

# Conceitos e Critérios de Morte

Ferraz Gonçalves<sup>1</sup>

## RESUMO

Através dos tempos os conceitos da morte e os critérios para a determinar evoluíram, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. No início, era observando se um indivíduo respirava ou não que se determinava se estava vivo ou morto. Depois, com o aparecimento do estetoscópio, a existência ou não de batimentos cardíacos passou a ser determinante. Com a invenção da reanimação cardíaco-pulmonar e da ventilação mecânica e o início da transplantação de órgãos, a morte passou a ser determinada pela perda das funções cerebrais totais ou do tronco cerebral. Alguns filósofos e eticistas consideram ainda que deve ser pela perda irreversível das funções cerebrais superiores, as que fazem de nós pessoas, que se determina a morte.

Nascer e Crescer 2007; 16(4): 245-248

## INTRODUÇÃO

Embora as pessoas falem muitas vezes como se não fizessem parte da natureza, na verdade somos um dos seus produtos e estamos dependentes dela. Por isso, como sucede com todos os outros seres vivos, todos os que pertencem à nossa espécie morrem. É o que temos de mais certo, como diz o povo. Na verdade, só existimos porque a morte é uma realidade natural. Se não houvesse morte não haveria renovação nem evolução, pelo que a diversidade da vida que hoje existe e, portanto, nós próprios não existiríamos.

Tememos, em geral, a morte, e, portanto, não a desejamos. Como di-

ria Woody Allen “Não é que eu tenha medo da morte; eu apenas não quero estar lá quando isso acontecer” ou “Não quero atingir a imortalidade com o meu trabalho, mas sim não morrendo”. A racionalidade desse medo tem sido alvo de reflexão por muita gente, entre os quais se incluem, como é natural, os filósofos. De facto, a morte é um tema central da filosofia, e como sempre o modo como o tema é encarado é muito variado. Por exemplo, para Montaigne “filosofar é aprender a morrer”<sup>(1)</sup>, o que significa que o melhor modo de lidar com a questão, é pensar nela frequentemente. Opinião diferente é a de Espinoza para quem “O homem livre em nada pensa menos que na morte; e a sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas da vida”<sup>(2)</sup>. Já para Epicuro, “a morte não é nada para nós ... porque quando estamos vivos, a morte não veio, e quando a morte vem, nós já não estamos”<sup>(3)</sup>. O que significa que enquanto estamos vivos a morte não nos afecta e que estando mortos nada sentimos e, portanto, estar morto não pode ser mau para quem morre.

Há, porém, pessoas que desejam a morte. Esse desejo advém do sofrimento, seja qual for a sua origem. Mas a grande maioria não a deseja, mesmo quando sofre, por vezes intensamente. Como diria Schopenhauer, a negação da vontade de viver consiste na fuga dos prazeres, não do sofrimento da vida. Isto quer dizer que, no fundo, não é morrer que as pessoas que sofrem querem, mas verem-se livres desse sofrimento. Quem, genuinamente, não quer viver, foge aos prazeres da vida e não ao sofrimentos.

O termo morte é vulgarmente usado em vários sentidos. Pode significar o fim de alguma coisa ou de uma época. No seu sentido real, o termo morte é usado

significando umas vezes morrer, outras estar morto e no seu sentido correcto. 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 no sentido de morrer. Estar morto é um estado que ocorre após a morte, não fazendo parte da vida. A morte está entre o morrer e o estar morto.

## CONCEITOS E CRITÉRIOS DE MORTE

O conceito de morte diz-nos o que a morte é. O critério ou os critérios de morte são as condições que nos permitem determinar se um indivíduo está morto segundo esse conceito. O conceito de morte pode ser encarado de vários pontos de vista como o religioso, o filosófico e o biológico. Contudo, os critérios de morte são indicadores biológicos. 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. As células não morrem todas ao mesmo tempo. É por isso que as unhas e o cabelo podem continuar a crescer ou que a pele pode ser usada para transplantação 24 horas após a paragem cardíaca. Então, o que há que determinar é o ponto em que a situação se tornou irreversível, independentemente dos meios que se possam empregar, e não se todas as células do corpo estão mortas. O momento em que foi determinado esse ponto é o momento da morte.

