

MORTE: CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA MÉDICA

DEATH: CONSIDERATIONS FOR THE MEDICAL PRACTICE

Antonio Pazin-Filho

Docente do Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
CORRESPONDÊNCIA: R. Bernardino de Campos, 1000. Centro – CEP 14015-030 Ribeirão Preto-SP. e-mail apazin@fmrp.usp.br

Pazin-Filho A. Morte: considerações para a prática médica. Medicina (Ribeirão Preto) 2005; 38 (1): 20-25.

Resumo: A morte é parte integrante da vida e como tal, objetivo da medicina. A definição de morte vem sofrendo modificações em decorrência do avanço tecnológico da medicina e da disponibilidade de informação, ficando claro que sua definição deve levar em consideração os valores culturais da sociedade em questão e não somente o conhecimento médico. A busca de uma melhor definição de morte trouxe uma série de conflitos de ordem ética, agravados em grande parte pela crise de credibilidade que a medicina moderna vivencia. Um resgate dos valores da medicina, fundamentados na relação médico-paciente, bem como uma ampla discussão envolvendo toda a sociedade sobre a definição de morte e os cuidados que a medicina deve oferecer aos pacientes que estão morrendo, devem ser implementados. A discussão destes valores deve começar na faculdade de medicina e deve envolver todas as profissões que auxiliem a profissão médica.

Descritores: Morte. Diagnóstico. Relação Médico-Paciente. Ética Médica.

1- INTRODUÇÃO

A definição de morte pode parecer fácil. Todos aprendem desde cedo que a morte é a única certeza da vida. No entanto, a morte é um fenômeno que está sujeito a múltiplas interpretações. A morte pode ser definida sob o aspecto filosófico, orgânico e legal, para citar apenas alguns. Sob todos estes aspectos, ela está sujeita aos princípios culturais vigentes. Esta revisão procura abordar a definição de morte do ponto de vista médico, com todas as implicações inerentes a profissão, contextualizada para a nossa realidade, procurando fornecer embasamento para melhoria da prática médica geral.

2 – OBJETIVO DA MEDICINA

Pode-se entender que como a morte é parte integrante da vida do ser humano, razão da existência

da medicina, trabalhar com um evento que defina esta existência passa a ser parte inerente da profissão (vide Tabela I)¹. Parece claro, mas não é. As concepções positivistas da sociedade ocidental moderna deram origem à crença infundada de que tudo pode ser subjugado, moldado a nossa vontade². Quando se consideram, por exemplo, os avanços que diversos medicamentos e técnicas cirúrgicas trouxeram para a qualidade de vida do ser humano, inclusive com prolongamento de sua existência, pode-se entender a crença de que se as doenças que levam à morte podem ser curadas, é só uma questão de tempo até que se consiga a cura para todas estas doenças e a morte deixe de existir.

Assim, a morte passa a ser entendida como falha da medicina e não como parte integrante da vida. A visão da morte como um erro da medicina, um insucesso de um tratamento, gera ansiedade e cobrança por parte da população e dos próprios médicos.

Tabela I - Objetivos da Medicina

- Prevenção da doença e do sofrimento, promoção e manutenção da saúde;
- Alívio da dor e do sofrimento;
- Cura e cuidado das pessoas com doenças curáveis e daquelas cujas doenças não são curáveis;
- Evitar a morte prematura e buscar uma morte em paz.

Nos médicos, essa ansiedade gera frustração e leva ao abandono da crença de que possam ajudar. Muitos profissionais não conseguem compreender, embora vivenciem o fenômeno diversas vezes ao longo do exercício de sua profissão, que quando um paciente morre isto não é sua culpa na grande maioria dos casos, mas sim evolução natural da própria condição da doença³.

Esses conceitos exacerbam ao extremo o objetivo da medicina de curar em detrimento de outros objetivos não menos nobres e, sem dúvida, mais importantes, como o de cuidar do ser humano. Qualquer médico, por menor tempo de exercício da profissão, consegue depreender que na realidade poucos doentes são curados. Sem dúvida a cura é possível em algumas situações, como por exemplo, numa apendicite ou na drenagem de um abscesso, mas para a grande maioria das doenças a cura ainda não é disponível. Mesmo com todo o avanço tecnológico, doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e a grande maioria dos cânceres não têm cura. Podemos sim, cuidar desses pacientes, melhorando sua qualidade de vida.

3 – EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO

Um ponto importante da prática médica é definir quando um paciente está morto, ou quando a morte se aproxima para melhorar o cuidado oferecido. Para tanto, é necessário definir morte.

O que é morte?

