

*A Morte com Dignidade: Quando Desligar o Ventilador?*

O processo da morte é a única certeza inquestionável que a vida nos apresenta. O advento dos ventiladores de pulmão - à parte sua utilidade no tratamento da insuficiência respiratória temporária - veio prolongar este processo naqueles indivíduos com lesão cerebral irreversível, criando situações não raro dramáticas para o médico. Desligar o aparelho nestas circunstâncias constitui, além de um desafio, um atestado da impotência e da derrota do médico em relação à morte. Além disso, o quadro desenvolve-se quase sempre com o paciente hospitalizado, o que complica a situação. Porque o hospital não foi construído nem preparado para a morte mas sim para o tratamento, a cura, a restauração, a recuperação<sup>2</sup>. O hospital é um bastião da vida e os médicos e enfermeiras que nele trabalham são seus guardiões. Raramente se pronuncia a palavra "morte" entre os componentes da equipe de cura: ela é atenuada, substituída por expressões menos contundentes como "óbito", "parada cardíaca", "êxito letal", "processo irreversível" e outras.

Torna-se difícil morrer com dignidade nestas circunstâncias. Ventilado e submetido a cuidados intensivos, o paciente com lesão cerebral irreversível pode ter seu coração batendo normalmente por dias, semanas e até meses, enquanto o próprio cérebro se decompõe.

Os traumas cranio-encefálicos constituem provavelmente a causa mais frequente de morte cerebral em indivíduos sem qualquer patologia de outra natureza. Também os tumores e abscessos cerebrais, as encefalites e meningites, as paradas cardíacas recuperadas tarde demais para salvar o cérebro, podem contribuir com seus respectivos contingentes. Em todos estes casos, a instalação do ventilador pode prolongar indefinidamente o processo da morte, levando à dramática questão: quando desligar o aparelho?

Os conceitos sobre morte cerebral tem se alterado a partir dos critérios propostos em 1968 por uma Comissão da Harvard Medical School incumbida de estudar o assun-

to e definir morte cerebral<sup>3</sup>: estes critérios incluíam ausência de qualquer atividade reflexa motora e EEG plano, o que traduz morte de todo o SNC, ou seja, córtex, medula espinhal e tronco cerebral. Atualmente, cresce a evidência de que a morte do tronco cerebral é que é decisiva<sup>1</sup>. Os fisiologistas nunca se cansaram de dar ênfase ao papel fundamental desempenhado pelo tronco cerebral no funcionamento do SNC e do próprio sistema circulatório. A experiência clínica nos mostra que quando há lesão irreversível do tronco cerebral, o coração acaba parando dentro de alguns dias, apesar do ventilador.

Entre os critérios de diagnóstico de morte cerebral propostos mais recentemente figuram condições clínicas premonitórias e testes<sup>1</sup>. As condições clínicas premonitórias são: coma, apnéia, exclusão de causas reversíveis de depressão do tronco cerebral como drogas, hipotermia e distúrbios metabólicos graves. Presentes estas condições, o médico deve proceder aos testes que buscam evidenciar retorno da atividade do tronco cerebral. Entre eles figuram os reflexos: pupilar à luz, palpebral à estimulação da córnea, da musculatura facial à aplicação de estímulo doloroso na face, da musculatura da garganta à mobilização do tubo traqueal. Por fim, deve ser pesquisada a ausência de retorno do comando respiratório pelo tronco cerebral, desligando-se o ventilador por tempo suficiente para proporcionar valores de PaCO<sub>2</sub> capazes de estimular a respiração. A necessidade de padrão isoeletrico de EEG para o diagnóstico de morte cerebral nestas circunstâncias tem sido cada vez mais questionada, até porque não é raro o registro de atividade elétrica residual cortical em casos de morte do tronco cerebral, sem que isto venha a alterar a evolução do quadro.

Os parâmetros acima discutidos constituem guias para responder hoje à difícil questão contida no título deste editorial. Eles não são definitivos, pelo contrário podem ser alterados à medida que se avolumam conhecimentos e experiência clínica sobre o assunto. Mas o mé-

dico deve estar constantemente a par desta evolução de conceitos porque no fim de tudo cabe a ele - e só a ele - decidir quando desligar o ventilador e conceder assim uma morte com dignidade ao seu paciente.

José Roberto Nocite  
Caixa Postal 707  
14100 - Ribeirão Preto - SP

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jennett B - Brain death (editorial). Br J Anaesth 53:1111-1119, 1981.
2. Kubler-Ross E - Morte - Estágio Final da Evolução, São Paulo, Editora Record, 1975, 33-52.
3. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA 205:85-95, 1968.

## Resumo de Literatura

### EMPREGO DO PROPRANOLOL NO CONTROLE DO PRODUTO FC x PAS EM CIRURGIA CARDÍACA.

*Foi estudado o efeito do propranolol sobre a frequência cardíaca, a pressão sistólica e o produto FC x PAS, durante laringoscopia e esternotomia, em vinte e um portadores de coronariopatias, classes 1 ou 2 da New York Heart Association, submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio.*

*Todos os pacientes foram anestesiados com a mesma técnica mas o grupo experimental (n = 13) recebeu 0,5 a 1,0 mg de propranolol pela via venosa quatro minutos antes da laringoscopia e nova dose antes da incisão cutânea. Os pacientes do grupo controle (n = 8) não receberam propranolol.*

*Os pacientes que não receberam a droga mostraram elevações estatisticamente significativas da frequência cardíaca e do produto FC x PAS, ao passo que os pré-tratados com o  $\beta$  - bloqueador tiveram estes parâmetros praticamente invariáveis em relação aos valores pré-anestésicos.*

*Os autores sugerem o emprego do método em coronariopatas com boa função ventricular e em pacientes com angina instável.*

*(Safwat AM, Reitan JA, Misle GA, & Hurley EJ - Use of propranolol to control rate-pressure product during cardiac anesthesia. Anesth Analg 60: 732-735, 1981).*

**COMENTÁRIO:** *A laringoscopia é um momento muito importante na anestesia do coronariopatia uma vez que episódios de taquicardia, freqüentes nesta ocasião, podem precipitar quadros de isquemia aguda do miocárdio e até infarto. A administração de pequenas doses de  $\beta$  - bloqueadores parece realmente diminuir este perigo, conforme mostram os resultados deste e de outros trabalhos similares sobre o assunto. Não obstante, acredito que o outro momento, da esternotomia, possa ser controlado sem a necessidade destas drogas, pelo manuseio correto do nível de anestesia, especialmente quando se opta por técnica com agentes voláteis. (Nocite, JR).*