7 e 9 ao de Justiça (Tabela 1). Para execução da análise estatística, foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21. Foi utilizado o teste do Qui-Quadrado para avaliar a associação entre as variáveis: caso clínico tipificado e a idade, género, especialidade, anos de especialização e cursos prévios de bioética. O nível de significância considerado foi de 5%.

Resultados

A amostra foi constituída por 68 médicos, que efetuam urgência semanalmente, sendo 41 (60,3%) do sexo Feminino e 27 (39,7%) do sexo Masculino. A média de idades dos inquiridos foi de 39,82, com desvio padrão de 11,377 para um mínimo de 26 e um máximo de 70 anos. Em relação à especialidade dos inquiridos, 20 (29,4%) eram Internos em formação (Medicina Interna 9 (45%), Infecologia 1 (5%), Cardiologia 1 (5%), Pneumologia 1 (5%), Reumatologia 1 (5%), Anestesiologia 2 (10%) Ortopedia 3 (15%), Cirurgia Geral 2 (10%)), os restantes eram especialistas, dos quais 17 (25%) de Anestesiologia, 14 (20,6%) de Medicina Interna, 11 (16,2%) de Cirurgia Geral e 6 (8,8%) de Ortopedia. Quanto aos anos de especialização, a média foi de 9,01 anos com desvio padrão de 8,36 para um mínimo de 1 e um máximo de 40 anos. Todos os inquiridos, tiveram bioética como disciplina da faculdade, sendo que 19 (27,9%) há menos de 5 anos e 49 (72,1%) há mais de 5 anos. Nenhum frequentou qualquer curso de pós-graduação em Bioética ou Ética Médica. Os resultados do questionário constituído por quinze casos clínicos tipificados são apresentados no quadro 2. Houve associação com significado estatístico entre as questões formuladas e a especialidade e os anos de especialização. Não houve associação com significado estatístico entre as questões e a idade, género e cursos prévios de bioética. Princípio de autonomia: 98,5% (n = 67) dos inquiridos respeitaram o direito à revelação da verdade tendo em conta a dignidade e autonomia do doente. Os médicos inquiridos com mais anos de especialização faziam-no com prudência e delicadeza, no ritmo requerido pelo doente, ponderando os eventuais danos que pudessem causar (df = 44; p < 0,000) (caso 2). Quanto à necessidade de realizar transfusão de sangue, 60,3% (n = 41) concordaram com a decisão dos pacientes testemunhas de Jeová de não ser administrado qualquer derivado de sangue, sendo a maioria de Medicina Interna (n = 13; 92,9%) e 30,9% (n = 21) discordaram, a maioria destes de Ortopedia (n = 4; 66,7%) (df = 8; p < 0,011) (caso 6). No caso de um doente em coma, quando a família transmitiu a vontade do doente de não ser ventilado, 98,5% (n = 67) dos inquiridos, não teve em conta a vontade da família, sendo que a maioria dos Ortopedistas (n = 6; 100%) e Anestesiologistas (n = 12; 70,6%) tentariam convencer a família a salvaguardar os interesses do doente (df = 8; p < 0,033) (caso 8), mas caso fosse apresentado documento legal, 72,1% (n = 49) acederia à vontade do paciente e família, sendo que a maioria destes eram de Medicina Interna (n = 12; 85,7%) e Internos (n = 17; 85%) (df = 12; p < 0,038) (caso 10).

Princípio da beneficência: Num paciente em coma, com uma doença em fase terminal, 79,4% (n = 54) dos médicos não cederam ao pedido dos familiares, mantendo o doente com medidas de conforto, opção tomada pela totalidade dos de Medicina Interna (n = 14; 100%) e de Cirurgia Geral (n = 11; 100%) (df = 12; p < 0,082) (caso 5).

Princípio da não-maleficência: Dos médicos, 30,9% (n = 21) concordaram com os familiares em ocultar a verdade ao paciente com neoplasia gástrica, contudo 33,8% (n = 23) diria a verdade, apesar da revelação dos riscos do procedimento pressupor uma ameaça psicológica, opção suportada pela maioria dos inquiridos com mais anos de especialização (df = 66; p < 0,085) (caso 13).

