

Ética e Questões Legais em RPC - Responsabilidade Civil e Penal

*José Mauro Mendes Gifoni **

Introdução

É naturalmente compreensível que pessoas leigas não aceitem ou não entendam a parada cardiorrespiratória (PCR) como a consumação da morte num paciente que já esgotou seu ciclo vital. A atenção a doentes terminais pode acarretar enormes dificuldades até mesmo para os profissionais da medicina.

O doente terminal é aquele com previsão de morte num curto espaço de tempo, geralmente de minutos, horas, dias ou até de 3 a 6 meses, independentemente de quaisquer terapêuticas administradas, pela gravidade e irreversibilidade de seu problema de saúde

Infelizmente, alguns médicos, despreparados do ponto de vista técnico-profissional e ético, também demonstram desconhecimento do assunto quando se deparam com pacientes terminais, isto é, sem nenhuma perspectiva vital, completada a finitude de um processo patológico irreversível e, mesmo assim, insistem numa reanimação sem nenhum fundamento científico, ético, moral, humanitário ou legal, e o que é pior, sem nenhuma vantagem para o paciente, ao contrário, só lhe proporcionando malefícios como aumento do tempo de sofrimento físico, angústia, mal-estar, etc.

O termo médico - parada cardiorrespiratória - implica na cessação súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil e suficiente em indivíduo sem moléstia incurável, debilitante, irreversível e crônica. Desta maneira, só tem sentido a tentativa de reanimação cardiopulmonar num paciente com algum potencial de salvabilidade.

* Prof. Adjunto da UFC (Anestesiologia)
Doutor em farmacologia (UFC)/TSA-SBA
Especialidade em Medicina Intensiva (AMIB)
Especialista em Medicina Interna (AMB)
Bacharel em Farmácia (UFC)
Bacharel em Direito (UNIFOR-CE)
Presidente da CERR/SBA

A autonomia é um princípio bioético da maior importância para o ser humano. Sua autodeterminação exige o pleno conhecimento da verdade, devendo o médico passar, ao paciente e família, de forma cristalina e não alarmista, todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde.

O paciente tem o direito de saber a verdade. A omissão paternalista só encontra respaldo ético em casos extraordinários (princípio da beneficência), conforme o Art. 59 do C.E.M. – É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

É comum nos depararmos com notícias veiculadas em telejornais, anunciando a morte de artistas ou figuras públicas famosas, como vítimas de parada cardiorrespiratória, quando, na realidade, e a reportagem o demonstra posteriormente, faleceram por uma doença definida, pré-estabelecida, que atingiu um estágio final previsível, esperado e inevitável, tipo cardiopatia avançada, insuficiência renal crônica e outras. Não houve, portanto, parada cardíaca que merecesse uma intervenção médica pronta no sentido de tentar-se uma reanimação, mas o desfecho biológico de um ciclo de nascimento, vida e morte, comum a todos os seres vivos.

Tal definição adquire maior importância médica, social e até legal, na condução de pacientes portadores de enfermidades como neoplasias malignas com metástases disseminadas, ultrapassadas já todas as etapas terapêuticas sem êxito, marchando, inexoravelmente, para a consumação da morte, mediante um processo extremamente penoso, doloroso e difícil de suportar.

O mesmo raciocínio se aplica aos pacientes que não têm câncer, mas apresentam uma patologia crônica, grave, em que também já foram esgotados todos os recursos de tratamentos imagináveis, tornando-se impossível a cura, por exemplo, uma insuficiência cardíaca terminal conseqüente a uma miocardiopatia dilatada em último grau ou uma grave, debilitante e incapacitante doença pulmonar obstrutiva crônica.

Nessas circunstâncias, obviamente, diante de uma parada cardiorrespiratória apresentada pelo paciente, não há que se cogitar de tentativa de reanimação. Não há motivo médico, social, ético ou moral para fazê-lo. Muito pior é a postura do profissional que pratica tal violação de direito, desrespeitando a vontade expressa do enfermo lúcido e/ou dos seus responsáveis legais.

Num estágio terminal da vida motivado por doença crônica, o médico, muitas vezes, lança mão de medidas ordinárias visando proporcionar algum conforto ou mesmo breve melhora ao paciente. São procedimentos terapêuticos paliativos ou comuns, geralmente de baixo custo, convencionais, simples e não invasivos.

