

Conceitos e critérios de morte

O termo morte é usado em vários sentidos. Metaforicamente, morte pode significar o fim, o desaparecimento. Mesmo no seu sentido real, o termo morte é frequentemente empregue de forma ambígua significando umas vezes morrer, outras estar morto e a morte no seu sentido correcto. Mas morrer é o processo que conduz a estar morto e que ocorre em vida, portanto, pode ser experimentado; quando se diz que a morte de alguém foi muito longa, usa-se o termo morte de modo incorrecto, porque aqui morte é usado no sentido de morrer. Estar morto é um estado que ocorre após a morte e, claramente, não faz parte da vida. A morte está entre o morrer e o estar morto; está no fim do morrer e no princípio do estar morto [1].

Deve distinguir-se o conceito de morte de critério(s) de morte. O conceito de morte diz o que a morte é, enquanto que o critério ou os critérios de morte são as condições que nos permitem determinar se um indivíduo está morto segundo esse conceito. Portanto, os critérios de morte devem estar relacionados com um conceito de morte. O conceito de morte pode ser encarado do ponto de vista religioso ou filosófico, contudo, os critérios de morte são indicadores biológicos da irreversibilidade de um processo, pelos meios actualmente conhecidos. Por exemplo, para os cristãos a morte é o abandono do corpo pela alma, não havendo nenhum critério que permita determiná-lo, mas são aceites os critérios biológicos de morte estabelecidos. Os conceitos de morte secularizaram-se sobretudo durante o século XX, tendo os conceitos religiosos perdido influência. A determinação do momento da morte tem implicações importantes dos pontos de vista legal, social e ético.

A morte a nível celular é um processo, não é um acontecimento. A capacidade de resistir à anoxia varia com os tecidos. Sabe-se há muito tempo que as unhas e o cabelo podem continuar a crescer depois de o coração parar. A pele pode ser colhida e usada para transplantação após 24 horas de assistolia. Também se podem fazer enxertos de osso e de artérias colhidas 48 horas depois do

indivíduo ter sido declarado morto [2]. A morte como um evento, isto é, a destruição simultânea de todas as células do corpo é excepcional, podendo acontecer na carbonização por uma explosão nuclear [2]. O que interessa, portanto, não é determinar se todas as células estão mortas, mas o ponto de não retorno. O que importa é determinar o ponto a partir do qual o processo se tornou irreversível independentemente dos meios que se possam empregar para o reverter. Este ponto significa também a morte, o fim, do organismo biológico como um sistema integrado de tecidos e células [3]. O momento em que foi determinado esse ponto é o momento da morte. Os conceitos de morte, porém, não são, como já foi dito, apenas biológicos, são também filosóficos, morais e religiosos, gerando divergências profundas entre as pessoas. Alguns desses conceitos de morte e os critérios para a determinar serão descritos à frente.

A determinação da morte como uma actividade médica, como um diagnóstico, pode produzir resultados falsamente negativos ou positivos que dependem dos conceitos e dos critérios adoptados.

Uma das consequências de errar esse diagnóstico é considerar morto alguém que de facto está vivo (resultado falsamente positivo) e assim enterrar um indivíduo vivo. O medo de se ser enterrado vivo designa-se tafofobia. Esse medo aumentou sobretudo a partir de meados do século XVIII com a noção da morte aparente e foi, em certa medida, da responsabilidade dos médicos de então. Na realidade, sempre se tomaram precauções para evitar que um indivíduo vivo fosse enterrado. Os rituais religiosos e outros relacionados com a morte, como a higiene e exposição do corpo, deixar o rosto descoberto e o intervalo até à inumação são exemplos dessas precauções. Havia também o hábito de chamar em voz alta por três vezes o nome do presumido defunto – *conclamatio* [4]. Ainda hoje o papa é chamado três vezes pelo seu nome de baptismo na sua morte [4]. Os mais ricos faziam testamentos em que estipulavam o intervalo de tempo que desejavam que passasse entre a sua morte e a inumação, incluindo alguns que, antes do enterramento, fosse feita a escarificação, isto é, cortes na planta dos pés [4]. Na Alemanha, criaram-se instituições,

designadas obituários ou *vitae dubiae azilia*, onde eram depositados os corpos sob vigilância até ao início da putrefacção [4]. A partir da segunda metade do século XIX este terror de ser enterrado vivo foi-se atenuando. No entanto, ainda hoje para assegurar que a situação é definitiva, a autópsia ou a inumação do corpo não é permitida em muitos países antes de passarem 24 horas da verificação do óbito.