Princípio da justiça: Quando dois pacientes necessitaram de ventilação mecânica, 66,% (n = 45) dos médicos inquiridos optaram pela não discriminação da idade, sobretudo os médicos com mais anos de especialização (df = 66; p < 0,025) (caso 1). Quando um paciente

seropositivo com o vírus da imunodeficiência humana não quis que se informasse a sua companheira, 76,4 % (n = 52) dos médicos não respeitaram a sua vontade, e destes 52,9% (n = 36) dariam conhecimento às autoridades de saúde, sobretudo os inquiridos com mais anos de especialização (df = 88; $p < 0,068$) (caso7).

Discussão

A deontologia deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, tendo em conta a sua inserção numa sociedade que é, ela própria, globalmente regulada pela moral, as leis e o direito.¹⁴⁻¹⁶ “O médico deve tomar decisões ditadas pela ciência e pela sua consciência, deve agir com correção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar o sofrimento, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano” (citação do Código Deontológico (CD) art.º 31º).¹⁰ “O médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em perigo imediato, independentemente da sua função específica ou da sua formação especializada” (CD art.º 7º),¹⁰ constituindo a sua prioridade o bem-estar do doente, agindo sempre no sentido do bem maior.¹⁷⁻¹⁹ Ao analisarmos os casos apresentados pelos princípios de *Prima facie*, avaliou-se em primeiro lugar o princípio da autonomia. A maioria dos médicos respeitou a dignidade, a autonomia e a vontade do paciente, e a necessidade de ser advertido dos riscos mediante consentimento informado. O segredo médico é “essencial no relacionamento médico-doente, assentando no interesse moral, social, profissional e ético e pressupõe uma base de verdade e de mútua confiança” (CD art.º 85º),¹⁰ contudo a revelação da verdade não pode ser imposta, devendo ser feita de forma prudente e no ritmo requerido pelo doente, ponderando os eventuais danos que esta lhe possa causar, e só pode ser dada a terceiros, nomeadamente familiares, com o seu consentimento, a menos que este seja menor ou cognitivamente incompetente (CD art.º 50º).¹⁰ Outra situação que exclui o dever de segredo médico (CD art.º 88º),¹⁰ diz respeito às doenças de declaração obrigatória, referido no caso 7 e assinalado por 52,9% dos inquiridos: “no exercício da sua profissão, deve o médico cooperar para a defesa da saúde pública, competindo-lhe participar prontamente às respetivas autoridades de saúde os casos de doenças contagiosas de declaração obrigatória e os casos de doenças contagiosas graves ou de fácil difusão (CD art.º 113º).¹⁰ Se houver uma diretiva escrita pelo doente exprimindo a sua vontade, o médico deve tê-la em conta quando aplicável à situação em causa. A lei das diretivas antecipadas da vontade prevê a validade do documento durante cinco anos a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovada nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho.¹¹ “O médico deve presumir o consentimento em situações de urgência, desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar a sua vontade e quando tiver sido dado para determinada intervenção ou tratamento, mas tendo vindo a realizar-se outro diferente, por se ter revelado imposto como meio para evitar perigo para a vida ou para a saúde” (CD art.º 47º).¹⁰ Excetuando estas situações, a realização de qualquer procedimento sem consentimento, poderá ser punida por lei com pena de prisão até 3 anos ou pena de multa (art.º 156 do código penal).¹² Ao analisarmos os casos pelo princípio da beneficência, gerou controvérsia o caso 12, recusa dos familiares de sujeitar o seu filho com doença psiquiátrica grave a tratamento que iria prolongar a sua vida. Dos médicos, 29,4% defenderam o

