

GUIA DE DIAGNÓSTICO DE MORTE CEREBRAL

A. INTRODUÇÃO

Durante séculos, a morte foi definida pela paragem cardio-respiratória irreversível. O desenvolvimento, nas últimas décadas, de técnicas de ventilação mecânica, suporte circulatório e diálise em doentes em coma profundo ditou a necessidade de definição de um novo conceito, o de morte cerebral, situação em que todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas embora o coração continue a bater e a respiração seja assegurada artificialmente. A experiência acumulada demonstrou que a verificação da morte cerebral, segundo os critérios actualmente aceites, determina inexoravelmente, em horas ou poucos dias, a assistolia e morte somática, apesar do recurso às melhores técnicas de cuidados intensivos.

Em certas doenças (de natureza vascular, traumática ou outras) a lesão do sistema nervoso central cria uma hipertensão intracraniana que ultrapassa a pressão de perfusão arterial, impedindo a circulação encefálica. A partir desse momento, e apesar de uma circulação e oxigenação eficazes nos outros departamentos orgânicos, o encéfalo entra em autólise e vai decompor-se nas horas imediatas. Esta situação pode prolongar-se com elevados custos, não apenas do ponto de vista de gastos hospitalares, mas, sobretudo, de ansiedade e falsas esperanças de uma família.

Importa, como primeiro objectivo, salvaguardar o respeito pela dignidade da pessoa (que é ou que foi) e pela sua condição de ser humano vivo ou, eventualmente, já falecido. Por tudo isto, sucederam-se, ao longo dos anos, critérios de morte cerebral que foram evoluindo desde os iniciais, mais complicados, até aos actuais - simples, essencialmente clínicos, inteiramente fiáveis e reprodutíveis.

O diagnóstico baseia-se na noção de que a morte do tronco cerebral é componente necessária e suficiente para a confirmação da morte cerebral. Por isso se pesquisam, um a um, todos os reflexos dependentes do tronco cerebral, incluindo aqueles que, embora de execução mais demorada, são conhecidos como sendo os últimos a desaparecer. Este processo de diagnóstico está amplamente testado e aceite como seguro, desde que aplicado por pessoas experientes. Só em casos excepcionais (adiante mencionados) é necessário recorrer a exames complementares, nomeadamente à angiografia que põe justamente em evidência a paragem completa da circulação cerebral.

A necessidade de colheita de órgãos para transplante não veio criar nenhuma situação nova. A verificação da morte e a decisão de interromper os meios extraordinários de suporte vital nessas condições já eram praticadas antes. O diagnóstico neurológico da morte não é,

como por vezes é sugerido, um instrumento para suprir as necessidades dos transplantados. Veio, sim, juntar às já expostas, uma nova finalidade: o aproveitamento de órgãos de outro modo destinados inexoravelmente à decomposição, para dar vida, ou uma vida melhor, a outras pessoas deles necessitados.

B. DEFINIÇÃO DA MORTE CEREBRAL

1. Condições prévias

- 1.1. Estado de coma profundo
- 1.2. Ausência de respiração espontânea (necessidade de ventilação mecânica)
- 1.3. Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica.¹
- 1.4. Exclusão de situações que possam ser responsabilizadas pela supressão das funções referidas nos pressupostos anteriores:
 - Hipotermia: temperatura central (esofágica ou rectal) inferior a 35° C
 - Alterações endócrinas ou metabólicas anteriores: é exigida correcção prévia de hiponatremia, hipoglicemia, acidose metabólica e outros desequilíbrios ácido-base, electrolíticos ou metabólicos
 - Uso de fármacos depressores do sistema nervoso central²
 - Uso de fármacos bloqueadores neuromusculares³
 - Suspeita de intoxicação

2. Critérios de diagnóstico

2.1. Estado de coma profundo (Escala de Glasgow = 3)

Técnica: A ausência absoluta de resposta à estimulação dolorosa confirma-se pela aplicação de estímulos intensos em diferentes partes do corpo, incluindo a face, não devendo despertar qualquer resposta motora, nomeadamente na área dos nervos cranianos. A presença de movimentos espontâneos (convulsões, discinesias) ou de posturas anormais (descorticação, descerebração) exclui de imediato o diagnóstico. Podem contudo existir reflexos medulares, nomeadamente reflexos osteotendinosos e reflexos de fuga, complexos e polissinápticos, e, mais raramente, reactividade simpática.