A morte cardiorrespiratória

Até ao fim do século XIX, a determinação da morte baseava-se na paragem respiratória e, a partir daí, com a descoberta da circulação sanguínea e da auscultação, passou a basear-se na paragem cardíaca [5]. Ainda hoje, na maioria dos casos é pela paragem cardiorrespiratória que se determina se alguém está morto. Acontece, porém, que a reanimação cardiorrespiratória e o desenvolvimento das técnicas e dispositivos de suporte da vida, substituindo as funções dos pulmões e do coração, criaram situações em que a determinação da morte é mais difícil.

Após o aparecimento dos ventiladores e das unidades de cuidados intensivos nos anos 50 do século XX foi possível manter artificialmente a função cardiorrespiratória. Disto resultou, porém, que alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida tinham perdido totalmente a função cerebral. Pela definição cardiorrespiratória de morte estes doentes estavam vivos. No entanto, manter-lhes a função cardiorrespiratória não lhes trazia qualquer benefício.

A morte do tronco cerebral/morte cerebral global (holocerebral)

A manutenção de indivíduos, cuja função cerebral total ou do tronco cerebral se tinha perdido definitivamente, ligados a ventiladores até à assistolia originou problemas legais, éticos, psicológicos e económicos. “Ventilar um cadáver” [2] repercutia-se negativamente nos profissionais que tratavam este corpo e sobretudo nos familiares que viam o processo arrastar-se por tempo indeterminado com custos directos para os familiares, nos países em que estes

cuidados tinham de ser suportados por eles, ou para toda a sociedade quando era o Estado que suportava o custo. Este problema só poderia ser resolvido se a definição de morte não continuasse a ser ligada à função cardiorrespiratória. Além disso, o desenvolvimento das técnicas de transplantação criou a necessidade de obter órgãos viáveis, que têm mais probabilidade de serem obtidos se forem extraídos de um corpo funcionante, o que acelerou o processo de reconsideração do conceito de morte. De facto, nos anos 50 do século XX começaram a fazer-se os primeiros transplantes renais e no final dos anos 60 do mesmo século fez-se o primeiro transplante cardíaco.

Em 1959, Mollaret e Goulon [6] deram o nome de coma ultrapassado (*coma dépassé*) ao estado dos doentes que tinham perdido as funções cerebrais incluindo as funções vegetativas. No mesmo ano, Wertheimer et al. consideraram que em certas condições se pode diagnosticar a morte do sistema nervoso central e puseram a questão de se, nessas circunstâncias, seria adequado prolongar a respiração artificial. Um importante defensor de uma nova definição de morte baseada em critérios neurológicos foi a Comissão Ad Hoc da Harvard Medical School em 1968 [7]. Esta comissão propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte. Aqui a designação foi de coma irreversível, em vez de coma ultrapassado, e foi descrito como um estado de não reactividade, sem movimento, respiração ou reflexos, e um electroencefalograma plano. Na Inglaterra o critério de morte cerebral é a morte do tronco cerebral, o que não é muito diferente visto que a morte do tronco cerebral implica a cessação da actividade cerebral [5]. Portugal também seguiu este caminho.

Com esta definição pretendia-se que doentes em morte cerebral, portanto sem hipóteses de sobreviver sem suporte intensivo, não fossem mantidos indefinidamente ligados a um ventilador, sem que tirassem disso algum benefício, e facilitar a colheita de órgãos para transplantação.

Os critérios para determinar a morte cerebral evoluíram desde os que foram expressos acima, tornando-se mais precisos para evitar a maior preocupação expressa relativamente a esta

definição de morte que era a de um estado de inconsciência reversível poder ser diagnosticado como morte cerebral.

Os critérios de morte cerebral só necessitam de ser explicitamente determinados quando as funções respiratórias e circulatórias são artificialmente mantidas, porque nas outras situações basta determinar a paragem cardiorrespiratória porque a esta se segue fatalmente a morte cerebral, dentro de poucos minutos.