princípio da beneficência e 16,2 % não souberam como atuar, provavelmente por estarem em conflito vários princípios o de beneficência, de não-maleficência e o de justiça. O médico deve “defender sempre os interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos incapazes de comunicarem a sua opinião. No caso de se considerar que as decisões dos representantes legais ou familiares são contrárias aos melhores interesses do doente, os médicos devem requerer o suprimento judicial de consentimento para salvaguardar os interesses e defender o doente” (CD art.º 46º).¹⁰ Ao analisarmos o caso 13 pelo princípio da não-maleficência, 30,9% aceitou não revelar a verdade uma vez que isso implicaria uma ameaça psicológica para o doente (‘privilegio terapêutico’). Na decisão que afeta este princípio, está implícita uma formação teórica e prática, correta e atualizada.^{3,20} De acordo com o princípio de Justiça a maioria dos inquiridos concordou com a não discriminação pela idade, mas quando o princípio de justiça entra em conflito com o princípio de autonomia caso 9, ou quando entra em conflito com o princípio da beneficência, caso 3, surgem controvérsias. Mais de 22% dos inquiridos não soube que atitude defender, a maioria dos quais de Medicina Interna. Tal indecisão pode estar relacionada em parte com a medicina defensiva, que pode atentar contra os direitos dos pacientes. É imprescindível que os médicos procurem a maior eficácia e eficiência na gestão rigorosa dos recursos existentes, respeitando o princípio da justiça sem esquecer que o excesso terapêutico pode ser desumano e minar a dignidade, violando o princípio da não-maleficência.³ “Não se considerando meios extraordinários de manutenção da vida, a hidratação, a alimentação nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar” (CD art.º 59º).¹⁰ As Comissões de Ética para a Saúde (CES) existentes nos hospitais têm o papel fundamental de zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e dignidade da profissão, devendo elaborar um manual de regulação médica dos serviços de urgência, que auxiliem na resolução dos dilemas morais que acometem frequentemente à urgência.

Conclusão

Vivemos no ‘tempo do triunfo da autonomia na bioética’, em que a lei e a ética da medicina são dominadas por um paradigma - a autonomia do paciente.¹⁶ A maioria dos inquiridos com mais anos de especialização, respeitaram o direito à revelação da verdade. Contudo, quando está em causa o risco para a vida do paciente ou grave dano à saúde, física ou psíquica, o médico deverá omitir as informações, com o intuito de não causar dano, esta exceção ao dever de informar, foi considerado por 30,9% dos médicos inquiridos. Mais de metade dos inquiridos (66,2%) respeitaram o princípio da justiça, quando optaram pela não discriminação da idade, mas a maioria esqueceu que o excesso terapêutico pode ser desumano e minar a dignidade, para além de pôr em causa uma boa gestão de recursos. Quando estiveram em causa, simultaneamente, os princípios de Beneficência, Autonomia e Justiça, 22% dos inquiridos não soube que atitude defender. As Comissões de Ética para a Saúde (CES) existentes nos hospitais têm o papel fundamental de zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e dignidade da profissão. O Médico deve tomar as suas decisões em plena liberdade, obedecendo aos quatro princípios da bioética: respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana, oferecer o máximo de benefício para a saúde do seu paciente e o dever de, intencionalmente, não lhe causar mal ou danos, assim como agir com responsabilidade com os recursos de que dispõe, para prover a saúde.

Tabela 1: Casos clínicos tipificados segundo os princípios da Bioética

Princípios de prima Facie	Casos Clínicos
Autonomia	2, 6, 8, 10, 11, 14, 15
Beneficência	5, 12
Não-maleficência	13
Justiça	1, 3, 4, 7, 9