2.2. Ausência de todos os reflexos dependentes do tronco cerebral

a) Reflexos fotomotores

Técnica: Observação das pupilas em repouso e após estimulação repetida com foco de luz intensa. As pupilas devem estar dilatadas (tamanho médio ou grande) e fixas (sem resposta directa ou consen-

¹ Situações raras, tais como certas formas do Síndrome de Guillain-Barré, encefalite do tronco cerebral ou enfarte ventral da protuberância ("locked in"), exigem abordagens particulares.

² A verificação das taxas de alcoolemia, o doseamento de níveis séricos e/ou a pesquisa de metabolitos de drogas de abuso serão feitos de acordo com a situação concreta. A presença de níveis terapêuticos não invalida a verificação de morte cerebral, exceptuando-se raras situações em que possa haver sinergismo de múltiplos fármacos.

³ Em caso de possível persistência da acção de agentes bloqueadores neuromusculares de semivida longa, o recurso a teste de estimulação do nervo periférico e/ou à reversão com neostigmina poderá estar indicado.

sual à luz). A utilização prévia de atropina ou outros fármacos que interferiram no tamanho e resposta pupilar impede o diagnóstico até à sua eliminação.

b) Reflexos corneanos

Técnica: Estimulação repetida da córnea com uma *cotonnette*. O estímulo deve ser feito na córnea (não na conjuntiva) sem que as pálpebras sejam forçadas a manter-se abertas pelo examinador. A abolição do reflexo traduz-se pela ausência de qualquer movimento palpebral.

c) Reflexos oculocefálicos (efeito *olhos de boneca*)

Técnica: Rotação da cabeça para a direita e para a esquerda com um movimento seco, aguardando, de cada lado, 3 ou 4 segundos. A resposta normal é a rotação contralateral dos olhos. Quando o reflexo está abolido, os globos mantêm-se fixos e os olhos acompanham passivamente o movimento da cabeça. Este reflexo deve ser dispensado em caso de suspeita de traumatismo cervical.

d) Reflexos oculovestibulares

Técnica: A cabeça deve ser posicionada a 30° acima do plano do leito. Perfusão do canal auditivo externo, de cada lado, com um mínimo de 100 cc de água a 4°C (água misturada com gelo). A resposta normal é um desvio tónico dos olhos para o lado da estimulação. Verificar a ausência de resposta (qualquer movimento ocular), aguardando um mínimo de 2 minutos após a estimulação. Fazer um intervalo de, pelo menos, 4 minutos entre a estimulação de um e outro lado. Deve ser verificado que os canais auditivos externos estão livres. A existência de perfuração timpânica não é impeditiva da realização da prova - se o tronco cerebral estiver funcionante há, no entanto, risco de hipotensão e bradicardia. A existência de hemotímpano também não é impeditiva da realização do teste. A otoscopia pode ser realizada por qualquer dos examinadores mas, em caso de necessidade, deve ser pedido apoio a ORL.

e) Reflexo faríngeo

Técnica: Estimulação da orofaringe com uma espátula. A resposta normal é a elevação do véu do paladar. Deve ser complementado com a estimulação traqueo-brônquica procurando reflexo de tosse com cateter de aspiração cuja extremidade ultrapasse o tubo endotraqueal.

2.3. Ausência de respiração espontânea - prova da apneia

Nota prévia: A prova de apneia tem como objectivo a confirmação da ausência de movimentos respiratórios espontâneos face a um estímulo suficiente do centro respiratório.

Considera-se estímulo adequado, um acréscimo da PaCO_2 igual ou superior a 10 mmHg (1,35 kPa) durante o período de apneia, a partir de um valor de base cerca dos 40 mmHg (5,3 kPa) desde que, no final do período de desconexão ventilatória, a PaCO_2 seja ≥ 50 mmHg (6,65 kPa) ou ≥ 60 mmHg (8 kPa) em idade pediátrica.