A definição mais aceita, em termos médicos, é o término das funções vitais. Amplamente difundida essa definição não é exclusiva da medicina e é utilizada igualmente por leigos.

Quando se analisa essa definição, alguns pontos são passíveis de análise e discussão. Um primeiro

ponto é que a morte é entendida como um momento, um instante. Num momento você está vivo e no seguinte morto. Um ponto de passagem, um divisor de águas (vide Figura 1).

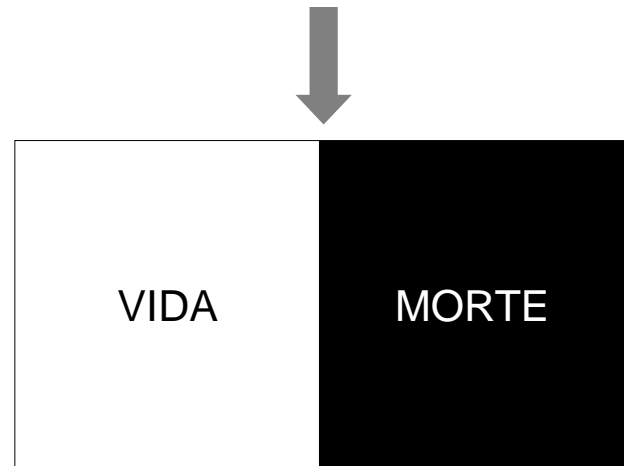


Figura 1 – Conceito de morte como linha divisória. A figura ilustra o conceito de que a transição entre vida e morte se dá de modo abrupto e que é possível se traçar uma linha divisória entre os dois estados de modo incontestável (seta).

Leigos e médicos buscam determinar esse instante. Durante o início da profissão, ainda nos primeiros plantões durante a graduação, o estudante de medicina se aproxima dos pacientes em estado grave procurando assistir ao momento em que o paciente morre; ao momento em que aquele paciente cruzará a linha divisória.

Seguindo nossa tendência positivista, podemos examinar mais detalhadamente esse ponto. Podemos detalhar o problema, estudando e perseguindo a morte até o plano celular. Podemos estudar a morte de órgãos inteiros, a exemplo do infarto do miocárdio. Podemos estudar a morte de animais de experimentação e, por fim, podemos analisar a morte de pacientes internados em nossos hospitais⁴.

Quando se estudam células, pode-se observar que a morte celular pode ser observada por diversas técnicas⁵. Estudos de coloração permitem ao profissional da saúde determinar células doentes e células nas quais as funções vitais deixam de existir. Pode-se empregar ainda métodos de microscopia eletrônica e estudar estas alterações de outros pontos de vista, conseguindo-se perceber inclusive algumas alterações que não eram perceptíveis pelos métodos anteriores.

Células que não apresentam alterações estruturais aos métodos de coloração podem apresentar estas alterações à microscopia eletrônica, ou seja, alterações mais precoces. Quando se progride para métodos ainda mais sensíveis, alterações ainda mais precoces são identificadas. Essas percepções caracterizam que a morte não ocorre de um momento para outro no plano celular, sendo ao invés disso um processo constituído de múltiplas etapas, tanto maiores quanto maior a sensibilidade dos métodos empregados.

Um outro ponto interessante quando se estuda a morte no plano celular é que ela não implica necessariamente em morte do indivíduo. Diariamente, milhões de células intestinais morrem e são substituídas, sem que tenha maiores implicações para o indivíduo. Mesmo quando se considera a depleção de células que não podem ser repostas, como os neurônios ou células miocárdicas, esta depleção não tem maiores repercussões a não ser em estágios muito avançados na idade do indivíduo. Dessa observação, depreende-se que a morte celular não é a resposta para a definição e podemos tentar buscá-la na morte de órgãos.

Ao se estudar órgãos, o conceito de morte como processo persiste. Tomando como exemplo o infarto agudo do miocárdio⁶, pode-se observar que o processo isquêmico decorrente da obstrução de uma artéria coronariana desencadeia inicialmente a produção de energia em condições de anaerobiose e que só com a persistência da obstrução começam a surgir alterações estruturais que comprometem a integridade do órgão e a manutenção de suas funções. Se desobstruirmos a artéria, podemos observar regressão parcial ou total destas alterações na dependência do tempo decorrido desde o início do processo. Quando a artéria é desobstruída rapidamente, com menos de uma hora do início do quadro, por exemplo, pode-se obter recuperação total da área sob risco. Já se a artéria é desobstruída com mais de doze horas do início do quadro, praticamente nenhum benefício é obtido, pois toda a área sob risco evoluirá para morte celular. Respostas intermediárias são obtidas entre estes dois extremos.