ANEXO: QUESTIONÁRIO DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

- Um paciente de 77 anos, sem antecedentes de interesse e autónomo, entrou na urgência por insuficiência respiratória grave secundária a pneumonia adquirida na comunidade. O médico pede uma cama na UCI para ventilação mecânica, com consentimento prévio do paciente e da família. Ao mesmo tempo um paciente entra na urgência com 23 anos, com doença grave e uma expectativa de vida de seis meses. Ele apresenta uma insuficiência respiratória grave, com necessidade de ventilação mecânica. Na unidade de cuidados intensivos há apenas uma cama disponível. Que atitude tomaria?
 - Entraria o paciente mais jovem, de forma a viver os seis meses restantes. O outro paciente tem muitos anos para se internar na UCI.
 - Optaria pelo paciente com mais idade, uma vez que tem uma maior esperança de vida, podendo beneficiar com o internamento.
 - Ficaria inibido e chamaria o chefe da equipa para decidir.
 - Não escolhia nenhum dos dois pois não satisfazem os critérios para admissão na UCI, um pela idade e o outro pelo prognóstico.
 - Não sabe / não responde (NS / NR).
- Um paciente de 50 anos de idade com neoplasia gástrica, dá entrada na urgência por agravamento do seu estado geral. A sua esposa e o filho pedem ao médico para ocultar a verdade, porque ele é muito nervoso, sugerindo ao médico que lhe seja dito que tem uma úlcera. O paciente pede esclarecimento ao médico sobre a sua situação clínica, perguntando-lhe especificamente se tem algo de mau. Como agir?
 - Daria razão à família. O doente tem um tumor num estadio avançado e é preferível que o resto da sua vida, o faça na ignorância, sem perder a esperança.
 - Diria a verdade ao paciente.
 - Tentaria indagar até quanto quereria saber a verdade e responderia às questões de acordo com isso.
 - Tentaria convencer a família e, se não fosse possível, não diria nada ao paciente.
 - NS / NC.
- Um paciente entra no SO com insuficiência respiratória aguda, necessitando de entubação oro-traqueal e ventilação mecânica, na ausência de camas na UCI. Quando a família traz o relatório do paciente, constatamos que o doente tem neoplasia do pulmão inoperável, com uma expectativa de vida de 3-6 meses. Informamos a família do prognóstico, mas esta quer que seja feito tudo pelo doente. O que faria?
 - Remover tudo.
 - Remover tudo, excepto a ventilação mecânica.
 - Manter tudo e esperar que o paciente morra.
 - Mantenha apenas a ventilação mecânica, mas com menor concentração de oxigênio.
 - NS / NC.
- É transferido um paciente sofrendo de uma doença que só se trata no nosso hospital. Até à data, quatro pacientes foram tratados e apenas um sobreviveu. O paciente inteirou-se que a mortalidade pós-operatória desta doença no estrangeiro é de 20%. Que decisão tomaria?
 - O Sistema Nacional de Saúde deve pagar a intervenção no exterior.
 - O Sistema Nacional de Saúde permite o tratamento no nosso hospital. Só pagaria a intervenção no exterior se não pudesse ser realizado em Portugal.
 - O Sistema Nacional de Saúde deve pagar 50% do custo.
 - NS / NC.
- Um paciente de 60 anos com uma neoplasia terminal é admitido na urgência por insuficiência renal não obstrutiva. A família insiste que quer que o doente faça diálise apesar de este estar em coma. O nefrologista não considera indicado a diálise, porque o prognóstico da doença é de três meses. Não há maneira de convencer a família e o nefrologista pede -lhe conselho porque naquele dia você é o chefe de equipa. Qual seria a sua decisão?
 - Negar a diálise e só tomar medidas de conforto.
 - Internar no UCI, mas não iniciar diálise.
 - Iniciar diálise. É uma decisão muito importante e é a família que deve tomá-la .
 - NS / NC.
- Um paciente, maior de idade e consciente, dá entrada no serviço de urgência com uma hemorragia gastro-intestinal grave, que obriga a uma intervenção cirúrgica. Comunica-se ao doente a necessidade de efetuar transfusão de sangue, mas o paciente afirma ser Testemunha de Jeová, proibindo expressamente qualquer transfusão, apesar de não recusar-se a ser operado. Você não pode entrar em contato com o juiz naquele momento. O que faria?
 - Respeita os desejos do paciente, mesmo que provoque a sua morte por anemia aguda.
 - Faz transfusão durante a cirurgia (paciente em coma farmacológico anestésico).
 - Comunica ao paciente que, nestas condições, não pode cuidar dele e transfere-o para outro centro.
 - NS / NC.
- Comunica a um paciente que é VIH positivo. Suspeita-se que tenha pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Sabendo que o paciente vive com uma parceira, sugere a necessidade de comunicar o mais rapidamente possível, o risco de contágio. O paciente recusa que se anuncie a sua seropositividade, incluindo à sua parceira. Qual seria a sua atitude?
 - Daria conhecimento às autoridades de saúde para que tomassem a decisão oportuna.
 - Respeitar o desejo do paciente e não revelar a ninguém que é VIH positivo.
 - Apesar da proibição, comunicaria apenas à sua parceira.
 - Procurar uma terceira pessoa (médico de família, assistente social, etc.), de modo que fosse ela a falar com o casal.
 - NS / NC.

