

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Programa de Mestrado em Bioética

Sarah Ruth de Toledo Piza Rampazzo

**MORTE ENCEFÁLICA: PROBLEMA OU DILEMA PARA A
BIOÉTICA?**

São Paulo

2015

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Programa de Mestrado em Bioética

Sarah Ruth de Toledo Piza Rampazzo

**MORTE ENCEFÁLICA: PROBLEMA OU DILEMA PARA A
BIOÉTICA?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientada pelo Prof. Dr. Marcos de Almeida, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

São Paulo

2015

Sarah Ruth de Toledo Piza Rampazzo

**MORTE ENCEFÁLICA: PROBLEMA OU DILEMA PARA A
BIOÉTICA?**

São Paulo, 2015

Marcos de Almeida

William Saad Hossne

Raul Marino Junior

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos, que me acompanham e me incentivam em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque Sua vontade me permitiu chegar até este momento com tantas pessoas queridas que sempre me rodearam e as que encontrei pelo caminho. À minha família: meus pais, Lino e Suely e meus irmãos, Paolo e Simon, que sempre se fizeram tão presentes em minha vida, acreditaram em mim e carinhosamente ampararam este sonho e tantos outros. Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos de Almeida, por me inspirar como cientista e como pessoa; por cada lição e tempo gastos comigo; por sua paciência e confiança em mim. Um agradecimento especial ao corpo dos professores e, particularmente, ao Prof. Dr. William Saad Hossne, grande exemplo de competência e dedicação à causa da Bioética. A toda minha turma de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, pela fraternidade construída nos conhecimentos, angústias e vitórias. A tantos amigos e familiares pelo incentivo, amizade e compreensão neste momento tão importante da minha vida.

EPÍGRAFE

Se a vida é enquanto

Se a vida origina

A morte é portanto

A morte termina

E antes do começar?

E depois do findar?

Seria o nada antes?

Seria o nada depois?

Onde estão os instantes

Que separam os dois?

O nada é não ser?

Ou é não saber?

Contínuo fluxo intemporal

De não-começos e de sem-fins

De perpétuo vir-a-ser. Eternal.

Marcos de Almeida

Por que eu corro atrás do tempo e o tempo corre atrás de mim? Por que eu
chego até o meio e o tempo chega até o fim?

Suely Aparecida de Toledo Piza Rampazzo

RESUMO

RAMPAZZO, Sarah Ruth de Toledo Piza. **Morte encefálica: problema ou dilema para a Bioética?** 2015. 76f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

Esta dissertação procura analisar a temática da morte encefálica numa perspectiva bioética. Justifica-se essa escolha pelo fato da temática estar articulada na linha de pesquisa de “Bioética Clínica” deste Programa de Mestrado, que reflete sua relevância social devido à realidade vivenciada quase que diariamente nos hospitais, com os dramas de muitos familiares e amigos dos pacientes diagnosticados com morte encefálica. Em vista disso tem como objetivos descrever os diferentes conceitos de morte, seja considerando o critério médico, como o critério ético-filosófico; diferenciar o conceito de morte cerebral do de morte encefálica; analisar os diferentes posicionamentos da medicina na questão da morte encefálica, com especial ênfase nos casos, até os mais comentados na mídia, de estado vegetativo persistente; analisar a origem histórico-filosófica da formulação do conceito de pessoa humana e sua correspondência no referencial bioético da dignidade da pessoa humana com sua específica aplicação para o paciente no estado de morte; e apontar para as necessárias atitudes de prudência na questão abordada. O referencial da prudência vai ajudar a responder ao questionamento do título. A metodologia utilizada é realizada através de levantamento bibliográfico e documental, inclusive em Declarações de caráter internacional sobre esta temática específica.

Palavras-chave: Morte Encefálica; Bioética; Hospitais; Eutanásia.

ABSTRACT

RAMPAZZO, Sarah Ruth de Toledo Piza. **Brain Death: A problem or a Dilemma for Bioethics?** 2015. 76f. Dissertation (Master's degree in Bioethics) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

This thesis aims at analyzing the thematic of brain death in a bioethical perspective. This choice is justified due to the fact that this thematic is enclosed in the research line "Clinical Bioethics" of this Master's Program, which reflects its social relevance for the reality experienced almost daily in hospitals with the dramas of many family members and friends of patients diagnosed with brain death. In this view, its aim is: to describe the various concepts of death, whether it be considering the medical criteria or the ethical-philosophical criteria; to differentiate the concept of cerebral death from the concept of brain death; to analyze the different positions of the medicine on the issue of brain death, with special emphasis on cases, even the most discussed in the media, of persistent vegetative state; to analyze the historical and philosophical origin of the formulation of the concept of human person and its correspondence in the bioethical referential of human dignity with its specific application to the patient in the state of death; and to point to the necessary attitudes of prudence toward the issue addressed. The prudence referential will help to answer the title question. The methodology applied is accomplished through literature and documental research, particularly in statements of international nature on this specific thematic.