Vários órgãos em nosso corpo possuem uma reserva funcional considerável. Ao se considerar os órgãos duplicados, como rins e pulmões, perda de um deles pode ser compensada pelo outro sem que seja sentida de modo significativo pelo organismo. Basta considerar o exemplo dos doadores de rim. Esta observação levanta um outro ponto interessante sobre a definição de morte. Ela não envolve perda celular ou mesmo de órgãos considerados vitais isoladamente. Esta definição passa, necessariamente, pela compre-

ensão que o ponto de não-retorno deve envolver uma perda de função global que impossibilite o indivíduo a existir como um todo.

Ao se considerar a totalidade do indivíduo, surge a necessidade de se contextualizar a definição de morte às condições vigentes do conhecimento científico, a facilidade de acesso a estes recursos e, também, as crenças culturais.

Qual a definição de indivíduo?

Enquanto o progresso médico desconhecia recursos de manutenção de processos vitais como respiração, circulação e terapêutica de reposição renal (diálise), esta pergunta era irrelevante. Irrelevante porque, caso alguém apresentasse algum problema relacionado a estes processos vitais, provavelmente morreria. No entanto, quando se instituiu estas técnicas de reposição, novos problemas foram evidenciados⁴. A manutenção das funções vitais proporcionou melhoria para alguns pacientes, mas para uma grande porcentagem deles, não evitava o óbito, principalmente porque a causa que levou o paciente àquela situação não podia ser revertida. Nestes casos, consegue-se prolongar um estado vegetativo, onde as funções vitais são mantidas artificialmente por períodos muitas vezes prolongados. Alguns destes pacientes apresentam função cognitiva preservada, sendo capazes de interagir com o meio, enquanto outros persistem em coma profundo, sem interação alguma. Quando se observa este último grupo, pode-se constatar que em alguns indivíduos, a função cerebral foi gravemente afetada e não se consegue a recuperação da consciência, sendo uma questão de tempo a evolução para o óbito. Estas considerações deram origem ao conceito de morte cerebral.

É neste ponto que se passou a questionar o que é o indivíduo⁷. O que define o indivíduo é a persistência de suas funções vitais, não importando a condição em que estas sejam mantidas, ou, por outro lado, o que definiria o indivíduo seria a sua capacidade de interação com outros indivíduos, sendo importante para isto a sua consciência?

Esta pergunta não é fácil de ser respondida e persiste sem uma resposta definitiva. É fonte de controvérsia entre vertentes filosóficas e religiosas e gera, todos os dias, uma série de problemas de ordem jurídica. Provavelmente, nunca será respondida de forma definitiva, pois a resposta deve, necessariamente, ser contextualizada às crenças culturais vigentes⁸, ou predominantes e que estão sujeitas, pela sua própria natureza, a um caráter mutável.

4- PAPEL SOCIAL DO MÉDICO

O papel da medicina na nossa sociedade vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Nos últimos vinte anos, pode-se observar uma mudança significativa no papel social que a figura do médico representa⁹. Quando se considera o médico de vinte anos atrás, as características principais que definiam a prática médica eram representadas por uma prática isolada, ligada à comunidade e em uma relação médico-paciente extremamente fortalecida. Ao longo dos anos, nota-se uma mudança para uma prática multiprofissional, fundamentada principalmente na tecnologia, desvinculada da comunidade, onde a relação médico-paciente encontra-se enfraquecida. Esta mudança, embora fundamentada nas evidências científicas, teve muitas implicações negativas. A principal destas implicações negativas foi a diminuição da confiança na prática médica. A população questiona a validade das recomendações médicas, não sendo incomum a consulta a vários profissionais antes que um diagnóstico seja aceito como real.

Especificamente no contexto da definição de morte, este problema se torna ainda mais significativo. Consideremos a situação de morte cerebral. Sua origem esteve muito vinculada à discussão sobre doação de órgãos para transplante. Por se tratar de uma percepção nova da definição de morte e de difícil implementação prática, a maior parte dos casos onde se discute este diagnóstico são aqueles em que se considera doação de órgãos, enquanto aqueles que não podem ser doadores não recebem o mesmo tratamento de interrupção das medidas de sustentação vital. Esta situação é percebida pelo leigo como um desejo de retirar os órgãos de um familiar ainda vivo para transplante. Representa uma perda da confiança no médico ao se levantar a possibilidade que um profissional médico possa ter outros interesses que não o bem estar do seu paciente. Esta percepção não ocorreria vinte anos atrás.