8. Um doente com 40 anos, sem antecedentes relevantes, é admitido na sala de emergência com insuficiência respiratória secundária a pneumonia adquirida na comunidade. A sua família, transmite os desejos do paciente, de não querer ser reanimado, mas não fornece quaisquer documentos. O paciente está em coma e não há forma de avaliar os seus desejos. Necessita de Ventilação mecânica, e não há maneira de convencer a família a mudar a sua atitude. A situação é urgente e não pode ser adiada para consultar o juiz. Que atitude tomaria?
- A. Iria respeitar os desejos da família, apesar de a decisão levar seguramente à morte do paciente.
 - B. Sedava o paciente e internava-o na UCI, apesar da opinião da família, uma vez que com a ventilação mecânica o paciente tem uma alta probabilidade de sobrevivência.
 - C. Tentaria convencer a família e se falhasse adotava a solução B.
 - D. Transferia-o para outro Hospital, porque não pode cuidar dele nestas condições.
 - E. NS / NC.
9. Um paciente com 60 anos tem cancro terminal e é admitido no serviço urgência por insuficiência renal. O paciente insiste que quer ser diálicado, porque quer viver o maior tempo possível. O nefrologista não quer iniciar diálise porque o prognóstico da doença é de três meses. Não há maneira de convencer o paciente, pelo que o nefrologista pede o seu conselho. Qual é a sua decisão?
- A. Negar a diálise e só tomar medidas de conforto.
 - B. Interna o paciente na UCI, mas não inicia diálise.
 - C. Inicia a diálise. É uma decisão muito importante e é o paciente que deve tomá-la.
 - D. NS / NC.
10. Um paciente com 40 anos, sem histórico de interesse, é admitido na sala de urgência com insuficiência respiratória secundária a pneumonia adquirida na comunidade. A sua família traz um documento aprovado pelo notário, que especifica claramente a sua vontade de não ser ventilado. O paciente necessita de ventilação mecânica e não há maneira de convencê-la a mudar de atitude. A situação é urgente e não pode ser adiada para consultar o juiz. Que posição tomaria?
- A. Iria respeitar os desejos do paciente, apesar da decisão levar seguramente à morte do paciente.
 - B. Sedava o paciente e internava-o na UCI, apesar da opinião deste, uma vez que com a ventilação mecânica o paciente tem uma alta probabilidade de sobrevivência.
 - C. Tentaria convence-lo e à família e se falhasse adotava a solução B.
 - D. Transferia-o para outro Hospital, porque não pode cuidar dele nestas condições.
 - E. NS / NC.
11. Um paciente chega ao serviço de urgência desacompanhado. Foi-lhe diagnosticado na última semana, um tumor maligno, inoperável e com curta sobrevida. O paciente não quer que informe a sua família, incluindo a sua esposa e filhos. Que atitude tomaria?
- A. Respeita o desejo do paciente e não dirá nada à sua família.
 - B. Avisa a família imediatamente, notificando-lhes o diag nóstico e prognóstico, advertindo também que o paciente não deve saber que eles sabem.
 - C. Irá tentar convencer o paciente de que a sua situação é grave e que deve conversar com sua família para que eles tenham conhecimento da gravidade da sua doença.
 - D. Espera até que o paciente entre em fase terminal irreversível e só então entra em contato com a sua família.
 - E. NS / NC.
12. Um paciente de 18 anos com uma doença psiquiátrica grave (não anda, não come sozinho, não controla os esfíncteres), encontra-se sob a tutela dos seus pais, sofre uma insuficiência