Keywords: Brain Death; Bioethics; Hospital; Euthanasia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 DESENVOLVIMENTO.....	13
4.1 Morte Encefálica: critério médico.....	13
4.2 Morte: critério ético-filosófico.....	20
4.3 Morte: uma reflexão de Hans Jonas.....	21
4.4 Morte: antropologia platônica versus antropologia cristã.....	22
4.5 Morte: uma leitura crítica da Pontifícia Academia para a vida.....	25
4.6 Problemática dos pacientes diagnosticados com morte encefálica: casos clínicos.....	26
4.6.1 A Diferenciação entre morte cerebral e morte encefálica.....	26
4.6.2 Casos Clínicos.....	37
4.6.3 Diagnósticos.....	39
4.6.4 Estudos Novos.....	47
4.7 A dignidade da pessoa humana a partir da formulação do conceito de pessoa no IV e V século com sua atual aplicação na questão da morte encefálica.....	50
4.7.1 O pensamento greco-romano: a impenetrabilidade do conceito de pessoa.....	50
4.7.2 A contribuição da teologia cristã.....	52
4.7.3 Agostinho: da teologia à antropologia.....	56
4.7.4 A dignidade da pessoa humana na questão da morte encefálica.....	58
4.8 Discussão sobre a verdadeira morte.....	62

4.9	Problema ou dilema: perspectivas para uma solução.....	65
4.9.1	A abordagem problemática.....	66
4.9.2	A abordagem dilemática.....	66
4.9.3	Deliberação moral.....	66
5	CONCLUSÃO.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

O tema da dissertação é indicado pelo título: “Morte encefálica: problema ou dilema para a Bioética?”. Para o desenvolvimento deste assunto serão considerados os critérios médico e ético-filosófico relativos à morte. Isso leva a retomar as reflexões do passado. Quanto ao aspecto médico, são referidas as principais formulações relativas ao conceito de morte, com destaque ao atual questionamento específico da morte encefálica; e, quanto ao aspecto filosófico são apresentadas as considerações formuladas pela antropologia seja platônica, como cristã. Estudam-se também reflexões atuais, dando destaque ao posicionamento da Pontifícia Academia para a Vida. O assunto da dissertação leva a aprofundar especificamente a problemática da morte encefálica, analisando casos clínicos que foram recentemente destaque na mídia.

Mas, para ressaltar a perspectiva ética da problemática em questão, procura-se dar um fundamento ao referencial da dignidade da pessoa humana verificando como foi surgindo, na cultura ocidental, o mesmo conceito de pessoa aplicado ao homem: e tal referencial é aplicado ao questionamento específico do tema da dissertação.

Por fim, a interrogação do título exige o encaminhamento para uma solução. Daí o último item do desenvolvimento, a saber: “Problema ou dilema: perspectivas para uma solução”.

2 OBJETIVOS

O tema proposto possui uma significativa relevância no Programa de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, pois, como se lê no portal da Instituição, "a Bioética se preocupa com questões da vida e da morte, tanto na esfera do cotidiano, como das pesquisas e na fronteira dos dilemas, problemas e desafios trazidos pela tecnociência". Prova disso é o fato deste Programa oferecer, entre outras, a disciplina "Bioética no final da vida". E, no mesmo Programa, é indicada também a linha de Pesquisa de "Bioética clínica", na qual se insere o desenvolvimento desta dissertação. A definição dos objetivos tem, pois, como referência, os objetivos próprios da "Bioética Clínica", que:

pode ser vista como a parte da bioética referente à moralidade de um conjunto bastante vasto de práticas no tratamento ou cuidado de pacientes. Entretanto, a Bioética Clínica deve ser capaz não somente de ajudar em resolver praticamente um conflito, mas também de abordá-lo teoricamente; ou seja, deve saber identificar e analisar conceitos e argumentos envolvidos nesse tipo específico de prática, constituída por um tipo de inter-relação que se estabelece entre "agentes" e "pacientes" morais, isto é, entre os autores dos atos e seus destinatários. (SCHRAMM, 2012, p. 129).

Neste sentido o tema da dissertação diz respeito especificamente à prática médica no cuidado com pacientes que se encontram diagnosticados com morte encefálica.

A partir de tudo isso, os objetivos da presente pesquisa são os seguintes:

- descrever os diferentes conceitos de morte;
- diferenciar o conceito de morte cerebral do de morte encefálica;
- analisar os diferentes posicionamentos da medicina na questão da morte encefálica, com especial ênfase nos casos de estado vegetativo persistente;
- analisar a origem histórico-filosófica da formulação do conceito de pessoa humana e sua correspondência no referencial bioético da dignidade da pessoa humana com sua específica aplicação para o paciente no estado de morte;
- apontar para as necessárias atitudes de prudência na questão abordada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa é realizada através de levantamento bibliográfico e documental, particularmente nas Declarações de caráter internacional sobre esta temática específica. São utilizadas bases de dados como Pubmed e Scielo, a Biblioteca Virtual deste Centro Universitário, artigos de revistas eletrônicas indexadas e artigos e livros do acervo pessoal.

Procura-se aprofundar a temática ligada às seguintes palavras-chave: referenciais bioéticos, conceito de morte, morte cerebral, morte encefálica, estado vegetativo persistente, formulação do conceito de pessoa humana, dignidade da pessoa humana, prudência.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Morte Encefálica: critério médico

O portal do Centro Universitário São Camilo, na apresentação das atividades acadêmicas de pós-graduação em Bioética aponta o campo de estudo desta disciplina nos seguintes termos, já acima citados: “A Bioética se preocupa com questões da vida e da morte, tanto na esfera do cotidiano, como das pesquisas e na fronteira dos dilemas, problemas e desafios trazidos pela tecnociência”.

