

Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal

Reinaldo Ayer de Oliveira

Há grande dificuldade em definir, de forma clara e objetiva, quando a vida termina. No campo da bioética, a eutanásia, provavelmente, é um dos temas mais polêmicos e delicados. A possibilidade dos transplantes rompeu uma barreira conceitual introduzindo a noção de morte encefálica como critério de morte da pessoa humana, com possível disponibilidade de órgãos e tecidos do seu corpo. A morte encefálica, expressão da irreversibilidade das lesões do sistema nervoso central, adquiriu estatuto próprio e sua definição passou a ser estabelecida por lei e normas complementares. Nos últimos tempos, tem havido dificuldade para entender-se o fenômeno da morte em diversas situações, especialmente quando se reconhece que o doente está em fase conhecida como terminal de vida – dificuldade essa que tem gerado grande debate envolvendo pessoas do meio científico ou não.



Reinaldo Ayer de Oliveira
Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e docente de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Unitermos: bioética, terminalidade de vida, morte encefálica, eutanásia, distanásia

Introdução

Entre todos os que de alguma forma preocupam-se ou dedicam-se ao cuidado de seres humanos, há grande dificuldade em definir quando a vida termina. Como vivemos em um ambiente social e cultural de pluralidade, no qual as pessoas não compartilham da mesma idéia sobre a vida e a morte, a questão suscita conflitos.

No campo da bioética, a eutanásia é um dos temas mais polêmicos e delicados. A definição do termo eutanásia não expressa de forma completa o debate atual sobre o término da vida. Ao longo do tempo, a palavra perdeu seu sentido moderno atribuído a Francis Bacon (1605) em *Do progresso e da promoção de saberes*, que aos médicos sugeria “ao mesmo tempo aperfeiçoar sua arte e dar assistência para facilitar e suavizar a agonia e os sofrimentos da morte”.

Com os incríveis avanços da ciência, a morte passou a ser considerada uma ocorrência súbita caracterizada pela interrupção total das atividades vitais. Em especial, o senso comum entendia a morte como a parada do coração. Cientificamente, a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, a cessação da circulação e da respiração significavam o fim da vida – a morte.

Nos anos 60, esse conceito foi modificado, em virtude da constatação de estados denominados de coma, em conseqüência de reversão de parada cardiorrespiratória, por meio de massagem cardíaca externa e interna, além da instituição de ventilação pulmonar artificial. A vítima de uma parada de batimentos cardíacos e, conseqüentemente, de movimentos respiratórios passou a ter a possibilidade de reanimação, recuperando as suas funções vitais, integralmente ou não – podendo restar seqüelas de maior ou menor gravidade. Em caso de lesão grave do sistema nervoso central, decorrente de baixa oxigenação do tecido cerebral durante as manobras de reanimação, poderia entrar em estado de coma permanente – ou seja, a atividade cerebral estaria totalmente prejudicada. A cuidadosa avaliação da extensão e gravidade da lesão cerebral definia o prognóstico e, sobretudo, a conduta a ser seguida pela equipe que atendia a pessoa.

Com o advento dos transplantes de órgãos e tecidos – em especial a retirada do coração ainda contraindo –, inaugurou-se nova abordagem ao que vinha sendo considerado o fim da vida: a parada cardíaca. A viabilidade dos transplantes rompeu uma barreira conceitual e introduziu a noção de morte cerebral como

critério de fim de vida de uma pessoa, com a possível disponibilidade de órgãos e tecidos de seu corpo. A exemplo do que ocorre com a morte celular – em que não se pode precisar o ponto de retorno entre a vida e a morte da célula –, a reanimação cardíaca com lesão cerebral grave e irreversibilidade de funções exigiu nova compreensão sobre o término da vida. Dessa forma, a ocorrência da morte deixou de ser considerada fenômeno súbito e terminal, tornando-se processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, seqüência de eventos terminativos (1).

No final dos anos 80, o desenvolvimento de sofisticados equipamentos de recuperação e preservação de funções orgânicas vitais possibilitaram uma verdadeira revolução científica e tecnológica na atenção ao portador de afecção grave, aguda ou crônica. Os ventiladores artificiais viabilizaram o aporte de oxigênio aos pulmões e, conseqüentemente, a oxigenação dos tecidos; os equipamentos de diálise puderam substituir as funções renais; os marca-passos passaram a auxiliar ou determinar o ritmo dos batimentos cardíacos; o desenvolvimento de medicamentos com ações específicas permitiram recuperar algumas funções vitais. A criação de unidades de terapia intensiva, com recursos materiais e pessoal altamente qualificados, promoveu alteração conceitual sobre o momento da morte.