Excepcionalmente, quando indicadas em benefício do paciente, ainda que para lhe proporcionar um discreto conforto ou alívio de sintomas indesejáveis, melhorando a qualidade de vida que lhe resta, poderá o médico aplicar medidas extraordinárias, na maioria das vezes, invasivas, de alto custo, complexas e heróicas. Com este objetivo definido, vale a pena tentar!

Inaceitáveis, sob todos os aspectos, são as medidas terapêuticas fúteis – sem chances de se tornarem eficazes no objetivo de salvar a vida ou minorar o sofrimento do paciente. Assim se enquadra a obstinação terapêutica – prolongamento indevido do sofrimento natural que antecede a morte no caso de uma doença terminal, sem vantagem ou benefício para o paciente, acrescentando-lhe, ao invés, dor, mal-estar, decepção, enfim muito sofrimento físico e psíquico.

É importante salientar que também não há qualquer indicação médica de reanimação cardiorrespiratória (RCP) em casos de decapitação, rigidez cadavérica, anencefalia e morte encefálica, neste caso, não se tratando de potencial doador de órgãos.

No Brasil, a ordem de não reanimar pacientes terminais ainda não foi devidamente regulamentada, deixando uma lacuna para apreciação caso a caso, embora, no tocante à ética médica e



ao respeito à autonomia do paciente, seja uma conduta indiscutivelmente válida e aceita, sobretudo quando há uma prévia e expressa manifestação de vontade do paciente e/ou do seu responsável. Mas, não se pode desconhecer que o diagnóstico ou constatação da morte é um ato médico, assim como a identificação e a decisão sobre aplicação de medidas terapêuticas cabíveis em benefício do paciente.

A responsabilidade ética e o doente terminal

A nossa ordem jurídica privilegia como cláusula pétrea constitucional a valorização da vida, conforme se destaca no Art. 5º, da CF/88 - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: II- ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III- ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante; XXXIX- não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal.

As atitudes tomadas diante da proximidade da morte em pacientes terminais têm sido exaustivamente exploradas e analisadas com relação à ética, à moral e aos costumes por todas as sociedades médicas do mundo moderno, através de inúmeras convenções internacionais.

Situações envolvendo eutanásia, suicídio assistido, distanásia, ortotanásia, futilidade e obstinação terapêutica são alvo freqüente de análises, estando a categoria médica universal muito próxima de um consenso sobre tais assuntos.

A eutanásia, no sentido ativo do termo, fere frontalmente a ideologia e a prática médica, comprometendo a obediência ao princípio bioético mais valorizado da medicina, qual seja o da beneficência. O objetivo maior da arte de Hipócrates é propiciar o bem ao paciente, nele incluído o máximo de esforço em prol da cura e da preservação da vida. Não cabe ao médico praticar atos alheios à evolução da doença que levem ao fim da vida, ainda que sob o pretexto de vã misericórdia para com o doente. Uma ação voltada para por fim à vida de alguém, de uma forma que não aconteceria no curso de sua doença, representa a própria negação da atividade médica, comprometida com a vida.

O suicídio assistido difere muito pouco da eutanásia, porquanto a ação do médico proporciona ao próprio paciente todas as condições necessárias para acabar com sua vida, mais uma vez, com atos que nada têm a ver com o tratamento indicado ou a evolução incontrolável da enfermidade.

Já na distanásia, o médico adota medidas terapêuticas que nada representam em termos de cura ou melhora da qualidade de vida do paciente, mas que tentam lhe impor um prolongamento de vida às custas de muito sofrimento, resultando numa mera postergação do momento da morte, só malefícios trazendo ao paciente.

A futilidade e a obstinação terapêutica consumadas na distanásia revelam o inconformismo do médico despreparado e vaidoso, que não aceita que a morte aconteça ao seu redor, tentando dobrá-la a qualquer preço, atribuindo-se poderes onipotentes como se pudesse tornar-se o verdadeiro senhor da vida e da morte. Na prática, é como se o médico “roubasse” ao paciente a oportunidade de uma morte digna, menos traumática e mais confortável e breve.

Todas as práticas acima expostas ferem o Código de Ética Médica (C.E.M.), contrariando princípios e regras básicas desta profissão tão nobre.