A hipoxemia, não havendo graves defeitos de difusão, é eficazmente prevenida com pré-oxigenação e oxigenação por difusão durante a fase de apneia, sendo aconselhável monitorizar a SatO_2 no decurso da prova.

É indispensável à realização do teste, a disponibilidade de medição laboratorial dos gases do sangue, monitorização de pressão arterial e ECG, sendo aconselhável dispor ainda de oximetria de pulso e cate-terização arterial.

Técnica:

a) Pré-oxigenar ventilando com FiO_2 a 100% durante cerca de 10 minutos.

b) Ajustar a ventilação-minuto de forma a situar a PaCO_2 basal em 40 ± 5 mmHg ($5,3 \pm 0,66$ kPa).

c) Colher a primeira amostra de sangue arterial para gasometria (se não existir já).

d) Desconectar o ventilador, introduzindo sonda endotraqueal com débito de 6 litros/minuto de oxigénio.

e) Vigiar a ocorrência de qualquer movimento sugestivo de esforço respiratório durante 10 minutos.

f) Manter simultaneamente vigilância sobre os parâmetros vitais (pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco) e saturação de O_2 . Qualquer tendência para desvio crítico na evolução dos parâmetros - dessaturação, queda tensional ou bradicardia - implica interrupção imediata da prova, não impedindo todavia a colheita seguinte.

g) Colher a segunda amostra de sangue arterial para gasometria. A apneia de 10 minutos é geralmente suficiente para condicionar a subida requerida de $\text{PaCO}_2 \geq 10$ mmHg (1,3 kPa) para o nível exigido para validação do teste - $\text{PaCO}_2 \geq 50$ mmHg (6,65 kPa), corrigido para a temperatura corporal, ou ≥ 60 mmHg (8 kPa) em idade pediátrica.

A prova é positiva (em favor de morte de cerebral) desde que, cumpridos os pressupostos técnicos, não sejam observados quaisquer movimentos respiratórios, tosse ou abalos diafragmáticos. Quando o tempo de apneia tenha sido encurtado por necessidade de interrupção antecipada da prova, esta mantém-se válida desde que a PaCO_2 tenha atingido um valor ≥ 50 mmHg.

Os casos especiais - patologia respiratória aguda ou crónica - que exigem modificações na execução técnica da prova de apneia, são tratados no capítulo das situações particulares.

3. Condições de execução das provas

3.1. Estão autorizados a fazer o diagnóstico de morte cerebral os médicos considerados competentes para o efeito, nomeadamente nas áreas de Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Anestesiologia, Medicina Interna, Pediatria.

3.2. Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos e tecidos e um, pelo menos, não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

3.3. É recomendável que o diagnóstico de morte cerebral só seja realizado em áreas habilitadas para a prática de cuidados intensivos, depois de cumprido o tempo necessário para assegurar as condições prévias.

3.4. É obrigatória a realização de, no mínimo, dois conjuntos de provas, com intervalo adequado à situação clínica e à idade. O intervalo entre provas, essencial para garantir que a cessação de funções é irreversível, pode variar entre um mínimo de duas horas (em situações muito evidentes) e 24 horas ou mais (por exemplo, em casos de anoxia cerebral em consequência de paragem cardíaca).

3.5. As diferentes etapas do diagnóstico de morte cerebral constituem um conjunto coerente destinado a certificar a falência irreversível de todas as estruturas encefálicas. A existência de respostas em uma qualquer das provas afasta desde logo o diagnóstico e é motivo

para não prosseguir a verificação das restantes.

3.6. Em situações em que não haja possibilidade de realizar uma ou mais provas (tais como de examinar um ou ambos os olhos, existência de lesões do ouvido médio ou neuropatias cranianas) cabe aos médicos executantes a decisão da sua dispensa ou da necessidade de recurso a exames complementares, bem como da sua urgente requisição. A prova da apneia é, no entanto, indispensável, devendo ser a última das provas clínicas a realizar-se.

3.7. Todas as provas devem ser registadas a seguir à sua execução, com referência obrigatória à data e hora e à identificação completa do examinado e dos examinadores. Para todos os efeitos, a hora oficial da morte será a da segunda confirmação e assim deve constar da certidão de óbito, que será assinada por um dos intervenientes.