Determinar se alguém está morto parece ser fácil e é-o geralmente. Porém, os conceitos de morte podem incluir, além dos aspectos biológicos, elementos de ordem filosófica, moral e religiosa, havendo discordâncias inconciliáveis entre alguns desses conceitos.

<sup>1</sup> Unidade de Cuidados Paliativos – IPO Porto

A determinação da morte como uma actividade médica, é um diagnóstico, e como tal pode produzir resultados falsamente negativos ou positivos. Uma consequência dramática de um resultado falsamente positivo, isto é, considerar morto alguém que de facto está vivo, é enterrá-lo vivo. Esta possibilidade é reconhecida, pelo que sempre se tomaram precauções para a evitar. 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*<sup>(5)</sup>. Ainda hoje o papa é chamado três vezes pelo seu nome de baptismo na sua morte. Mesmo actualmente, 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 CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

O modo tradicional de determinar a morte foi a paragem respiratória. O momento em que se deixava de respirar era o momento da morte. E assim foi até ao final do século XIX. Depois, com a descoberta do estetoscópio e da auscultação, passou a basear-se na paragem cardíaca<sup>(1)</sup>, prática que ainda hoje se usa para a maioria das situações.

Contudo, após a invenção da ventilação artificial boca a boca e da massagem cardíaca externa, nos anos 50 do século XX, foi possível, em alguns casos, reverter a paragem cardíaca e respiratória. E o aparecimento dos ventiladores e das unidades de cuidados intensivos na mesma época tornaram possível manter artificialmente a função cárdio-respiratória. Assim, o que era tido como certo, passou a não o ser.

Como disse atrás é pela paragem cárdio-respiratória que ainda hoje se determina se alguém está morto, na maioria dos casos. Mas do desenvolvimento da reanimação cárdio-respiratória e das técnicas e dispositivos de suporte da vida resultou em que alguns doentes com a função respiratória artificialmente mantida tinham perdido totalmente a função cere-

bral. Pela definição cárdio-respiratória de morte estes doentes estavam vivos.

## 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 paragem cardíaca originou problemas legais, éticos, psicológicos e económicos. “Ventilar um cadáver”<sup>(6)</sup> não beneficiava ninguém, nem o próprio, nem os profissionais nem os familiares. Sobretudo estes que viam o processo arrastar-se por tempo indeterminado com custos inerentes a nível emocional mas também financeiro, dependendo do sistema de saúde. Havia também custos para a sociedade em geral.

Na mesma época assistiu-se ao desenvolvimento das técnicas de transplantação com a consequente necessidade de órgãos viáveis, que têm mais probabilidade de serem obtidos se forem extraídos de um corpo funcionante. 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.

Tudo isto criou uma necessidade de alterar o conceito de morte que já não estava de acordo com a nova realidade, colidindo muitas vezes com o bom senso e com a necessidade de beneficiar outras pessoas com os novos desenvolvimentos da medicina.

Em 1959, Mollaret e Goulon<sup>(7)</sup> deram o nome de coma ultrapassado (*coma dépassé*) ao estado dos doentes que tinham perdido as funções cerebrais incluindo as funções vegetativas. Em 1968, a Comissão *Ad Hoc* da Harvard Medical School propôs que fosse declarada a morte de um indivíduo em coma irreversível, antes de se desligarem os meios de suporte<sup>(8)</sup>. 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<sup>(4)</sup>.

Com este novo conceito pretendia-se que doentes que tinham perdido irreversivelmente a actividade 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. No Quadro 1 podem ver-se os critérios em vigor em Portugal, onde foi adoptado o conceito de morte do tronco cerebral<sup>(9)</sup>.

É de reforçar a ideia de que estes critérios de morte cerebral só necessitam de ser determinados quando as funções respiratórias e circulatórias são mantidas artificialmente, bastando nas outras situações determinar a morte pela paragem cárdio-respiratória, porque a esta se segue fatalmente a morte cerebral, dentro de poucos minutos.

O conceito de morte cerebral total ou de morte do tronco cerebral é seguido na maioria dos países. No entanto, foi rejeitado durante algum tempo em países com culturas tão diferentes, como Japão e a Dinamarca, por razões religiosas, éticas e filosóficas<sup>(10)</sup>, mas a procura de órgãos para transplante fez com que tenha acabado por ser aceite nesses países.