Ao analisarmos sob este prisma o C.E.M., nos defrontamos logo com o Art. 2º, que estabelece – 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. Ora, é fácil perceber que quem pratica eutanásia, suicídio assistido, distanásia, futilidade ou obstinação terapêutica diante de um paciente terminal, nada está fazendo em prol de sua saúde e de seu bem-estar, muito pelo contrário...

Nos dois primeiros casos (eutanásia e suicídio assistido), decreta a morte do paciente (com a desculpa de um ato de misericórdia), escolhendo o momento de provocá-la com condutas não direcionadas ao controle do processo patológico; nos três últimos, apenas tenta adiar a sua morte, não se importando com o prolongamento de sua agonia, dores e sofrimento. Nada mais cruel!

Por sua vez, a ortotanásia representa o máximo da interação médico-paciente, por meio da qual o discípulo de Hipócrates assume a plenitude do ser médico, “administrando”, em benefício do paciente e de sua família, o processo de morte, proporcionando-lhe, ou pelo menos tentando proporcionar-lhe, um fim de vida com o máximo de bem-estar, conforto e convívio social, quando possível. Aqui estão incluídas e aceitas decisões como as de não reanimar, não adotar medidas terapêuticas fúteis ou ainda de suspender meras condutas de obstinação terapêutica. Desta forma, se consolida o sentido amplo do termo saúde, conforme preconizado pela OMS – estado de completo bem estar físico, psíquico e social do indivíduo, e não apenas a ausência de doença. Em resumo, se não se pode fazer o bem no contexto maior (cura ou controle da doença), pelo menos que não se faça o mal (princípio bioético da não maleficência ou *primum non nocere*).

A responsabilidade civil

Responsabilidade civil é a obrigação que incumbe a uma pessoa de reparar o dano causado a outrem por sua culpa, ou por falha das pessoas ou das coisas dela dependentes. Esta reparação se faz na forma de indenização por danos materiais e/ou morais.

No âmbito da responsabilidade médica, nada impede que um profissional seja acionado na esfera cível por ter assumido uma postura incompatível com o juramento hipocrático, desrespeitando a autonomia do paciente e o desejo de sua família, causando grande desconforto e dor moral aos mesmos, na medida em que desconsiderou sua manifestação de vontade numa situação em que o paciente, inteiramente lúcido e convicto de seu estado terminal, esgotadas todas as fases terapêuticas conhecidas da ciência médica, combinou com a família e o seu médico assistente que, em caso de parada cardiorrespiratória, nenhuma tentativa de reanimação deveria ser executada, pois há meses vinha sofrendo com um mieloma múltiplo que lhe provocou, além de metástases disseminadas para os pulmões e ossos, inúmeras fraturas patológicas, com dores lancinantes, a ponto de precisar de doses acima do limite terapêutico de analgésicos potentes como a morfina.

Não é justo, nem ético, nem moral, nem legal, que um plantonista qualquer, sem nenhuma possibilidade de beneficiar concretamente o paciente, apenas para que a morte não ocorra em seu plantão, venha a iniciar manobras de ressuscitação com massagem cardíaca externa, intubação e ventilação artificial, podendo até provocar fratura do gradil costal durante o procedimento (mais dores e sofrimento), conseguindo somente aumentar o drama do doente e de seus parentes por mais alguns minutos, horas ou dias. Um absurdo, infelizmente, não muito raro em hospitais mundo afora.

Isto posto, analisados todos os elementos probatórios pertinentes ao caso, é perfeitamente facultado às vítimas o direito de ingressarem com uma ação de ressarcimento por danos morais, indubitavelmente provocados pela ação temerária, imprudente e antiética do médico em questão, merecendo do Estado-juiz a pronta intervenção no sentido de reparar o ato ilícito gerador do dano moral em espécie.

Não tem sentido, por incabível, alegar que o médico apenas atuou no estrito cumprimento do dever legal ou em estado de necessidade. O médico é obrigado por lei e por ofício a seguir as normas do C.E.M., tendo, no caso hipotético supramencionado colidido com o Art. 2º, já explicitado, o Art. 29, ao praticar um ato imprudente danoso ao paciente e, principalmente, o Art. 6º, que dispõe – O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. É obvio que tal ação temerária geraria grande sofrimento físico e moral ao doente, atentando contra sua dignidade no momento da morte.