A definição da problemática de uma pesquisa bioética, precisa, pois, delimitar o assunto escolhido. Por isso, antes de tudo, a temática da morte encefálica diz respeito “às questões da morte”.

Daí a necessidade de definir a “morte”. Qual é, pois, o conceito de morte?

Um conceito é definido pela utilização de categorias generalizadas que representam uma série de eventos e objetos particulares. Conceito depende de critérios. Tratando-se do conceito de morte, este, diferentemente do conceito de doença, não pode ser definido exclusivamente pelo critério biológico, pois necessariamente envolve, por exemplo, também um julgamento filosófico, bem como critérios de outra natureza.

A morte pode ser considerada em termos médicos, legais, éticos, filosóficos, sociais, culturais e religiosos. A definição médica de morte é primariamente uma questão científica baseada na melhor evidência disponível, mas reflete em todas essas outras ciências.

O conceito de morte deve ser bem definido e satisfatório para evitar situações nas quais um paciente esteja vivo por um critério e, simultaneamente, morto por outro. Assim sendo, os critérios que definem o conceito de morte têm que também estar bem definidos para garantir irreversivelmente o diagnóstico da última.

Apesar de complexa, a definição do conceito de morte é necessária. Portanto, sempre se buscou determiná-la e a mesma já sofreu várias alterações (ALMEIDA, 2000).

A resposta ao questionamento depende dos critérios utilizados: e pode haver um critério biológico, ou filosófico, ético, social, cultural, religioso etc. Assim, na definição de uma doença, prevalece o critério biológico.

Mas, diante da realidade da morte passa-se de um ser vivo para um cadáver: trata-se, pois, de uma diferença substancial. Daí entra o critério filosófico. E o cuidado para com o ser vivo requer um tratamento de respeito muito mais exigente do que o cuidado com um cadáver: passa-se, assim, para o critério ético.

O ser humano, porém, vive dentro de uma determinada sociedade e cultura: cada qual com suas manifestações específicas também diante da morte. Assim, por exemplo, o sepultamento, no Brasil, acontece com frequência, no mesmo dia, ou no máximo, no dia seguinte à morte. Em outros países, como nos europeus e nos Estados Unidos da América, pode acontecer, em seguida a embalsamamento, vários dias depois da morte, em alguns casos até uma semana depois. O cadáver pode ser sepultado inteiramente, ou sepultam-se as cinzas, depois da cremação.

E, do ponto de vista religioso, cristãos, judeus e islâmicos, consideram a morte apenas como uma etapa anterior à ressurreição final, que abrange também a renovação do corpo; outros, como hindus e espíritas, olham para o futuro considerando apenas a libertação da alma, depois de várias reencarnações em corpos diferentes. Outros, ainda, consideram a morte como o fim de toda a experiência humana individual (CAPUTO, 2008).

A utilização de critérios diferentes poderia levar, em alguns casos, a situações nas quais um paciente esteja vivo por um critério e, simultaneamente, morto por outro. Aqui se abre também um indevido espaço para abusos, como o de órgãos retirados para transplantes em “cadáveres doadores” que respiram e sangram, quando o eletroencefalograma não é completamente plano (JONAS, 2013).

A essa altura pergunta-se: qual é o critério da Bioética? De maneira geral, a ser especificado, o critério da Bioética é interdisciplinar. E, mais especialmente, nesta interdisciplinaridade, o ponto de partida é sempre o fato biomédico que procura coletar os dados científicos: trata-se do momento epistemológico. A definição médica de morte é primariamente uma questão científica baseada na melhor evidência disponível (MARINO JUNIOR, 2007).

Daí precisa refletir sobre suas implicações no plano antropológico. Em outros termos, a definição correta de morte leva a definir a passagem de um ser humano vivo para um cadáver.

Pergunta-se, então, se a leitura “médica” coincide sempre com a leitura “antropológica”. Em seguida haverá outras leituras, as do momento aplicado, seja no campo ético, jurídico, cultural, religioso etc. (SGRECCIA, 2002).

Começa-se, pois, com a "leitura médica". Verifica-se, a seguir, que esta "leitura" já sofreu várias alterações; e, conforme os tempos, foram dadas diferentes respostas.

Hipócrates (460-370 a. C.), no século V-IV a.C., assinala no *De Morbis*, 2º Livro, parte 5, o que segue: “Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira de um branco fosco, fisionomia nitidamente contornada e irreconhecível.” (Apud SANVITO, 2012, p. 48).

Esta é uma descrição impressionante. É um retrato da cara do morto, não uma definição. Mesmo assim pode-se afirmar que esta descrição aponta para o critério somático. No fundo, critérios somáticos, tais como a presença de decomposição e *rigor mortis*, quer dizer, *rigidez do cadáver*, são os mais antigos na história humana. A ligação entre a respiração e a vida é igualmente antiga, sendo descrita inclusive em textos sagrados.

Lê-se, pois, em Gênesis, livro da Bíblia (1985), comum para judeus e cristãos: "Iahweh Deus modelou o homem com a argila do solo, insuflou em suas narinas um fôlego de vida, e o homem se tornou um ser vivente." (Gen, 2,7).

Algo de semelhante pode ser lido no livro sagrado dos Islâmicos, o Alcorão: "Em seguida, formou-o e, nele, soprou algo de seu espírito" (32,9).