C. SITUAÇÕES PARTICULARES

1. Diagnóstico de morte cerebral na infância

1.1. As condições prévias, os critérios e suas provas assim como a forma de execução aplicam-se na criança a partir do primeiro ano de vida como no adulto. As únicas limitações são:

- na prova da apneia, o nível de PaCO_2 exigido no final da desconexão para validação da prova é $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mmHg (8 kPa); este valor pode ser atingido mais rapidamente do que no adulto, devido a um maior ritmo metabólico, pelo que se justifica a execução de gasometrias intercalares a partir do terceiro minuto;

- o intervalo entre provas deve ter o mínimo de 12 horas; a existência de um electroencefalograma (EEG) isoelectrico ou de uma angiografia que evidencie ausência de circulação cerebral pode permitir o encurtamento do intervalo.

1.2. As dificuldades da aplicação nas crianças com menos de um ano dos critérios exclusivamente clínicos fazem recomendar que, entre os dois meses e o primeiro ano de idade, o intervalo entre observações seja, no mínimo, de 24 horas, assim como que se comprove que sejam isoelectricos dois EEG realizados com igual intervalo. A existência de paragem circulatória comprovada em angiografia convencional ou isotópica (cintigrafia) pode substituir o segundo EEG.

1.3. Entre os 7 dias e os 2 meses de idade, o intervalo entre provas e EEG deve ser, pelo menos, de 48 horas.

1.4. Em crianças com menos de 7 dias de idade, ou com menos de 38 semanas de gestação, não são aplicáveis os critérios de morte cerebral.

2. Situações de insuficiência respiratória grave

2.1. Em situações de insuficiência respiratória com hipercapnia crónica: o valor base da PaCO_2 deverá aproximar-se do valor médio de cada doente em particular, fora dos períodos de agudização, devendo atingir-se um acréscimo ≥ 15 mmHg (2 kPa). Quando desconhecido, deverá assumir-se um valor base mínimo de 60 mmHg (8 kPa) e um valor final não inferior a 75 mmHg (10 kPa).

2.2. Em situações hipoxemiantes devidas a patologia respiratória concomitante ou prévia, usar uma das seguintes provas de apneia modificadas, ou ambas:

a) Uso de PEEP/CPAP (pressão positiva no fim da expiração/pressão positiva contínua na via aérea): Todos os passos são idênticos à prova convencional, excepto na fase de desconexão em que o doente permanece ligado a um circuito de CPAP, independente ou do

próprio ventilador, introduzindo, por sonda endotraqueal, o débito de O_2 igualmente a 6 litros/minuto.

b) Uso de pré-oxigenação com mistura de O_2 a 95% e CO_2 a 5%, durante 3 a 5 minutos, podendo-se verificar a prova de apneia a partir do terceiro minuto de desconexão. Esta mistura destina-se a assegurar uma subida obrigatória da PaCO_2 , confirmada por gasometria, para valores ≥ 50 mmHg (6,65 kPa), garantindo simultaneamente uma oxigenação adequada, que torne possível ter o centro respiratório estimulado desde o momento da desconexão.

A constatação de hipoxemia na gasometria final, apesar de todos os cuidados referidos, não afecta a validade da prova da apneia.

3. Necessidade de exames complementares

3.1. Os exames complementares, sobretudo imagiológicos, são actualmente indispensáveis à confirmação do diagnóstico da doença ou à clarificação da causa da morte que são condições prévias à afirmação da irreversibilidade. Os exames existentes não devem, portanto, ser ignorados.