Da sofisticação do diagnóstico e da possibilidade de reverter situações que no passado eram consideradas irreversíveis, emergiram os conflitos éticos relacionados à indicação, aplicabilidade e manutenção dos suportes avançados de

vida. Essas questões referem-se à relação entre tentativa e resultado. De fato, a introdução de massagem cardíaca externa e da reanimação cardiopulmonar alterou a curva de sobrevivência dos indivíduos que sofriam parada cardíaca, demonstrando que a prática interferia na “esperada” morte do indivíduo. Criou-se a expectativa de continuidade da vida em situações em que a parada do coração foi revertida.

Apesar dos resultados decorrentes de diagnósticos sofisticados, com alto grau de precisão e terapêuticas avançadas, houve certa frustração em relação a algumas situações que levavam as pessoas à morte, entre elas o politraumatismo, o choque irreversível e a sepse. Nessas situações, a caracterização da morte não deixava dúvidas – entendida como fenômeno de morte celular que envolvia parte ou todo o organismo.

A constatação da morte celular, com a consequente falência de órgão, sistema e/ou tecido, viabilizou a criação de protocolos de prognóstico, definindo, de certa forma, a possibilidade de evolução para a morte daquela pessoa. Assim, a determinação precisa da falência de um órgão, sistema e e/ou tecido definia a irreversibilidade de um conjunto de acontecimentos que resultavam na morte. Contudo, os avanços científicos e tecnológicos propiciaram a ação localizada na reversão da falência de um ou outro órgão, sistema e/ou tecido, em especial a substituição da função por um equipamento, medicamento ou a associação dos mesmos. A tentativa de reversão ou substituição da função gerou novo conflito: manter ou suspender as medidas de sustentação de um órgão, sistema e/ou tecido por tempo indefinido?

A literatura e a prática médica demonstram que a possibilidade de reversão pode estar relacionada ao órgão, sistema ou tecido atingidos, gravidade e tempo de agravo. Atualmente, a falência do sistema nervoso central é considerada como critério de morte em vários países, inclusive o Brasil (2).

A morte cerebral, fatalmente, nos remete à questão dos transplantes. Indubitavelmente, o desenvolvimento de estratégias de captação de órgãos, tecidos e de técnicas de transplantes significou importante avanço à prática médica no século XX, possibilitado em grande parte pela aceitação ética e científica do diagnóstico de morte cerebral ou morte encefálica.

A valorização do corpo humano como reserva e fonte de órgãos e tecidos para fins de transplante pode suscitar conflitos éticos e jurídicos pelo fato de que o corpo é, por princípio, inviolável e inalienável. A morte encefálica, expressão da irreversibilidade das lesões do sistema nervoso central, adquiriu um estatuto próprio e sua definição passou a ser estabelecida por lei e normas complementares (3, 4).

Para a viabilidade dos transplantes, surgiu a condição de consentimento do doador. O cadáver passou a ser visto como depositário de alternativa de suporte de uma outra vida. Percebe-se, então, importante mudança no valor do corpo humano: como material anatômico, seu uso para fins didáticos e/ou científicos passou a ter finalidade terapêutica. Mas, no âmbito da afetividade, o cadáver pertence à família, que trata das solenidades de luto e do sepultamento. O cadáver não pode ser

vendido, é inacessível aos negócios habituais – é *res extra commercium*. O corpo humano é de natureza extrapatrimonial.

Uma pequena digressão: da complexa compreensão do que significa um ser humano, sobretudo considerando conceito de vida como as relações entre seres e, destes, com o meio em que vivem, podemos dizer que o cadáver já não é mais uma pessoa. Passa a constituir-se algo, uma coisa. Segundo o conceito jurídico, o que não pode ser pessoa é, portanto, coisa. A pessoa natural termina com a morte – é a morte real.

Quando são adotados os suportes de vida, surgem grandes dificuldades para a conceituação rigorosa de morte. As doenças incuráveis ou aquelas que, em determinado momento evolutivo, não respondem às medidas terapêuticas dificultam as interpretações dos sinais vitais do doente. Se, por um lado, o diagnóstico médico-legal relaciona a morte aos fenômenos abióticos que levam a lesões irreversíveis de órgãos e tecidos; por outro, os avanços da tecnociência permitem a substituição, ainda que temporária, de determinada função orgânica, possibilitando, às vezes, sua recuperação. Portanto, a morte deverá ser entendida na complexidade do fenômeno vida. São dois estados que se excluem mutuamente – estar vivo e estar morto –, sem que caiba um meio termo. Definido um, estará conceituado o outro como corolário.