Até mesmo Shakespeare, em sua tragédia teatral “King Lear” descreve a presença de vida com o embaçar de um espelho pela respiração, nestes termos:

Lear: Huau! Huau! Huau! Huau! Oh, vós sois homens de pedra! Tivesse eu vossos olhos e vossas línguas eu os usaria de tal modo que faria estalar a abóbada do céu. Ela partiu para sempre. Eu sei quando alguém está morto e quando alguém tem vida. Ela está morta como terra. Dai-me um espelho. Se sua respiração embaçar ou ofuscar o vidro, então ainda tem vida. (SHAKESPEARE, 2015, Ato V, Cena III).

Penas e velas foram muitas vezes usadas com um objetivo similar.

Outros defensores influentes de critérios para a morte humana foram o rabino e médico erudito do século XII Moisés Maimônides (1138-1204), o primeiro a

argumentar que uma pessoa decapitada morreria imediatamente, apesar da presença de movimento residual do corpo; e William Harvey (1578-1657), que no século XVII descreveu pela primeira vez a circulação sanguínea e a função do coração como uma bomba: e daí, seguindo este conceito, a morte ocorria quando o coração e a circulação paravam.

O anatomista dinamarquês, naturalizado francês, Jean-Jacques Benigne Winslow, em 1740, declarou que a putrefação é o único sinal seguro da morte. Este temor levou a disponibilizar necrotérios e caixões de segurança com mecanismos de alarme e permanente suprimento respiratório.

Egbert Guernsey (1823-1904) escreveu no *Homeopathic Domestic Practic*, advertindo contra o diagnóstico de morte baseado ou no frio, ou no pulso, ou no uso de uma pena para detectar a respiração e defendeu o *rigor mortis* como o único critério seguro na determinação da morte (GARDINER, 2012).

Alguns anos antes, em 1846, o Dr. Eugene Bouchut ganhou, em Paris, o prêmio da Academia de Ciências pelo "melhor trabalho sobre os sinais de morte e os meios de prevenção de enterros prematuros." (MUTO; NARLOCH, 2005). Ele defendeu o uso do estetoscópio, inventado em 1819 por René Laennec, como auxiliar tecnológico para diagnosticar a morte. Bouchut acreditava que, se um batimento cardíaco estava ausente por mais de 2 minutos, uma pessoa poderia ser considerada morta. Em face da oposição, ele estendeu o período de 2 minutos para 5 minutos (GARDINER, 2012).

Ele propunha observar durante 10 minutos 3 sinais da morte: ausência da respiração, dos batimentos cardíacos e da circulação. Essa ficou conhecida como a tríade de Bouchut e passou a ser adotada pela medicina de um modo geral. Foi assim que o coração ganhou status de órgão principal da vida e sua parada, uma indicação definitiva da morte.

Mas já no final do século 19 o legista Paul Brouardel verificou que o coração de pessoas decapitadas continuava a bater por até uma hora. Concluiu, então, que a morte não era uma questão de coração e pulmão, mas de sistema nervoso central. Ou seja, é impossível que um indivíduo sobreviva sem cabeça, ainda que seu coração funcione.

Dessa maneira, a observação de dano ao sistema nervoso central foi somada à tríade: se, sob um forte feixe de luz, a pupila estiver dilatada isso significa que as

funções neurológicas não existem mais. É sinal de morte (ALMEIDA, apud MUTO; NARLOCH, 2005).

Pergunta-se, agora: quais são os posicionamentos mais recentes nessa temática?

Um interessante posicionamento a respeito se encontra na Declaração adotada pela 22ª Assembleia Médica Mundial em Sidney, Austrália, em 1968, e emendada pela 35ª Assembleia Médica Mundial, em Veneza, Itália, em outubro de 1983 (MACHADO, 2007). Nela lê-se o seguinte:

É essencial determinar a cessação de todas as funções, de todo o cérebro, o bulbo raquiano...Sem dúvida, nenhum critério tecnológico é totalmente satisfatório no estado atual da medicina, como tampouco nenhum procedimento tecnológico pode substituir o juízo geral do médico. (Apud PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007, p. 356).

Parece, pois, que, ao mesmo tempo, a cessação da atividade cerebral seja apontada como sinal do fim da vida e, por outro lado, afirma-se que "nenhum critério tecnológico é totalmente satisfatório no estado atual da medicina." (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007, p. 356).

No mesmo mês de agosto de 1968, a revista *Journal of the American Medical Association* (JAMA) publicou o documento da *Harvard Medical School* que, pela primeira vez, reconhecia o critério da morte cerebral.

Neste documento foram indicadas três condições que determinam a morte cerebral: o coma; a perda irreversível do funcionamento cerebral; e a impossibilidade de respiração autônoma (PUCA, 2012).

A morte cerebral, ao contrário do coma, é a expressão clínica de um dano encefálico total e irreparável, irreversível e definitivo. O indivíduo não tem memória, e não pode sentir fome, sede ou emoções; ele também não consegue respirar, nem manter a temperatura corporal sem auxílio de máquinas. Essa destruição é não só funcional, mas também anatômica, pois as células mortas começam a decompor-se e as enzimas liberadas em razão disso agredem e destroem as outras, iniciando assim um processo inexorável.

Pode-se pensar em algumas consequências desta situação, seja nos familiares deste "paciente", assim como na programação administrativa dos hospitais que precisam de leitos para outros pacientes e até mesmo na doação de órgãos para transplante.