5- DIAGNÓSTICO DE MORTE

Pelo exposto, pode-se depreender que a morte é melhor caracterizada como um processo, ao invés de um momento, onde o indivíduo perde sua identidade de modo irreversível. Este processo não tem uma definição precisa e está ligado ao estágio de evolução da ciência, bem como às características culturais de uma determinada população. Trata-se de uma parte integrante da vida dos indivíduos e como tal, deve ser um dos objetivos da prática médica.

Dentre os diversos objetivos que a prática médica deve ter em mente para lidar com o morrer, o principal é o diagnóstico de morte. Além das características atribuíveis a todo ato diagnóstico executado, o diagnóstico de morte tem implicações legais, que afetam tanto os familiares como o próprio médico. Passa a ter um caráter ansiogênico, pois é um dos momentos onde a prática médica passa a ser diretamente questionada pela sociedade, representada pelo poder judiciário.

Diagnosticar algo significa, em última análise, diferenciar entre duas condições. Diagnosticar um câncer é diferenciar uma pessoa que tem um processo oncológico de outra que não o apresenta. Embora tenhamos visto que a morte se trata de um processo, como a maior parte das condições clínicas com que a medicina lida, o diagnóstico de morte implica em uma definição arbitrária e maniqueísta da existência ou não da condição. Em suma, cabe ao médico dizer se o paciente está morto ou não.

Em outras situações clínicas, uma margem de incerteza é tolerável. Considerando-se o exemplo dado anteriormente de diagnosticar um câncer, sempre se trabalha com a possibilidade de se tratar de um outro processo nosológico. Especificamente no diagnóstico de morte, esta margem de incerteza é praticamente inexistente. Devemos atestar se o paciente está morto ou não. Devemos traçar a linha divisória (vide Figura 2).

Este diagnóstico deve ser pautado, já que a margem de incerteza deve ser a mínima possível e de preferência inexistente, em critérios claros e objetivos, de ampla aceitação social, de modo a garantir confiabilidade. Isto pode ser exemplificado no conceito de morte atrelado às funções vitais do indivíduo

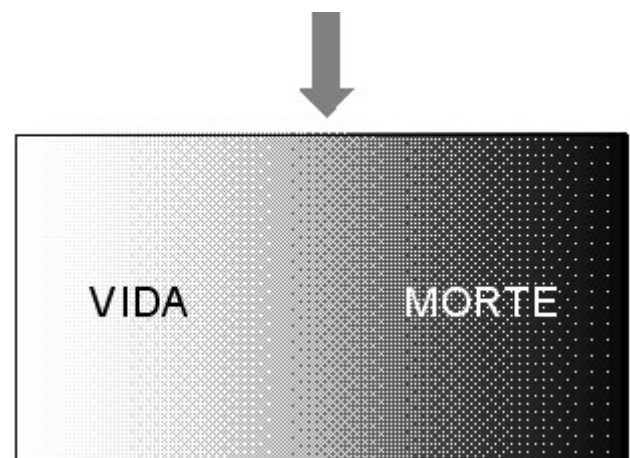


Figura 2 – Conceito de morte como um processo. A figura ilustra o conceito de que a morte é um processo gradativo e que o diagnóstico de morte é algo arbitrário (seta), que deve ter critérios objetivos para que seja estabelecido, a fim de cumprir seus objetivos.

(morte circulatória). É bem claro, pautado em critérios objetivos e, portanto, aceito pela maioria dos indivíduos. Confere a confiabilidade tão desejada e necessária. Já quando se considera o critério de morte cerebral, pode-se notar que seus critérios, pelo menos em um momento histórico inicial, apesar de objetivos, não eram (não são) aceitos por todos, gerando uma crise de confiabilidade e muita discussão. Isto é refletido na necessidade de se instituir regras para definição do diagnóstico, como as da resolução 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina¹⁰.

6- CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA MÉDICA

A sociedade moderna passa por inúmeras transformações. Quando se compara com as transformações pelas quais passaram as sociedades de períodos históricos anteriores, pode-se observar que as mudanças atuais acontecem de modo muito mais rápido, movidas pelo avanço vertiginoso da tecnologia e pela difusão ocasionada pelos meios de comunicação. Dentre as inúmeras transformações que podem ser notadas, o questionamento dos padrões de vida, bem como das definições e bases filosóficas da existência do ser humano merecem destaque. Grande parte destes questionamentos leva a um resgate de valores que anteriormente existiam e que foram perdidos na “evolução” da sociedade. Como exemplo, podemos citar a tentativa de se implantar um sistema de medicina de família, onde uma das características centrais é o resgate da relação médico-paciente. Contraditoriamente, numa época onde a tecnologia impera, a salvação da prática médica pode estar num valor tão antigo quanto a própria medicina.