É possível estabelecer claramente a diferença entre uma célula viva e uma célula morta – a dificuldade fica por conta de estabelecer o momento em que acontece a transição da vida

para a morte. A integridade da membrana celular, o metabolismo energético e a síntese de proteínas compõem um sistema de manutenção de todas as funções celulares que pode ser chamado de vida. Assim, a morte é a desintegração desse sistema – a necrose celular. Exemplo: infarto agudo do miocárdio, no qual a interrupção do fluxo sanguíneo em uma artéria coronariana com lesão obstrutiva tem como conseqüência a redução da nutrição e da oxigenação do tecido muscular cardíaco. As tentativas de utilização de uma via anaeróbica para preservação do metabolismo celular, dependendo do grau de obstrução da artéria coronária, pode não resultar em compensação da falta de oxigenação adequada. A célula muscular entra em sofrimento. Em pouco tempo, surgem alterações mitocondriais, seguidas de ruptura da membrana e necrose celular. Necrose celular é a morte celular – cujo resultado é irreversível.

O corpo humano resulta de incontável número de células que se organizam em tecidos, órgãos e sistemas controlados e integrados num estado harmônico definido como higidez. Por sua vez, o estado de higidez não é absoluto – o corpo humano pode sobreviver sem algumas de suas funções, órgãos ou segmentos do corpo. Os avanços tecnocientíficos tornaram possíveis as substituições temporárias ou permanentes de órgãos por meio de diálise, transplantes, implante de próteses e órteses, etc.

Apesar das mudanças de referenciais de integridade e de higidez do corpo humano, ainda prevalece o conceito de que as funções vitais, de alguma maneira, possibilitam a harmonia do conjunto do corpo. E, quando suprimidas,

causam um grau de disfunção incompatível com a vida e a morte torna-se inevitável – é o que acontece com a respiração e a circulação sanguínea.

Diferentemente do que ocorre na morte celular, não se pode precisar quando a morte de uma pessoa torna-se irreversível. A dificuldade é ainda maior quando as funções vitais são substituídas ou complementadas por algum tipo de procedimento, instrumento ou terapia. É difícil entender o fenômeno da morte em diversas situações, especialmente quando se reconhece que o doente encontra-se em fase conhecida como terminal.

Em muitos casos, as questões relacionadas à terminalidade da vida ultrapassam os limites do confidencial, da tragédia pessoal e familiar, entrando num terreno movediço de discussão coletiva, religiosa ou de interesse de grupos. Como a ética médica e a lei devem tratar essas questões é o grande desafio. Em medicina não é possível fazer separação tão dramática ou pontual entre a vida e a morte. É preciso entender que nascer, viver e morrer faz parte de um processo. Em relação à morte, às vezes há o cruzamento ou avanço de um fato sobre o outro. Às vezes, o paciente apresenta lesão importantíssima em que não tem nenhuma atividade cerebral (morte encefálica) e de relação com o ambiente, mas outros órgãos estão preservados por algum tipo de suporte de vida.

Na morte encefálica, constatada por meio de diagnóstico preciso com vários testes e exames, não existe nenhuma atividade do córtex

e do tronco cerebrais, responsáveis pela respiração do indivíduo. Na vida vegetativa permanente pode haver atividade do tronco cerebral e o paciente respirar espontaneamente. Nas duas situações, o nível de consciência pode ser considerado zero. A dúvida recorrente é: essa pessoa pode pensar? É preciso entender que o pensar é mais profundo. Uma arteriografia cerebral para o diagnóstico das condições vasculares de irrigação do tecido cerebral que não apresenta distribuição de contraste para o cérebro indica, seguramente, que não há nenhum tipo de atividade de célula ou tecido cerebral. Inexistindo essa atividade, o pensamento não pode estar ativo. Pensar é a condição mais complexa do cérebro. Para que o pensamento se manifeste, faz-se necessária grande integração entre as células do sistema nervoso central.

Naturalmente, o conceito de vida deve considerar a integridade das células, o que permite que o indivíduo se relacione com o seu meio, qualificando sua vida. Não havendo vida humana com qualidade, pergunta-se: que alternativa existe?