Encontram-se, por isso, nos dias de hoje, dois posicionamentos sobre esta problemática: de um lado afirma-se que o critério do momento da morte se encontra na cessação da atividade cerebral e, de outro, a questão permanece aberta.

Leiam-se, pois, a seguir, algumas afirmações no primeiro sentido, respectivamente de um médico e de uma jurista:

Sendo a morte um processo gradual a nível celular, a importância da determinação da morte reside não no estado de preservação de células isoladas mas no destino da pessoa: daí o conceito de Morte Cerebral hoje universalmente aceite. (MARTINS, 2006, grifo nosso).

A morte, antes identificada como a cessação da atividade espontânea da função cardíaca e respiratória, com a paralisação circulatória irreversível, passou a ser determinada com a paralisação das funções cerebrais. (GOGLIANO, 1993, p. 145, grifo nosso).

No mesmo sentido, já em 1997, tinha-se pronunciado o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução n. 1.480/97, nestes termos:

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

CONSIDERANDO que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial.(CFM, 1997, grifo nosso).

No sentido contrário, lê-se o citado artigo de Antonio Puca, professor de Bioética no *Camillianum* de Roma, publicado na Revista Bioethikós, que assim se expressa:

A partir da constatação de diferentes posições em meio à comunidade científica em relação ao tema, foram analisadas posições de médicos e filósofos que argumentam a favor e contra o fato de a morte cerebral ser considerada morte, assim como diversas legislações. Apesar de o assunto estar sendo discutido há décadas e esse critério de morte ter sido adotado em muitas partes do mundo, a questão continua aberta, sem uma conclusão definitiva. (PUCA, 2012, p. 321, grifo nosso).

Na mesma linha coloca-se um outro e mais recente artigo da Revista Bioethikós, publicada por um médico, juntamente com três estudantes de medicina, onde lemos:

...os critérios que norteiam a Morte Encefálica são variáveis, tanto para diferentes países, quanto para a própria ciência, que ainda não chegou a uma conclusão sobre o assunto, fazendo da constante atualização uma ferramenta fundamental para o médico. (RODRIGUES; STYCHNICKI; BOCCALON; CEZA, 2013, p. 280, grifo nosso).

Os mesmos autores explicam que os critérios de Morte Encefálica surgiram em uma época em que muitos dos conhecimentos sobre a fisiologia do sistema nervoso central, hoje disponíveis, eram desconhecidos ou não estavam totalmente esclarecidos, como por exemplo, questões relacionadas à redução do fluxo sanguíneo encefálico, efeitos da hipotermia e limites dos exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Sendo assim, uma revisão crítica dos conceitos de Morte Encefálica, à luz da Bioética, torna-se necessária.

Uma das razões pela qual ainda existe controvérsia a respeito de uma nova e sólida formulação para a morte humana, que seja aceitável pela sociedade, é que a maioria dos autores não integra adequadamente três aspectos que devem sempre ser incluídos em tal formulação: o conceito, os critérios e os testes diagnósticos. Sobre isso a dissertação poderá desenvolver a problemática em questão. A esse respeito escreveu Marcos de Almeida nos termos seguintes:

O único caminho de escolha é decidir se nós atribuímos ou não algum valor à preservação de alguém irreversivelmente comatoso. Nós valorizamos a vida ainda que permanente e irreversivelmente inconsciente ou nós valorizamos a vida somente como veículo para manifestações espirituais da consciência? (ALMEIDA, 2000).

Até agora, as citações acima apresentaram, ao mesmo tempo, as expressões "morte cerebral" e "morte encefálica". Qual é a diferença?

Raul Marino Junior, livre-docente de Bioética, numa crítica ao citado artigo de Antonio Puca, mostra, mais especificamente, a diferença entre a "morte cerebral" e a "morte encefálica", nestes termos:

O citado artigo, preocupado sobretudo com os conceitos filosóficos de morte, os quais podem variar de um filósofo para outro, deixa de enfatizar as importantes diferenças entre a chamada morte cerebral e a morte encefálica; a primeira caracterizando o paciente que sofre lesão generalizada do córtex e hemisférios cerebrais, podendo permanecer no chamado "estado vegetativo persistente", ainda respirando sem ajuda de aparelhos e mantendo uma circulação normal, embora inconsciente por meses ou anos; em contraposição à morte encefálica, ou morte verdadeira, na qual o paciente se encontra em apneia, sobrevivendo à custa de ventiladores e medicamentos vaso--pressóricos. (2013, p. 88).

4.2 Morte: critério ético-filosófico

É interessante, a esse respeito, considerar os argumentos ético-filosóficos de Josef Seifert. Ele argumenta assim: se a morte consiste na separação da alma, ligada intimamente ao corpo durante a vida, como o sustenta Platão e o cristianismo, o mistério da morte, como mistério do homem todo, não pode ser definido mediante o controle dos critérios médicos da morte cerebral. Nenhum dado experimental (científico) será suficiente para captar a existência de uma alma espiritual: distingue-se, pois o termo *indivíduo* (algo verificável experimentalmente) do de *pessoa* (RATZINGER, 2005, p. 119).

Pode-se, pois, afirmar que não existe nenhum microscópio de alta qualidade que consiga "enxergar" a alma, inclusive o "momento" no qual ela se separa do corpo. Uma leitura apenas "experimental" provoca aquela atitude de precipitar-se sobre o paciente, para retirar órgãos dele, imediatamente depois do último batimento cardíaco e do último suspiro.

