



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA
Presidência do Conselho de Ministros

PARECER SOBRE O CRITÉRIO DE MORTE (10/CNECV/95)

1 – Introdução

A publicação da Lei sobre transplantes de órgãos (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril), que estabelece como *critério de morte* a “morte cerebral”, e a persistência do critério médico-legal de morte como a paragem definitiva das funções respiratória e circulatória, suscitam apreciável confusão.

Esta situação pode originar, pelo menos, duas conclusões perversas e ambas erradas. Por um lado, a de que, tendo uma pessoa em “morte cerebral” sido escolhida para dador de órgãos e não tendo sido feita a transplantação, teria de ser considerada “novamente viva”, por não ter havido ainda o preenchimento do critério médico-legal de morte, o da paragem definitiva das funções respiratória e circulatória.

Por outro, a de se poder suspeitar de que a escolha do critério de “morte cerebral” teria um objectivo meramente utilitarista.

2 – Adopção do critério de morte cerebral

A adopção do critério da “morte cerebral” como critério de morte implica a avaliação dos seus fundamentos científicos, técnicos e éticos.

A trave mestra do conceito de morte clínica, é a cessação irreversível¹ e irreparável de uma função vital.

Com efeito, tudo se centra no conhecimento de quais são as funções vitais e onde se localizam e na verificação da sua ausência permanente.

3 – Breve referência histórica

Antigas culturas, muito anteriores a Cristo, já consideravam o cérebro como órgão central da vida. O “sopro vital” foi evidenciado como critério de vida na literatura de índole religiosa, científica e até comum.

Desde o século XVII, devido à descoberta por Harvey da circulação e do papel central do coração nesta função, o funcionamento deste órgão foi dito como evidência da presença de vida. Desde então, a ausência de actividade espontânea do coração, da respiração e do cérebro eram os critérios de morte. E, ao admitir-se que as disfunções tinham esta cronologia, fácil é entender que a paragem sustentada do coração fosse o critério de morte, já que a dos outros dois órgãos era considerada como sua consequência.

Neste século, no fim dos anos 50, iniciaram-se com a Escola Francesa de Reanimação técnicas de suporte artificial e prolongado da falência de órgãos isolados, ou mesmo “multiórgãos”, o que levou à concepção de “cuidados críticos”². As próteses ventilatórias, a hemodiálise e as massagens, desfibrilação e “pacing” cardíacos, associados à nutrição adequada por via parentérica, passaram a permitir



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

suprir durante certo tempo, muitas vezes prolongado, a disfunção ou mesmo a ausência dessas funções vitais.

A concentração dessas técnicas de terapêutica de intervenção e de pessoal adestrado em unidades, designadas de tratamento intensivo ou de reanimação, vieram aumentar o número de doentes em estado crítico, em regra inconscientes, e originaram vários estádios intermediários entre a vida e a morte, que ainda hoje criam problemas éticos complexos. Estes, embora conexos com o critério de morte, vão para além deste, como acontece, por exemplo, com o estado vegetativo, caracterizado por o doente ter algum grau de consciência, ter autonomia respiratória, mas não exibir as características da personalidade (vontade, linguagem, decisão, etc.), isto é, está *“awake but not aware”*.

GUY MOLLARET foi um dos primeiros intensivistas a dar-se conta dos problemas éticos e humanos resultantes da sustentação artificial das “funções vitais” em alguns ou mesmo na maioria dos doentes em estado de irreversibilidade das funções cerebrais. Este estado foi, efectivamente, designado por “MOLLARET” como “coma ultrapassado”, e correspondia ao que hoje designamos por “morte cerebral”.

Em 1957, num Congresso de Anestesiologia realizado em Roma, o Papa Pio XII, ao receber os participantes, exprimiu-se no sentido de que eles fomentassem o diálogo ético que esta nova problemática suscitava, referindo que o que se encontrava escrito na Bíblia não era limitativo dessa discussão.

4 – Objectivos

O facto do início do diálogo ético acerca desta matéria ter precedido em alguns anos as transplantações de órgãos de cadáver, exclui a ideia de que a sua motivação tenha sido a necessidade de aumentar o número de dadores de órgãos.

Embora este objectivo seja, indiscutivelmente, um dos que justifica a necessidade da maior precocidade possível do diagnóstico de morte, existem outras razões fundamentais para isso. Entre elas se contam, sobretudo, as de carácter humanitário, mas ainda a da preocupação que deve existir em atingir a equidade na utilização dos recursos disponíveis face às necessidades nos cuidados de saúde, o que é particularmente sensível no “intensivismo”.

A manutenção de cadáveres com suportes ventilatório e circulatório artificiais é uma atitude “terapêutica” inútil, e priva doentes em situação crítica, mas não irreversivelmente lesados do ponto de vista cerebral, de viver ou de o virem a fazer com a qualidade indispensável.

5 – Esclarecimento de uma questão

Na avaliação da “morte cerebral” como critério de morte, o único aceitável, levanta-se uma questão: devemos considerar naquele conceito a irreversibilidade das funções do tronco cerebral (que, dado o seu desempenho na recepção, decodificação e integração de aferências internas e externas e na decisão eferente para os diferentes órgãos, é essencial à harmonização global do cérebro) ou deve entender-se que se trata da morte de todo o cérebro.

A resposta é que o critério de morte definido pela irreversibilidade das funções do tronco cerebral deve ser o adoptado, pelas razões seguintes:



CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

Presidência do Conselho de Ministros

- a) só as estruturas nele existentes permitem a integração das diferentes funções vitais e permitem, portanto, a unidade e reacção que caracterizam o funcionamento do corpo como um todo;
- b) em indivíduos inconscientes, a disfunção irreversível do tronco cerebral é de avaliação mais rápida, fiável e segura do que a das restantes estruturas, nomeadamente as talâmicas e corticais;
- c) não é aceitável admitir como critério de morte o mau funcionamento, ou mesmo o não funcionamento (próteses ventilatórias e cardíacas) de órgãos que podem ser substituídos por transplantes.

Aliás, é hoje praticamente universal o diagnóstico de morte pela verificação da irreversibilidade das actividades do tronco cerebral.

6 – Conclusão

O critério de morte cerebral é a comprovação da cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sendo exigível, no plano ético, que esse critério seja usado univocamente na legislação, e não apenas no respeitante a transplantações.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 1995

O Relator,
Prof. Doutor Falcão de Freitas

O Presidente do Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida
Augusto Lopes Cardoso

¹ Ganho de uma unidade por “*feedback*” positivo em cada unidade de tempo de qualquer parâmetro vital, regulado em condições normais por “*feedback*” negativo, como, por exemplo, a pressão arterial.

² Isto é, cuidados sem os quais a morte sobrevem inevitavelmente ao doente (“doente crítico”) em curto prazo.