Na realidade a importância do cérebro para a vida sempre foi considerada, talvez inconscientemente, fundamental. Por isso, o enforcamento e a decapitação foram, e infelizmente ainda são, usados para matar pessoas. Após uma decapitação o coração pode continuar a funcionar durante alguns minutos, o que se pode comprovar pelo jorro de sangue pelas carótidas, no entanto, não é provável que alguém considerasse que o decapitado continuava vivo. Também na cultura tradicional japonesa que considerava um ponto do abdómen, o *hara* ou *tanden*, que corresponde ao centro de gravidade, como centro da vida espiritual, o suicídio fazia-se pelo corte do abdómen, *haraquiri* ou *seppuku*, mas imediatamente a seguir a esse corte um companheiro decapitava o suicida. Estas práticas mostram bem que o cérebro sempre foi considerado indispensável à vida.

Hoje este conceito é o mais seguido. No entanto, foi rejeitada no Japão por razões religiosas e filosóficas [8], mas devido à impossibilidade de fazer transplantes, a legislação foi alterada em 1997 criando um padrão duplo em que a morte cerebral é aceite se o indivíduo for um dador de órgãos (existe um cartão de dador), mas se não for dador de órgãos o critério de morte é o da paragem cardíaca [9]. Também na Dinamarca o Conselho de Ética, órgão consultivo do governo dinamarquês, produziu um relatório recomendando que o critério de morte se deveria manter, ou seja, a cessação da actividade cardíaca [10]. Segundo este conselho, a morte é uma realidade complexa com aspectos religiosos, morais e humanos e, na experiência do dia a dia, a identidade

de uma pessoa compreende a integridade da consciência e o corpo, mas como a identidade não se relaciona menos com o corpo do que com a consciência, não se pode dizer que o processo de morte terminou enquanto houver respiração e batimentos cardíacos, o corpo se mantiver quente e a sua cor for normal, o que pode ser compatível com a morte cerebral. A destruição total das funções cerebrais significa, segundo o conselho, que o processo de morte começou e que é irreversível, mas só termina quando as funções respiratória e cardíaca cessarem [10]. Hoje a Dinamarca já adoptou o critério de morte cerebral como critério de morte, mas foi dos últimos países europeus a fazê-lo.

O conceito de morte cerebral parece ser compatível com as crenças católica, protestante, ortodoxa, judaica e islâmica sobre a natureza da morte [11].

A morte cerebral superior (neocortical)

Há doentes com dano cerebral de causas diversas com perda de consciência, mas que respiram espontaneamente. Se este estado se mantém por mais de um mês diz-se que os doentes estão em estado vegetativo persistente (EVP). Estes doentes não têm as funções cerebrais superiores que controlam a consciência, a cognição e as emoções, mas mantêm funções do tronco cerebral que lhes permite manter funções corporais, entre as quais a respiração, e ciclos de sono-vigília [12]. O EVP pode ser reversível. No entanto, ao fim de alguns meses, dependendo da causa e da idade do doente, a recuperação torna-se improvável [12,13]. Apesar de não terem consciência, estes doentes não estão incluídos na definição de morte cerebral global.

Considerar estes doentes mortos, isto é, se um doente com perda das funções cerebrais superiores, ainda que mantenha as funções corporais, está morto, está em debate. Os defensores do conceito de morte cerebral superior argumentam que o conceito de pessoa implica a existência de consciência e a capacidade de tomar decisões e dar permissão e não apenas a capacidade de manter algumas funções orgânicas. Segundo este conceito os doentes em EVP estão mortos

como pessoas, visto que perderam irreversivelmente a consciência e, portanto, não devem ser consideradas pessoas. Os defensores do conceito de morte cerebral superior objectam que no conceito de morte do tronco cerebral ou cerebral global o cérebro é considerado um órgão controlador e integrador das funções dos sistemas orgânicos, relegando para um lugar secundário, e não essencial, a sua função como responsável pela consciência [14,15].

A determinação da irreversibilidade da perda da função cerebral no EVP envolve várias dificuldades. Existe o receio de se produzir um número inaceitável de determinações falsamente positivas. De facto, há casos de diagnósticos errados de EVP [16]. Há, casos raros de recuperação tardia da consciência, embora para um estado de grande incapacidade e dependência total [17], pelo que tanto quanto sei nenhum estado adoptou na sua legislação a definição de morte cerebral superior. Nos Estados Unidos da América (EUA) os tribunais geralmente permitem a suspensão dos tratamentos de suporte da vida nos doentes em EVP a pedido dos familiares, baseando-se no direito à recusa de tratamentos de que gozam os doentes ou os seus representantes legais [18]. No entanto, alguns casos têm sido discutidos nos tribunais com base na ausência de evidência de que o indivíduo em EVP desejaria a suspensão do tratamento se pudesse decidir [19]. Noutros países é comum a suspensão da alimentação artificial [19]. Resolver o problema deste modo implica, porém, que se considera que esses doentes estão vivos, pelo que se as famílias quiserem que o tratamento continue e não houver qualquer indicação de que o doente quisesse outra coisa, não é possível suspender as medidas de suporte.