O conceito de morte cerebral parece ser compatível com as crenças católica, protestante, ortodoxa, judaica e islâmica sobre a natureza da morte<sup>(11)</sup>.

## A MORTE CEREBRAL SUPERIOR (NEOCORTICAL)

Embora, em termos práticos, a questão da morte esteja resolvida para já, há pelo menos mais uma concepção diferente da morte. Esta resulta, entre outras, da questão do estado vegetativo persistente (EVP). No EVP há dano cerebral de causas diversas com perda das funções cerebrais superiores que controlam a consciência, a cognição e as emoções, mas as funções do tronco cerebral que permitem manter funções

corporais, entre as quais a respiração, e ciclos de sono-vigília mantêm-se<sup>(12)</sup>. Este estado pode ser reversível, mas ao fim de alguns meses, dependendo da causa e da idade do doente, a recuperação torna-se improvável<sup>(12,13)</sup>. Como há funções cerebrais, nomeadamente as do tronco cerebral, estes doentes não estão incluídos na definição de morte cerebral global ou de morte do tronco cerebral.

Há, porém, quem defenda o conceito de morte cerebral superior argumentando que nessas circunstâncias o indivíduo já não é uma pessoa, porque o conceito de pessoa implica a existência de consciência e a capacidade de tomar decisões e assumir responsabilidades e não apenas a capacidade de manter algumas funções orgânicas. Portanto, os doentes em EVP estariam mortos como pessoas, visto que perderam irreversivelmente a consciência. Os defensores deste conceito de morte afirmam 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, sendo a sua função como responsável pela consciência, a sua função mais nobre, vista como não essencial<sup>(14,15)</sup>.

A determinação da morte segundo este conceito é mais difícil, devido aos problemas que envolvem a determinação da irreversibilidade da perda da função cerebral no EVP e até o seu diagnóstico, tendo-se detectado casos de diagnósticos errados de EVP<sup>(16)</sup>. 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 pode ser particularmente importante em situações como doentes com demências, em que há uma perda gradual da função cognitiva, pelo que não seria fácil determinar quando se poderiam considerar mortos pela definição de morte cerebral superior.

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.

### **OS RECÉM-NASCIDOS ANENCEFÁLICOS COMO DADORES DE ÓRGÃOS**

A anencefalia é uma anormalidade do desenvolvimento do sistema nervoso central que resulta na ausência congênica

do cérebro, crânio e couro cabeludo<sup>(17)</sup>. Como estes recém-nascidos não têm córtex cerebral, não têm nem podem vir a ter qualquer grau de consciência reflexiva. No entanto, tal como acontece no EVP, o seu tronco cerebral funciona total ou parcialmente, por isso mantêm pelo menos algumas funções do corpo como a respiração, a sucção, movimentos espontâneos, etc. A maioria desses recém-nascidos morre no primeiro dia e menos de 10% sobrevive mais do que uma semana.

A escassez de órgãos para transplante em crianças levou a que se considerasse a possibilidade de colher órgãos nos recém-nascidos anencefálicos, nomeadamente alguns pais destas crianças que assim veriam uma finalidade no nascimento do seu filho pelo bem que resultaria para outras criança da doação dos órgãos. Porém, estas crianças não estão mortas, segundo o conceito vigente de morte cerebral total ou de morte do tronco cerebral, condição necessária para se poder fazer a colheita de órgãos. Por outro lado, a colheita dos seus órgãos depois da morte natural dos recém-nascidos com anencefalia permite o sucesso em apenas um em cada nove transplantes<sup>(18)</sup>.

### **Quadro I - Critérios de morte cerebral**

<b>A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.</b>	
<b>I - Condições prévias</b>	Para o estabelecimento do diagnóstico de morte cerebral é necessário que se verifiquem as seguintes condições: 1) Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica; 2) Estado de coma com ausência WWde resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos; 3) Ausência de respiração espontânea; 4) Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas, agentes depressores do sistema nervoso central e ou de agentes bloqueadores neuromusculares, que possam ser responsabilizados pela supressão das funções referidas nos números anteriores.
<b>II - Regras de semiologia</b>	1) O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral: a. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo; b. Reflexos oculocefálicos; c. Reflexos oculovestibulares; d. Reflexos corneopalpebrais; e. Reflexo faríngeo. 2) Realização da prova de apneia confirmativa da ausência de respiração espontânea.
<b>III - Metodologia</b>	A verificação da morte cerebral requer: 1) Realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas com intervalo adequado à situação clínica e à idade; 2) Realização de exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário; 3) A execução das provas de morte cerebral por dois médicos especialistas (em neurologia, neurocirurgia ou com experiência de cuidados intensivos); 4) Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e pelo menos um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