Tabela 2: Respostas ao questionário de casos clínicos tipificados (1 a 15)

Nº caso	Opção A	Opção B	Opção C	Opção D	Opção E
J1		45 (66,2%)	17 (25,0%)	2 (2,9%)	4 (5,9%)
2A		20 (29,4%)	47 (69,1%)	1 (1,5%)	
3J	7 (10,3%)	10 (14,7%)	29 (42,6%)	7 (10,3%)	15 (22,1%)
4J	22 (32,4%)	39 (57,4%)	3 (4,4%)	4 (5,9%)	
5B	54 (79,4%)	5 (7,4%)	8 (11,7%)	1 (1,5%)	
6A	41 (60,3%)	6 (8,8%)	21 (30,9%)		
7J	36 (52,9%)	10 (14,7%)	9 (13,2%)	7 (10,3%)	6 (8,8%)
8A	1 (1,5%)	33 (48,5%)	34 (50,0%)		
9J	14 (20,6%)	3 (4,4%)	36 (52,9%)	15 (22,1%)	
10A	49 (72,1%)	6 (8,8%)	12 (17,6%)		1 (1,5%)
11A	11 (16,2%)		57 (83,8%)		
12B	20 (29,4%)	19 (27,9%)	18 (26,5%)		11 (16,2%)
13M	21 (30,9%)	23 (33,8%)	22 (32,4%)	2 (2,9%)	
14A	49 (72,1%)	19 (27,9%)			
15A	61 (89,7%)		6 (8,8%)	1 (1,5%)	

Legenda: A= Autonomia, B= Beneficência, M= Não-maleficência, J= Justiça
Opção A,B,C,D,E = opção de resposta possível para cada caso clínico tipificado

renal terminal que necessita de diálise. Os pais não querem que o filho faça diálise porque iria prolongar a sua vida à custa de uma redução da qualidade de vida. Que atitude tomaria?

- A.** Diria aos pais que não concorda com o seu pedido e se eles se recusarem, terá de notificar o juiz.
- B.** Concorde totalmente com a sua atitude de não iniciar diálise.
- C.** Embora não partilhe da opinião, concorda que os pais são os únicos que podem tomar qualquer decisão e respeita isso.
- D.** Não consegue decidir e transfere o doente para outro hospital.
- E.** NS / NC.
- 13.** Um paciente de 50 anos de idade, com uma neoplasia gástrica é admitido no serviço de urgência por hemorragia digestiva alta. A sua esposa e o filho pedem ao médico para ocultar a verdade, porque ele é muito nervoso, sugerindo ao médico que lhe seja dito que tem uma úlcera e que necessita de cirurgia devido à hemorragia. O paciente está na sala de observação não questiona sobre a sua doença, referindo apenas que tem uma úlcera, que ocasionalmente lhe dá alguns problemas. Que atitude tomaria?
- A.** Daria razão à família. Compreendeu que o doente não quer saber a verdade. O doente tem um tumor num estadio avançado e é preferível que o resto da sua vida, se faça na ignorância.
- B.** Diria a verdade ao paciente. A informação é um direito dos doentes e são eles que devem tomar as decisões.
- C.** Nenhuma das duas é eticamente defensável.
- D.** NS / NC.
- 14.** Os serviços de Neurologia e da Urgência estão a preparar um documento sobre consentimento informado para administrar um fibrinolítico no tratamento do AVC isquémico no serviço de urgência. Alguns médicos querem que a informação inclua todos os riscos possíveis, mesmo que alguns sejam excepcionais, enquanto outros são da opinião de que as informações a serem incluídas são as complicações habituais. Um terceiro grupo de médicos considera que não há necessidade de serem informados dos riscos. Que atitude tomaria?
- A.** Dá todas as informações.
- B.** Dá apenas as mais frequentes, e se o paciente quiser aprofundar, informa acerca dos riscos excepcionais.
- C.** Não comunica os riscos, uma vez que os pacientes e / ou familiares não compreendem este tipo de informação, causando uma grande ansiedade.
- D.** NS / NC.
- 15.** Um paciente de 70 anos de idade, é admitido no serviço de urgência por hemorragia digestiva alta. Foi proposto ao paciente realizar uma endoscopia digestiva alta (EDA), para diagnóstico e tratamento, esclarecendo-o dos riscos do procedimento. O paciente recusa terminantemente o procedimento e qualquer outro exame. Que atitude tomaria?
- A.** Não efetua a EDA, porque o paciente tomou a decisão de forma livre e esclarecida.
- B.** Recusa – se a prestar assistência ao doente.
- C.** Efetua a EDA porque o doente encontra-se em perigo de vida.
- D.** NS / NC. ■

declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*Correspondência: Isabel Rosa - isabelpiresrosa@gmail.com
CHLO - Hospital São Francisco – Lisboa - Portugal*

Recebido: 04-12-2015

Aceite: 30-01-2016

Referências

- Diário da Republica, 2ª série - nº 176 - 12 de Setembro de 2006. Despacho nº 18 459/2006
- Campos L. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS; 2014.
- Iglesias Lepine ML, Pedro-Botet Montoya JC, Gutierrez Cebollada J, Hernandez Leal E, Pallas Villaronga O, Aguirre Tejedó A, et al. Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. Emergencias. 2000;12:313-2
- Pereira L.A. Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência. Rev Assoc Méd Rio Grande Sul. 2004; 48: 190-94.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7 ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Code of Ethics for Emergency Physicians, ACEP Policy Statements, approved by the ACEP Board of Directors June 1997; revised 2014. [accessed April 2015] Available from: <https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Code-of-Ethics-for-Emergency-Physicians/>
- Declaração de Lisboa sobre a ética da Urgência Médica, II Jornadas de Emergência Médica; 7 Dez de 1990. NEP SAMU Fortaleza Última atualização 2011; 14:2
- Pereira C, Veiga N. A Epidemiologia. De Hipócrates ao século XXI. Millenium. 2014;47:129-40.
- Domínguez Perera M. consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg. 2003;2:84-92.
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Diário da Republica, 2ª série - nº 8 - 11 de Janeiro de 2009.
- Assembleia da Republica Lei n.º 25. Diretivas antecipadas de vontade. Diário da República, 1.ª série - nº 136 - 16 - Julho de 2012
- Código Penal Português. Livro I. Parte geral. Título I da lei criminal. Lisboa: Imprensa Nacional; 2015
- Martinho da Silva P. Investigação Biomédica, Reflexões Éticas. Lisboa: Gradiva; 2008.
- Esperança Pina JA. Ética, Deontologia e Direito Médico. Lisboa: Lidel; 2013.
- Schneider CE. The Practice of Autonomy: patients, doctors and medical decisions. New York: Oxford University Press; 1998.
- Stirrat GM, Gill R. Autonomy in medical ethics after O'Neill. J Med Ethics. 2005; 31:127-30.
- Torreão L. Aspectos Éticos na Emergência. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49: 1-23.
- Aguirre-Gas HG. Principios éticos de la práctica médica. Cir Cirujanos. 2004; 72: 503-10.
- Pérez Morales A. Problemas éticos em la atención de urgencias descripción de experiencias. Rev Cubana Enfermer. 1999; 15:133-40.
- Consentimento Informado – Relatório Final, Entidade Reguladora da Saúde. Lisboa: ERS; 2009.

Protecção de Seres Humanos e Animais: Os autores declaram que não foram realizadas experiências em seres humanos ou animais.

Direito à Privacidade e Consentimento Informado: Os autores