É indiscutível que o ato médico em questão, como já era do conhecimento do agente (ou não seria um médico de boa formação técnica, o que caracterizaria uma imperícia), jamais poderia trazer qualquer benefício ao paciente, sendo igualmente claro o potencial gerador de novos traumas pela história natural da doença, que cursa com episódios de fraturas de repetição nos casos mais graves. Do mesmo jeito, qualquer médico de mediana formação deveria saber que o adiamento da morte nesta situação só sofrimento e dor traria ao enfermo e seus familiares.

Também não cabe como desculpa no exemplo dado, a aplicação, sob pretexto de justificar tamanha aberração terapêutica, do Art. 46 do C.E.M., que diz – É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, **salvo em iminente risco de vida**. Primeiramente, a situação de risco de vida do paciente terminal não é, não foi, nem jamais será alterada por qualquer ato médico. É uma condição *sine qua non* de sua patologia, que o acompanhará até o último suspiro. Em segundo lugar, sabedores dessa condição, o paciente, sua família e o seu médico-assistente tinham pleno direito de decidir o melhor e o mais confortável para o doente, privando-o de sofrimentos extras, rendendo-se ao curso inexorável de sua enfermidade.

É o que se extrai, também, do teor do Art. 48, do C.E.M. – É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

Como bem ensina o mestre Genival Veloso de França, em seus Comentários ao Código de Ética Médica, Ed. Guanabara Koogan, 3ª. Ed., 2000, p. 79 – Se, apesar da objeção e recusa do paciente, o médico insistir no procedimento, ele está cometendo uma violação aos direitos constitucionais, uma afronta à dignidade humana e um desrespeito aos mais elementares princípios de civilidade, além de cometer o crime de constrangimento ilegal, previsto no Art. 146 do Código Penal.

Na mesma linha de raciocínio, se depreende do Art. 56 – É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida. Não há como um médico de bom senso desconhecer que tal norma se aplica apenas e tão somente aos pacientes com potencial de salvabilidade (daí a expressão risco iminente de vida), não se prestando para o atendimento a doentes terminais, que já esgotaram suas possibilidades de tratamento.

Por outro lado, em se tratando de prática de eutanásia ou suicídio assistido, crimes descritos no Código Penal Brasileiro, qualquer parente do morto que se sentisse ofendido com a situação, o que convenhamos é inteiramente possível de acontecer, poderia pleitear em juízo uma indenização por danos morais contra o médico infrator. Neste caso, comprovado o ilícito e decretada a condenação penal, o mérito sequer seria avaliado na área cível, limitando-se o juiz a estipular o montante da reparação devida.

Às vezes, o médico se depara com uma situação inversa, esdrúxula e inusitada (não é fato raro em UTI's), diante de um paciente com morte encefálica já definida segundo os critérios da Lei



9.434/97, que trata dos Transplantes de Órgãos, e da Resolução 1.480/97, do CFM, pertinente ao assunto.

Não sendo o paciente um doador em potencial, seja porque não atende aos critérios legais relativos ao consentimento pessoal e/ou familiar, seja por razões técnicas de sua doença, não há motivo para se manter, às custas de drogas e aparelhos especiais, sua respiração e batimentos cardíacos. Acontece que alguns familiares, por razões psicológicas, afetivas ou religiosas não concordam com o desligamento dos aparelhos, criando um conflito existencial e social.

O Código Civil de 2002, em seu Art. 6º, estabelece: a existência da pessoa natural termina com a morte. Ora, a definição de morte encefálica está assentada em lei, e nada justifica, salvo a doação potencial de um órgão, a manutenção dos aparelhos, causando enormes prejuízos à sociedade pela ocupação de um leito numa unidade de terapia intensiva, que poderia ficar disponível para um paciente potencialmente salvável. Entendemos que, nestes casos, é mister uma abordagem cuidadosa do fato com a família, dando-lhe todas as explicações plausíveis e apoio social, inclusive facultando-lhe o direito previsto na legislação de recorrer a um médico de sua confiança para assegurar-se do preenchimento pleno dos critérios de morte, porém, mantendo-se a intransigência dos parentes, o atestado de óbito deve ser preenchido para o devido sepultamento, interrompendo-se as medidas suportivas e desligando-se os aparelhos. Nada obsta que o hospital tome, previamente, através de seu departamento jurídico, medidas especiais no sentido de obter uma autorização judicial para fazê-lo.