3.2. A aplicação dos critérios clínicos é, em princípio, suficiente para o diagnóstico de morte cerebral, como ficou demonstrado. Na impossibilidade de testar algum ou alguns reflexos do tronco cerebral, cabe aos médicos responsáveis a decisão de recorrer a exames que, pela sua especificidade e sensibilidade, possam suprir as dificuldades encontradas:

a) A angiografia demonstrativa de paragem da circulação cerebral é o exame complementar mais fidedigno, no estado actual dos nossos conhecimentos. A angiografia cerebral de quatro vasos é ainda o exame de referência, por permitir a visualização da cessação da circulação cerebral. O preenchimento angiográfico dos segmentos subaracnoideus basais sem fase venosa após 30 segundos é uma expressão confirmatória e um achado imagiológico frequente. A evolução tecnológica tende a dar progressivamente lugar a metodologias menos invasivas e de mais fácil execução: a angiografia digital de subtracção do arco aórtico e a angiografia cintigráfica.

b) A exemplo do que se preconiza para a infância, a verificação de um traçado EEG isoelectrico pode servir para integrar os restantes critérios no sentido favorável ao diagnóstico. Deve ficar assegurado que se adoptaram os critérios da *American EEG Society* para registo de inactividade eléctrica cerebral: 1. Mínimo de 8 eléctrodos cobrindo todas as principais áreas cerebrais; 2. Impedância dos eléctrodos entre 100 e 10000 ohms; 3. A integridade do sistema deve ser verificada manipulando os eléctrodos para provocar artefactos; 4. Distância mínima entre eléctrodos de 10 cm; 5. Duração de registo mínima de 30 minutos com um ganho de 2 V/mm; 6. Filtro de baixas frequências de 1 Hz; 7. Potenciais extracerebrais monitorizados com um par de eléctrodos colocado nos dorsos das mãos; 8. Registo ECG simultâneo; 9. Registo efectuado por técnico qualificado; 10. Não deve ser utilizada a transmissão via telefone dos registos de inactividade eléctrica cerebral; 11. Em casos de dúvida o registo deve ser repetido.

c) Os potenciais evocados (auditivos ou somatossensitivos) assim como a ultrassonografia transcraniana podem contribuir para auxiliar as tomadas de decisão.

D. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Do debate havido ao longo das diversas reuniões da Comissão de

Redacção deste Guia, e em resultado das diversas contribuições produzidas por entidades ou personalidades consultadas durante o processo da sua elaboração, surgiram algumas sugestões para o melhor aproveitamento da experiência acumulada e a actualização dos critérios estabelecidos quando e se necessário. Assim, a Comissão propõe:

1. Que seja confirmada a Declaração da Ordem dos Médicos, publicada na sequência na Lei 12/93, onde se enunciam os critérios de verificação da morte cerebral, no seu carácter genérico, mas que se procure, por todos os meios à disposição da Ordem, referenciá-la, permanentemente, ao conteúdo deste Guia;

2. Que seja considerada desnecessária a publicação de diploma legal que formalize o alargamento de âmbito de aplicação a situações em que não haja a finalidade de transplante: Embora a Declaração tenha a sua força normativa formalmente ligada aos casos em que se vise proceder à colheita de órgãos ou tecidos para transplantes, nada impede que os mesmos critérios possam ser adoptados na generalidade dos casos em que se verifique a morte cerebral, enquanto regras de semiologia médica: Acrescenta-se a toda a fundamentação contida no Guia, o argumento relativo ao facto de as diligências para a colheita de órgãos ou tecidos só poderem ser legalmente accionadas depois da verificação formal da morte.

3. Que a aprovação do Guia de Diagnóstico da Morte Cerebral pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem, após parecer favorável do Conselho Nacional de Ética e Deontologia, seja tida como a revogação tácita do ponto 2 do Artigo 5º do Código Deontológico.

4. Que seja encarada a criação, no âmbito da Ordem dos Médicos, de uma comissão de acompanhamento do Diagnóstico da Morte Cerebral.

5. Que após a publicação deste Guia na Acta Médica Portuguesa seja editada uma separata especial para distribuição pelas Unidades de Cuidados Intensivos e outros locais de interesse.

ANEXOS

LEGISLAÇÃO

1. Lei 12/93, de 22 de Abril

Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana

Art.º 12º - Certificação da morte

1- Cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.

2- O bastonário deve comunicar ao Ministério da Saúde o texto aprovado pela Ordem dos Médicos fixando os critérios e regras referidos no número anterior, para publicação na 1ª série do *Diário da República*.

3- A primeira publicação deve ser feita até 1 de Outubro de 1993.

2. Declaração da Ordem dos Médicos

(DR, I série, B, nº 235, 11/10/94)

Conselho Nacional Executivo

Critérios de morte cerebral

A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

I - Condições prévias

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 de 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.