Isso vai ser aplicado também com relação a 'mortos cerebrais'. Com que direito – pergunta Seifert - se justificam médicos e juristas para restringir a essência da vida, definindo-a exclusivamente mediante funções do cerebelo? Para ele, precisa admitir que, do ponto de vista empírico, a morte humana é um "mistério", sendo, pois, muito difícil definir e verificar o momento exato em que ocorre. Prova disso está nos casos examinados de pessoas cuja atividade cerebral, cardíaca e pulmonar estavam mortas, mas que vivem até hoje. Parece, pois, claro, com base na experiência, que um paciente comatoso ou "cerebralmente morto" vive de fato o tempo inteiro durante o qual é nutrido, tem um metabolismo, é capaz de reagir a certos estímulos, tem uma circulação sanguínea mantida artificialmente e troca de oxigênio (Apud PUCA, 2012, p. 324-325).

No mesmo sentido, o neurocirurgião Raul Marino Júnior fala de "alguns indivíduos que sobrevivem a crises catastróficas de morte aparente." (2005, p. 97).

A definição filosófica, vinda de Platão, diz que a morte é a separação definitiva da alma humana com relação ao corpo humano, que se torna, assim,

cadáver. Mas, como não se pode observar empiricamente a saída da alma, qual seria, para a medicina, a definição, empiricamente controlável, da morte?

Seifert, criticando a identificação da morte com a da morte encefálica, apresenta o seguinte critério: “A morte humana enquanto medicamente constatável é a cessação plena e irreversível de todas as funções biológicas fundamentais do organismo como um todo, incluindo, sobretudo, as da respiração e da atividade.” (Apud PUCA, 2012, p. 325).

4.3 Morte: uma reflexão de Hans Jonas

O filósofo Hans Jonas (1903-1993), judeu alemão, cuja mãe tinha morrido nas câmaras a gás de [Auschwitz](#), desenvolveu suas reflexões a partir, seja dos tristes acontecimentos das duas guerras mundiais, como também diante dos avanços dos poderes da técnica, do surgimento da sociedade de consumo e da crise ambiental. Em 1979 publicou sua obra “O princípio da responsabilidade”. Este título aponta para a tese que ele sustentou: a de que é necessário atuar de forma que as ações humanas sejam compatíveis com a permanência de uma vida humana genuína.

Em 2013 foi publicada, no Brasil, sua obra “Técnica, Medicina e Ética: sobre a prática do princípio da responsabilidade”. O texto é formado por vários ensaios, sendo que o mais antigo data de 1969. O título do capítulo X desta publicação é o seguinte: “Morte cerebral e Banco de órgãos humanos: sobre a redefinição pragmática da morte”. O texto deste capítulo teve uma versão inicial em 1969 e mais duas: em 1974 e em 1980. Ele usa, como se vê, a expressão “morte cerebral”. Neste capítulo, Hans Jonas, ao mesmo tempo contesta a identificação entre “morte cerebral” e “morte”; e aponta também para os abusos que daí decorrem.

Quanto ao primeiro ponto, podemos ler:

Meu argumento é muito simples: a linha limítrofe entre vida e morte não é conhecida com segurança e uma definição não pode substituir o saber. A suspeita de que o estado do paciente em coma sustentado artificialmente ainda é um estado residual de vida...não é sem fundamento. Isso significa que existe razão para a dúvida de que, mesmo sem função cerebral o paciente que respira esteja completamente morto. Nessa situação de incomensurável não saber e de dúvida razoável, a única máxima correta para o agir consiste em inclinar-se para o lado presumível da vida. (2013, p. 244, grifo do autor).

Mais adiante ele argumenta que se, por um lado, o aspecto cerebral é decisivo para a qualidade humana da vida, por outro, é um exagero negar ao corpo extracerebral sua parte essencial na identidade da pessoa. Esta identidade é a identidade de um organismo como um todo, ainda que as funções superiores da personalidade tenham sua sede no cérebro. E, quase brincando, ele pergunta se um homem ama uma mulher ou o cérebro de uma mulher.

E conclui dizendo:

Por isso, enquanto o corpo em coma – mesmo apenas com auxílio da “arte” – ainda respire, pulse e trabalhe organicamente de algum modo, ele tem de continuar sendo considerado como o perdurar restante do sujeito, que amou e foi amado e, como tal, tem direito àquela sacrossantidade devida a tal sujeito, segundo a lei humana e divina. A sacrossantidade ordena que ele não seja utilizado meramente como meio. (2013, p. 246, grifo nosso).

Quanto aos abusos que decorrem da identificação entre “morte cerebral” e “morte”, ele fala de práticas comuns nos Estados Unidos, tais como: órgãos retirados para transplantes em “cadáveres doadores” que respiram e sangram, quando o eletroencefalograma não é inteiramente plano; o prazo mínimo para a observação e repetição do teste reduzido de 24 horas para 6 horas desde a entrada do coma. Ele lamenta, pois, que não haja debate público sobre estes comportamentos.

4.4 Morte: antropologia platônica versus antropologia cristã

Pode-se considerar a morte apenas como separação da alma do corpo? Este certamente foi o pensamento de Platão. Quanto ao "cristianismo", pelo menos o cristianismo inspirado na Bíblia, a visão é diferente. Neste sentido, a argumentação de Josef Seifert, acima colocada, é válida apenas para aquela mentalidade cristã que confunde o pensamento de Platão com a visão bíblica: o que é bastante comum.