Haveria três possibilidades de resolver este problema<sup>(18)</sup>:

- 1) os recém-nascidos anencefálicos serem considerados mortos, porque não têm possibilidade de virem a ter consciência e a sua sobrevivência é muito curta;
- 2) adoptar a definição de morte cerebral superior; ou
- 3) considerar os recém-nascidos anencefálicos um grupo especial aplicando-lhes leis especiais.

O "Council on Ethical and Judicial Affairs" da Associação Médica Americana (AMA) começou por concluir que a doação de órgãos de crianças anencefálicas só era legítima após a sua morte, quer ela tenha ocorrido por cessação da função cardíaca ou da função cerebral, mas depois mudou de opinião para mais tarde voltar à posição inicial<sup>(17)</sup>. As mudanças de opinião descritas mostram bem as dificuldades que esta questão envolve e que têm a ver com questões éticas, mas também com os desenvolvimentos científicos, com os sentimentos individuais e com a opinião pública.

## CONCLUSÃO

O conceito de morte do tronco cerebral ou cerebral global, resultante de problemas e soluções que a evolução recente da medicina foi criando, é aceite universalmente por razões éticas, mas sobretudo por razões práticas, nomeadamente, a sua aceitabilidade pela generalidade das pessoas e a necessidade de obter órgãos para transplantação.

O progresso futuro da medicina continuará, provavelmente, a resolver alguns problemas e a criar outros. As respostas a esses problemas serão também orientadas por razões de ordem prática ficando em segundo plano a reflexão filosófica e ética.

## CONCEPTS AND CRITERIA OF DEATH

### ABSTRACT

The concept of death and definition of death have evolved, particularly in the second half of the XXth century. Initially

observation of breathing determined the definition of death but with the development of the stethoscope the emphasis changed to the existence or absence of a heartbeat. Following the invention of cardiopulmonary reanimation and mechanical ventilation, coupled with the start of organ transplant techniques, death is currently determined by loss of function of the whole brain or of the brain stem. Some philosophers and ethicists consider that irreversible loss of the higher mental functions, which make people what they are, is the absolute determinant of death

Nascer e Crescer 2007; 16(4): 245-248

## BIBLIOGRAFIA

1. Murphy JG. Rationality and the fear of death. Em: Fischer JM, ed. The metaphysics of death. Stanford, California: Stanford University Press; 1993:43-58.
2. Espinoza B. Da servidão humana ou das forças das afecções: proposição LXVII. Em Espinoza B. Ética. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1992:423-424.
3. 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.
4. Faria R. O diagnóstico de morte: morte cerebral. Em: Archer L, Biscaia J, Osswald W, eds. Bioética. Lisboa: Editorial Verbo; 1996:372-377.
5. Ariès P. O morto-vivo. Em: Ariès P, ed. O Homem perante a morte – II. Mem Martins: Publicações Europa-América 1988;122-134.
6. Pallis C. Reappraising death. BMJ 1982;285:1409-1412.
7. Mollaret P, Goulon M. Le coma dépassé : mémoire préliminaire. Revue Neurologique 1959 ;101 : 3-15.
8. 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.

9. Declaração da Ordem dos Médicos sobre os critérios de morte cerebral (prevista no artigo 12º da Lei nº 12/93, de 22 de Abril). Diário da República – I Série B, nº 235, 11.10.1994.
10. Verspieren P. Critérios de morte. Em: Hottois G, Parizeau MH, eds. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget; 1998:105-110.
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, 2ª 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. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. The use of anencephalic neonates as organ donors. JAMA 1995;20:1614-1618.
18. Lafreniere R, McGrath MH. End-of-life issues: anencephalic infants as organs donors. J Am Coll Surg 1998;187:443-447.

## CORRESPONDÊNCIA

Dr. Ferraz Gonçalves  
Unidade de Cuidados Paliativos  
Instituto Português de Oncologia  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 Porto  
E-mail: ferrazg@ipoporto.min-saude.pt  
ou ferrazg@netcabo.pt