II - Regras de semiologia

1 - O diagnóstico de morte cerebral implica a ausência da 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.

III - Metodologia

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 e tecidos e, pelo menos, um não deverá pertencer à unidade ou serviço em que o doente esteja internado.

1 de Setembro de 1994 - O Presidente da Ordem dos Médicos,
Carlos Alberto Santana Maia

ASPECTOS ÉTICOS

3. Código Deontológico (Ordem dos Médicos - 1985)

Preâmbulo - (...) o Código é *definitivo em 1985*, sem prejuízo dos esclarecimentos ou aditamentos a cargo do Conselho Nacional de Deontologia Médica que a evolução da ciência e os casos concretos do dia-a-dia venham a justificar (...)

Artº 11º - O Médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica.

Artº 33º - O Médico só deve tomar decisões ditadas pelas suas ciência e consciência, comportando-se sempre com correcção.

Artº 50º - 1. - A decisão de pôr termo ao uso de meios extraordinários de sobrevida artificial em caso de coma irreversível, com cessação sem regresso da função cerebral, deve ser tomada em função dos mais rigorosos conhecimentos científicos disponíveis no momento e capazes de comprovar a existência de morte cerebral. 2. - Esta decisão deve ser tomada com a anuência expressa de dois Médicos não ligados ao tratamento do doente e ficar a constar de protocolo, em

triplicado, destinado a ficar na posse de cada um dos intervenientes. 3. - Consumada a morte, deve ser remetida ao Conselho Nacional da Deontologia Médica da Ordem dos Médicos, cópia do protocolo referido no número anterior, com menção da suspensão dos meios de sobrevida artificial

Artº 51º - 1. - Deve ser reconhecido pelos Médicos que a transplantação de órgãos constitui uma notável conquista da ciência em favor da Saúde e do bem estar da Humanidade. 2. - Em caso de transplantação de órgão a colher de indivíduo que se presume falecido, devem os Médicos responsáveis tudo fazer para que a morte seja previamente certificada segundo os mais rigorosos critérios científicos. 3. - No caso previsto no número anterior, a verificação da morte deve ser feita por dois ou mais Médicos e estes não deverão, de nenhum modo, estar directamente implicados no processo de transplantação.

Artº 152º - As dúvidas e omissões neste Código de Deontologia Médica são esclarecidas integralmente ou efectuadas pelo Conselho Nacional Executivo, ouvido o Conselho Nacional de Deontologia Médica.

4. Parecer da Comissão de Ética do Hospital de S. João (1995)

«Questionada pelo Serviço de Neurologia-Neurocirurgia, a existência de suporte legal em relação à suspensão de ventilação em situações de morte cerebral, quando não há lugar à recolha de órgãos, foi o problema objecto de nova análise pela Comissão de Ética do Hospital de S. João. Assim, considera-se necessário e conveniente publicar os pontos doutrinários emanados da referida Comissão em relação ao diagnóstico de morte, mormente de morte cerebral.»

1. Há apenas uma morte, ou seja, o conceito de morte é unívoco; a adjectivação da morte (cerebral, cardio-respiratória, holo-cerebral, etc.) não significa que haja diversos tipos de morte, mas tão somente que a morte foi diagnosticada através de processos diversos, mas todos de acordo com as normas científicas e éticas que regem o acto médico, isto é, de acordo com as *leges artis*.

2. O diagnóstico de morte ou certidão de óbito é um acto médico de enorme relevância, que em certas circunstâncias pode exigir conhecimentos especializados e adequada preparação técnico-científica; é o que acontece, p. exº quando se está a proceder a suporte ventilatório (e, eventualmente, circulatório).

3. A Lei 12/93, chamada das transplantações, impõe que o diagnóstico de morte, nesta situação, seja estabelecido através da constatação de morte cerebral, isto é, irreversível falência do tronco cerebral. É óbvio que tal critério nem poderá ser exclusivo desta situação nem com ela tem uma relação específica, ou seja, constitui apenas aquele que hoje em dia é o mais adequado e fiável para estabelecer que ocorreu a morte no indivíduo que, eventualmente, virá a fornecer órgão(s) para transplantação (caso satisfaça as condições médicas e a consulta posterior do Registo Nacional de Não Dadores não inviabilize essa hipótese).