Mas a visão antropológica de Platão é dualista, reduz a carne ao pó e pensa em uma sobrevivência independente e luminosa da alma. Na verdade a morte não atinge apenas o corpo, pois é o homem inteiro que morre. Em contraposição ao otimismo racionalista, a Bíblia ressalta a angústia da morte. Diante da consciência

da morte, o homem sente a caducidade da sua condição, que é comparada a um sopro, a uma sombra, ou até ao nada (IDÍGORAS, 1983, p. 299-300).

Vejam-se, pois, os textos da Bíblia (1985) a seguir:

Todo homem que se levanta é apenas um sopro, apenas uma sombra o homem que caminha. (Salmo 39, 6-7).

Para qual vazio criaste os filhos de Adão? Quem viverá sem ver a morte? (Salmo 89, 48-49).

O homem, nascido de mulher, tem a vida curta e cheia de tormentos. É como a flor que se abre e logo murcha. (Jó 14, 1-2).

A visão platônica da morte não podia desenvolver-se em Israel, pois os hebreus tinham uma concepção unitária do homem. Quando a Bíblia fala do homem nunca chega a dividi-lo como se ele fosse "dois pedaços", mais ou menos juntados. Assim, não se faz referência à alma como se fosse algo já existente por sua conta, antes do corpo ser formado. A palavra "alma", que significa "vida", indica a vivificação de todo o homem, através do "espírito". Assim, na Bíblia, nós encontramos vários termos que indicam aspectos diferentes de todo o homem: espírito, alma, corpo, coração, carne, sangue.

O termo "espírito" se refere ao "sopro", em hebraico *ruah*, presente no homem: este sopro vem de Deus e volta a ele no momento da morte. Isso significa devolver a Deus o próprio ser. "Alma" é o homem inteiro, enquanto "ser vivo": a alma é o sinal da vida, mas não a sua fonte. Aí percebemos a diferença entre a concepção grega e a concepção semítica. Para os gregos, a alma se identifica com o espírito, enquanto que, para os semitas, a fonte da vida é o espírito. Consequentemente, nesta visão, a alma morre e o espírito volta para Deus.

"Corpo" é o homem inteiro nas situações capitais da existência: enquanto é criatura de Deus, ou enquanto se opõe a Deus pelo pecado, ou enquanto um dia ressuscitará glorioso, à semelhança de Cristo. "Carne" é o homem inteiro, enquanto sujeito às fraquezas nesta vida presente. Podem ser fraquezas físicas (doença, cansaço, morte), ou fraquezas morais (pecados). "Coração" é o homem inteiro, enquanto reflete, decide e tem sentimentos. E "sangue" é o homem inteiro, quando perde a vida, ou dá a vida. Como se vê, a antropologia bíblica é bem diferente da antropologia platônica (LÉON-DUFOUR, 1984; FERREIRA, 2008).

Com referência à vida após a morte, houve uma revelação progressiva, na fé de Israel. No início, considerava-se que o "falecido" ia para o *xeol*, concebido como

buraco profundo, como que dormindo um sono definitivo, o “lugar do silêncio”, conforme se expressa o Salmo 115,25: “Os mortos já não louvam a lahveh, nem os que descem ao lugar do silêncio”. A morte, que é algo misterioso, impossível de ser apresentado com uma simples definição, nesta visão tornava-se ainda mais misteriosa: como ela pode ter origem em Deus criador e bom?

Uma primeira resposta foi a de considerar a morte como um castigo pelo pecado. Mas podia ser confirmada apenas esta concepção diante da morte dos justos e da sobrevivência dos ímpios?

Diante das desgraças do povo de Israel e do sofrimento, inclusive da condenação à morte dos inocentes, aos poucos surge a esperança no Dia do Juízo de Deus que haveria de ressuscitar os mortos. Um dos sete irmãos macabeus, condenado à tortura e à morte, diz ao rei que o julga: “Tu, celerado, nos tiras desta vida presente. Mas o Rei do mundo nos fará ressurgir para uma vida eterna, a nós que morremos por suas leis”. (2 Macabeus 7,9).

Quanto a Cristo, percebe-se nele um profundo sofrimento na cena do Getsêmani, pouco antes de ser traído por Judas e preso pelos soldados; e, ainda mais, um grito de desespero, na cruz, em que aplica para si mesmo estas palavras do Salmo 22,2: “Deus meu, Deus meu, por que me abandonaste?”. E esta morte na cruz representou, para os discípulos, a morte de suas esperanças.

Mas a esperança volta, de maneira totalmente inimaginável, no encontro com o Cristo Ressuscitado, nas aparições. E, a partir dessa experiência nova da ressurreição, os discípulos chegam a uma nova compreensão, seja da morte de Cristo, como da morte de cada homem. De fato, a fé cristã afirma que Cristo venceu a morte como “primogênito dos mortos” (Colossenses 1,18). Dessa maneira, o cristão, apesar de tudo, crê na vitória definitiva da vida. Ele, como Cristo, angustia-se e sofre diante da morte: mas, mesmo assim, vive a esperança de uma vida nova e definitiva, em todo o seu ser, inclusive no seu físico (IDÍGORAS, 1983, p. 300-302).