A responsabilidade penal

No tocante à eutanásia, não há a menor dúvida sobre o seu caráter delituoso seja na esfera ética, seja no domínio do direito penal.

O Art. 66 do C.E.M. é taxativo – É vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

De sã consciência, não há como se distinguir a eutanásia de um homicídio. Tanto é verdade que o Código Penal define bem este ato criminoso (homicídio simples) no Art. 121, estatuinto – Matar alguém: Pena – reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos. Nos termos do mesmo diploma legal, o ato de eutanásia é caracterizado como uma mera circunstância atenuante (homicídio dito privilegiado ou piedoso): Caso de diminuição da pena - § 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. Trata-se de um delito de ação penal pública mediante representação.

Vale a pena ressaltar que o relevante valor social ou moral (morte por misericórdia) não precisa ser unânime, basta a presunção ou a aceitação de uma parcela mediana da sociedade.

Do mesmo modo, o crime de suicídio assistido (também delito de ação pública mediante representação) encontra-se devidamente tipificado na nossa legislação penal, na forma de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio - Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça: Pena – reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.

De acordo com a Constituição Federal (Art. 5º, XXXVIII), o Código de Processo Penal (Art. 74, § 1º) e o Código Penal (Arts. 121 e 122), tais infrações (crimes consumados ou tentados) serão julgadas pelo Tribunal do Júri.

Há uma diferença considerável no que se refere ao respeito à autonomia do paciente nos aspectos éticos e penais, quando se compara o atendimento prestado, por exemplo, a um paciente testemunha de Jeová, politraumatizado e em estado agudo grave, com a condição de um portador de enfermidade crônica irrecuperável, em perene sofrimento físico e moral. No primeiro caso, a transfusão de sangue salvadora encontra abrigo no C.E.M. e no Código Penal, enquanto a tentativa de reanimação do paciente exemplificado no mieloma múltiplo previamente descrito nada representa em termos de risco iminente de vida, conceito que exige alguma chance real de salvamento.

Por isso, nosso Código Penal, ao descrever o crime de constrangimento ilegal (Art. 146), determina – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena – detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.

Outrossim, fica bem estabelecido no § 3º, que não se compreendem na disposição deste artigo: I- a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida; II- a coação exercida para impedir suicídio. Assim sendo, entendemos que o profissional médico que transfundir um paciente em condição análoga estará exercitando o estrito cumprimento do dever legal, ao passo que no outro exemplo haverá flagrante desrespeito e agressão ao bem-estar do paciente, que foi constrangido ilegalmente a sofrer mais até a consumação de sua morte, uma vez que seria tecnicamente impossível afastar o risco iminente de vida com qualquer ato médico.

Referências Bibliográficas

1. Código de Processo Civil, 27ª Ed., São Paulo, Editora Saraiva, 1997.
2. Código de Processo Penal, 37ª Ed., São Paulo, Editora Saraiva, 1997.
3. Custódio AJF – Constituição Federal Interpretada Pelo STF, 4ª Ed., São Paulo, Editora. Juarez de Oliveira, 1999.
4. Conselho Federal de Medicina – Iniciação À Bioética, Brasília, 1998.
5. Coutinho, LM – Código de Ética Médica Comentado, 2ª Ed., São Paulo, Editora Saraiva, 1994.
6. França GV – Comentários ao Código de Ética Médica, 3ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2000.
7. Francisconi CF, Goldim JR – Problemas de Fim de Vida: Paciente Terminal, Morte e Morrer. Em: Pinheiro CTS, Carvalho WB -PROAMI – Sistema de Educação Continuada À Distância – AMIB, São Paulo, Ed. Artmed/Panamericana, 2004; 65-81.
8. Jesus DE - Código Penal Anotado, 5ª Ed., São Paulo, Editora Saraiva, 1995.
9. Oliveira JC – 8 em 1 Acadêmico, São Paulo, Editora Lemos & Cruz, 2005.
10. Venosa SS – Novo Código Civil, São Paulo, Editora Atlas, 2002.