Em geral, o médico assume posição de enfrentamento à morte, considerada sua “maior adversária”. Desse posicionamento pode decorrer uma luta desenfreada pela manutenção da vida a qualquer preço, indiferente à vontade do doente e de seus familiares. Pode também ser estabelecida uma condição de intransigência do médico quanto a real possibilidade de morte do paciente. Tal conduta pode trazer, como consequência, a agonia prolongada, dor e sofrimento ao doente e seus familia-

res. Pessini chama essa situação de distanásia, definida como uma forma de prolongar a vida de modo artificial, sem a perspectiva de cura ou melhora (5).

Outra alternativa discutida entre os profissionais de saúde e a sociedade diz respeito a um conjunto de atitudes e procedimentos que, levando em consideração a integridade da pessoa, respeita seus direitos e sua autonomia de decidir sobre a própria morte. Nesses casos, considera-se que a retirada e suspensão de tratamentos dolorosos, inúteis e dispendiosos de manutenção de vida possibilitam que o doente em fase terminal de doença grave e incurável, bem como seus familiares, compartilhem sobre o seu destino.

Por fim, as situações anteriormente descritas como de terminalidade de vida – morte encefálica e fase terminal de doença grave e incurável – convergem, quando considerada a necessária abordagem da família. Na relação médico-paciente, pensar na família significa pensar no paciente, no pai, na mãe, no marido, nos filhos, etc. Mas o conceito de família deve ser ampliado às pessoas que realmente têm preocupação com aquele paciente, como o companheiro, o amigo, o vizinho, o padre, o rabino, o pastor, a enfermeira, etc. A questão da família deve ser tratada com especial cuidado. Ampliar o conceito de família é uma postura ética que devemos assumir como cidadãos e cidadãs, que certamente tornará mais fácil, na sociedade, a discussão da questão da terminalidade da vida.

RESUMEN

Terminalidad de la vida en la situación de muerte encefálica y de enfermedad en fase terminal

Existe una gran dificultad en definir de forma clara y objetiva cuándo termina la vida. En el campo de la bioética, la eutanasia probablemente es uno de los temas más polémico y delicado. La posibilidad de los trasplantes rompió una barrera conceptual introduciendo la noción de muerte encefálica, como criterio de muerte de la persona humana con posible disponibilidad de órganos y tejidos de su cuerpo. La muerte encefálica, expresión de la irreversibilidad de las lesiones del sistema nervioso central, adquirió un estatuto propio y su definición pasó a ser establecida por leyes y normas complementarias. En los últimos tiempos ha existido una dificultad de entender el fenómeno de la muerte en diversas situaciones, especialmente cuando se reconoce que el enfermo se encuentra en fase conocida como terminal y esta dificultad ha generado un gran debate que comprende a las personas que están dentro y fuera del medio científico.

Unitérminos: bioética, terminalidad de la vida, muerte encefálica, eutanasia, distanasia

ABSTRACT

Terminating life in situations such as brain death and terminal diseases

There is great difficulty in clearly and objectively defining when life ends. In the fields of bioethics and euthanasia, this is probably one of the most heated and delicate topics. The possibility of conducting transplants has broken a conceptual barrier, introducing the notion of brain death as a criteria used for asserting a person's death, while other organs and tissues in the body are still possibly functional and available. Brain death, which is the result of irreversible lesions suffered by the central nervous system, is now guided by its own statute, and is now defined by law and other complementary regulations. In the last few years, we have had difficulty understanding the phenomenon of death in several situations, especially when we recognize the patient as being in what we call a terminal phase. This difficulty has led to an extensive debate, involving people from scientific and nonscientific fields.

Uniterms: bioethics, life termination, brain death, euthanasia, distanasia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hércules HC. Conceito de morte: estudo médico-legal dos transplantes. In: Medicina Legal - Texto e Atlas. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
2. Grenvik A. Ethical dilemmas in organ donation and transplantation. *Critical Care Medicine* 1988;16(10):1012-1018.
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Estabelece critérios para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de 2 anos de idade e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 18227, 21 Ago. 1997. Seção 1.
4. Brasil. Leis, Decretos, etc. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 2 Maio 1997. Seção 1.
5. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Loyola, 2001.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Instituto Oscar Freire
Rua Teodoro Sampaio, 115 – Pinheiros
São Paulo/SP – Brasil
CEP 04405-000
E-mail: rayner@usp.br