A medicina necessita de credibilidade para que possa ser executada. Os pacientes necessitam acreditar em seus médicos para que qualquer tratamento possa ser executado. Restaurar ou fortalecer esta credibilidade é um dos desafios da medicina moderna. Como parte integrante da medicina, a morte também necessita desta credibilidade.

Um dos fatores responsáveis por esta crise de confiabilidade é a dissociação entre o que os médicos acreditam que seja necessário e o que a população realmente necessita. A morte afeta a sociedade como um todo e não somente a classe médica. Como vimos, o seu próprio conceito esta imbuído dos valores culturais da sociedade como um todo e não só da classe médica. Necessitamos, urgentemente, discutir de modo amplo a prática médica não só entre nossos pares, mas com a sociedade como um todo. Mais do que nunca devemos deixar nossas tendências paternalistas¹¹ de lado e conferir autonomia¹² à população para pensar os seus conceitos, o que sem dúvida se refletirá em justiça social.

A discussão destes valores não deve se limitar à população. Se quisermos modificar estes conceitos e garantir que nossa prática diária seja mais tranqüila, estes valores devem ser discutidos entre os médicos, começando por nossas faculdades. Discutir os objetivos da medicina, aceitar que nossos pacientes vão morrer e nem por isso devem ser abandonados, mas sim cuidados. Precisamos, além de dizer que isto deve ser feito, mostrar aos alunos como se faz. Temos que repensar nossa atuação, de forma que possamos modificar estes valores. Isto exige coragem e uma postura institucional, não só das universidades, mas também das diversas entidades representativas de classe.

Pazin-Filho A. Death: considerations for the medical practice. *Medicina* (Ribeirão Preto) 2005; 38(1): 20-25.

Abstract: Death is part of life and, as well, objective of medicine. The definition of death is being modified due to the technologic advances and the availability of information, pointing that its definition should consider cultural values of a specific society besides the medical knowledge. The search of a better definition of death brought innumerous conflicts of medical ethics, worsened in part by the credibility crisis that the modern medicine experiences. The recall of medical values, based on the medical –patient relationship, as well as an ample discussion including the society as a whole about the definition of death and the care that the medicine should provide, should be implemented. The discussion of these values should start in the medical faculties and include every auxiliary profession.

Key-words: Death. Diagnosis. Medical-Patient Relationship. Medical Ethics.

DEDICATÓRIA

Este artigo é dedicado à professora Carmen Cinira Santos Martin, com profunda gratidão por manter vivos muitos dos conceitos aqui discutidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Pessini L. A medicina e seus objetivos. In: Pessini L, ed. Distanásia. Até quando prolongar a vida? 1ª ed. São Paulo:Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2001. p. 45-65.
- 2 - CAPRA F. A máquina do mundo newtoniana. In: Capra F, ed. O ponto de mutação. 28ª ed. São Paulo: Cultrix; 2003. p.49-69.
- 3 - Alves R. A morte como conselheira. In: Alves R, ed. O médico. 4ª ed. Campinas: Papirus; 2003. p. 65-76..
- 4 - Hercules HC. Conceito de morte. In: Gomes H, ed. Medicina legal. 32ª ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1997. p. 87-101.
- 5 - Sloviter RS. Apoptosis: a guide for the perplexed. Trends Pharmacol. Sci 2002;23: 19-24.
- 6 - Marin-Neto JÁ, Maciel BC, Pazin-Filho A, Castro RBP. Condutas de urgência nas síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis. Medicina (Ribeirão Preto) 2003;36: 187-99.
- 7 - Callahan D. Living and dying with medical technology. Crit Care Med 2003;31:S344-6..
- 8 - Levin PD, Sprung CL. Cultural differences at the end of life. Crit Care Med 2003;31: S354-7.
- 9 - Ferreira-Santos R. Médicos e medicina. Evolução e mudanças em meio século. Medicina (Ribeirão Preto) 1995;28: 31-8.
- 10 - França GV. Conceito. Critérios atuais para um diagnóstico de morte. Resolução CFM nº 1.480/97. In: França GV. Medicina legal. 6ª ed. ed. , Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 308-13.
- 11 - Pazin-Filho A, Martin CCS. Ética beneficente não paternalista: dificuldades de aplicação prática. Medicina (Ribeirão Preto) 1995;28: 5-9.
- 12 - Segre M. Considerações sobre o princípio da autonomia. Medicina (Ribeirão Preto) 1995; 28:10-5.