4. Na situação, certamente mais frequente, da prática de ventilação artificial fora do contexto da colheita de órgãos para transplantação e em que se põe o problema de determinar se terá, ou não, ocorrido a morte, é evidente que não é possível recorrer a outro critério definidor que não seja o de morte cerebral.

5. Nesta situação, desde que exista suspeita clínica de ter ocorrido a morte, é estrita obrigação médica proceder ao diagnóstico, e isto por

duas ordens de razões:

a) ser eticamente reprovável e legalmente ilícito ventilar um cadáver (excepto no curto prazo de tempo necessário para a remoção de órgãos destinados a transplantes);

b) ser eticamente inaceitável e poder ter consequências a nível da responsabilidade ocupar com um cadáver um suporte mecânico que fará falta a um doente com indicação médica para ventilação, dada a escassez relativa destes meios.

Em conclusão: O diagnóstico de morte *é um acto médico essencial, cuja execução não depende de eventual utilização dos órgãos do cadáver para fins de transplantação*, como afirma, e bem, Celso Cruz. Para esse diagnóstico, recorre o médico às técnicas adequadas e obedece aos critérios pertinentes; no caso de se proceder a suporte ventilatório (e, eventualmente, circulatório) é o critério de morte cerebral o que se impõe, independentemente da eventual utilização do cadáver para fins de transplantação. Desde que existam suspeitas de ter ocorrido o óbito, é ética e legalmente inaceitável não proceder ao diagnóstico de morte, já que ventilar restos mortais de uma pessoa constitui desrespeito pela pessoa que foi, pelos seus familiares e amigos e por aqueles doentes que necessitem de ventilador. »

TEXTOS DE REFERÊNCIA

Report of the Special Task Force - Guidelines for the Determination of Brain Death in Children - Paediatrics - vol. 80 - Nº 2 - Aug 1982
Brain Death in Neonates - Michael H. Kohrman - Seminars in Neurology - vol. 13 - Nº 1 - Mar 1993
American EEG Society Standards for Recording Electroencephalographic Inactivity - J. Clin. Neurophysiol. 1986; 3: S1-S6
Parecer do Consultor Jurídico do Ministério da Saúde aprovado pela Ministra da Saúde (7/12/95)
Parecer do Adjunto do Secretário de Estado da Justiça aprovado pelo Ministro da Justiça (14/5/96)
ABC of Brain Stem Death - C Pallis and DH Harley, Second edition, 1996, BMJ Publishing Group

COMISSÃO DE REDACÇÃO

a) Modo de constituição - O Conselho Nacional Executivo (CNE) nomeou um Relator e o Bastonário oficiou aos Colégios das Especialidades de Anestesiologia, Medicina Interna e Neurologia, pedindo a designação de elementos para a Comissão. Foi sugerido que os elementos estivessem radicados no Porto para comodidade de reuniões.

b) Composição: Rosalvo Almeida (neurologista, vogal do Conselho Regional do Norte, nomeado relator pelo CNE), Mário Lopes (designado pelo Colégio de Anestesiologia), Nelson Rocha (designado pelo Colégio de Medicina Interna) e Paula Coutinho (designada pelo Colégio de Neurologia).

c) A Comissão pediu a colaboração de Dílio Alves (da Comissão Directiva da Sub-especialidade de Neuropediatria).

d) Após redacção da primeira versão do Guia, a Comissão remeteu-a para todos os Colégios de Especialidade e para o Conselho Nacional de Deontologia a pedir pareceres.

e) Durante o processo de elaboração, a Comissão promoveu uma Reunião de Trabalho alargada (*Debate*) para discussão e introdução de melhorias. Em seguida a Comissão remeteu o texto para parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia, após o que formulou a versão final aprovada pelo Conselho Nacional Executivo e ulterior publicação.

f) A Comissão propõe ao CNE a aprovação de um voto de agradecimento a todos quantos contribuíram, por escrito ou pela participação em reuniões, para a redacção deste documento.