Neste conceito há ainda uma questão de intensidade, de que não está completamente isento o conceito de morte cerebral global. Isto é, quanta consciência é necessário ter para se considerar que a pessoa está viva. Este aspecto tem implicações importantes, nomeadamente, quanto aos doentes com demências, os quais vão perdendo gradualmente a função cognitiva, muitas vezes ao longo de anos, até chegarem a uma altura em que perdem a consciência de si próprios. Quando

se poderiam considerar mortos pela definição de morte cerebral superior não seria fácil de determinar.

Este conceito de morte envolve ainda problemas de ordem emocional e social resultantes de, nessas circunstâncias, os parentes e amigos do indivíduo e a sociedade em geral, aceitarem que quem respira espontaneamente possa estar morto.

Conclusão

Os conceitos de morte aqui expostos representam a resposta ou a adaptação aos problemas que a evolução da medicina suscita. O conceito de morte actualmente vigente, a morte do tronco cerebral ou cerebral global, teve uma aceitação praticamente universal porque acaba por ser um compromisso entre os conceitos referidos. Mais do que uma justificação ética, há razões práticas que levaram à sua adopção, nomeadamente, a sua aceitabilidade pela generalidade das pessoas e das religiões e a necessidade de obter órgãos para transplantação.

O progresso futuro da medicina poderá resolver algumas questões e criar outras. Por exemplo, a possibilidade de congelar pessoas logo após a sua morte (ou idealmente antes de morrer – actualmente um crime), de modo a possibilitar no futuro a cura da doença que as levaram à morte, o que criará? Como se poderia classificar o estado dessas pessoas enquanto congeladas?

Referências

1. Rosenbaum SE. How to be dead and not care: a defence of Epicurus. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:117-134.
2. Pallis C. Reappraising death. BMJ 1982;285:1409-1412.
3. Gillon R. Death. J Med Ethics 1990;16:3-4.

4. Ariès P. O morto-vivo. Em: Ariès P, ed. O Homem perante a morte – II. Mem Martins: Publicações Europa-América 1988a;122-134.
5. Faria R. O diagnóstico de morte: morte cerebral. Em: Archer L, Biscaia J, Osswald W, eds. Bioética. Lisboa: Editorial Verbo; 1996:372-377.
6. Mollaret P. Goulon M. Le coma dépassé : mémoire préliminaire. Revue Neurologique 1959 ;101 : 3-15.
7. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A definition of irreversible coma. JAMA 1968;205:85-88.
8. Verspiere P. Critérios de morte. Em: Hottois G, Parizeau MH, eds. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998:105-110.
9. McConnell JR. The ambiguity about death in Japan: an ethical implication for organ procurement. J Med Ethics 1999;25:322-324.
10. Rix BA. Danish ethics council rejects brain death as the criterion of death. J Med Ethics 1990;16:5-7.
11. Lamb D. Death and reductionism: a reply to John F Catherwood. J Med Ethics 1992;18:40-42.
12. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. N Engl J Med 1994;330:1499-1508.
13. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support. JAMA 1990;263:426-430.
14. Engelhardt HT. The endings and beginnings of persons: death, abortion, and infanticide. Em: The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press, 2^a ed; 1996b:239-287.
15. Rich BA. Postmodern personhood: a matter of consciousness. Bioethics 1997;11:206-216.
16. Zeman A. Persistent vegetative state. Lancet 1997;350:795-799.

17. Childs NL, Mercer WN. Brief report: late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. *N Engl J Med* 1996;334:24-25.
18. Schlotzhauer AV, Liang BA. Definitions and implications of death. *Hematol Oncol Clin N Am* 2002;16:1397-1413.
19. Singer P. Tony Bland and the sanctity of human life. Em: Singer P, ed. *Rethinking life and death*. New York, NY: St. Martin's Griffin; 1994b:57-80.