A apresentação da morte na visão religiosa cristã aponta seja para o significado etimológico destes dois adjetivos, como também para a visão limitada, ao mesmo tempo da ciência e da filosofia. A palavra *religião* vem de *religare*, ou de *relegere*, significando respectivamente a “ligação” do homem com sua origem e seu destino; e a “re-leitura” de todas as experiências humanas, inclusive aquela da morte. E o adjetivo *cristã*, aponta para a experiência da morte vivenciada por Jesus

Cristo, que traz um novo significado desta fase da vida humana, para os que professam a fé nele.

Quanto à limitação da leitura científica e filosófica, trata-se de análises que se referem apenas a uma parte da experiência humana e que não respondem de maneira satisfatória ao desejo de vida perfeita, de felicidade, de verdade, de bondade, de beleza, presente no mais profundo do ser humano, e que parecem ser eliminadas de vez diante de explicações reduzidas à parte apenas material (na ciência) ou racional (na filosofia) da vida.

O fato de escolher a visão cristã para refletir sobre o mistério da morte está ligado, mas não exclusivamente, à tradição do mundo ocidental, na qual nossa cultura está inserida, o que não exclui o respeito para outras visões religiosas e não religiosas.

4.5 Morte: uma leitura crítica da Pontifícia Academia para a Vida

É interessante, a esse respeito, considerar a posição da Igreja Católica. Em 1985, com uma declaração da Pontifícia Academia das Ciências, e depois também em 1989, com um novo ato da mesma Academia, tinha aceito as conclusões do chamado “Documento de Harvard” – que, como acima afirmado, tinha fixado o momento da morte não na parada cardíaca, mas no cessamento total das funções do cérebro.

Desse modo, a Igreja Católica legitimava de fato as extrações de amostras de órgãos, tal como são praticadas universalmente hoje em pessoas que estão em situação terminal por causa de doenças ou de acidentes: é o caso do doador definido como morto depois que se comprova seu “coma irreversível”, apesar de ainda respirar e de seu coração bater.

No entanto, começaram a aparecer as dúvidas no interior da Igreja. Para ilustrar essas “ambiguidades”, há todo um capítulo de um livro publicado, em 2008, na Itália: “Morte cerebral e transplante de órgãos: uma problemática de ética jurídica”. O autor é Paolo Becchi, professor de filosofia do direito nas universidades de Gênova e de Lucerna, discípulo de Hans Jonas, pensador judeu que, como foi visto acima, dedicou reflexões pungentes sobre a questão do fim da vida. Segundo

Jonas, a nova definição de morte oferecida pelo “Documento de Harvard” estava motivada, mais do que por um verdadeiro avanço científico, pelo interesse, isto é, pela necessidade de órgãos para transplantar.

Em 1989, quando a Pontifícia Academia das Ciências se ocupou da questão, o professor Josef Seifert, reitor da Academia Filosófica Internacional de Liechtenstein, indicou fortes objeções à definição de morte cerebral. Nesse congresso, a única voz discrepante foi a de Seifert. Porém, anos depois, quando nos dias 3 e 4 de fevereiro de 2005 a Pontifícia Academia das Ciências se reuniu novamente para discutir a questão dos “sinais da morte”, as posturas tinham se invertido. Os especialistas presentes – filósofos, juristas e neurólogos de vários países – se colocaram de acordo em considerar que a morte cerebral não é a morte do ser humano e que se deve abandonar o critério da morte cerebral, pois está desprovido de certeza científica (MAGISTER, 2008).

Procurou-se, assim, apresentar diferentes critérios que avaliam a experiência humana da morte.

A dissertação que será feita, a partir destas reflexões, procurará incorporar as observações da Banca de Qualificação. Pretende-se colocar todas as reflexões tendo por base o princípio da dignidade da pessoa humana, inclusive reservando uma parte da pesquisa para o estudo da formulação do conceito de pessoa, que hoje é aplicado nos estudos da Bioética.

Por isso, a seguir, apresentamos apenas um roteiro provisório.

4.6 Problemática dos pacientes diagnosticados com morte encefálica: casos clínicos

4.6.1 A Diferenciação entre morte cerebral e morte encefálica

Pacientes diagnosticados com morte encefálica, especificamente com destruição do tronco encefálico, puderam manter seu sistema cardio-circulatório funcionando com o desenvolvimento das unidades de terapia intensiva na segunda metade do século 20, que possibilitou melhora nos recursos de ventilação artificial, controle de infecções, desenvolvimento de drogas vasoativas e mecanismos de eliminação de excretas metabólicas. Através desse desenvolvimento, o sistema

cardio-respiratório mantem-se funcionando até que a parada cardíaca irreversível ocorra. (FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015).

O conceito de morte encefálica surgiu na França em 1959. O termo ‘coma dépassé’, literalmente ‘estado além do coma’, foi cunhado por Mollaret et al., neurologistas franceses, para descrever um estado de coma irreversível associado à perda irreversível da capacidade de respirar de forma espontânea. Estes autores descreveram o quadro clínico de 25 pacientes que experimentaram prejuízos encefálicos estruturais, maciços e irreversíveis. Atingiram um estado de coma completamente irresponsivo a quaisquer estímulos, sem reflexos do tronco encefálico, em apnéia permanente – incapazes de respirar espontaneamente – apresentavam tendência progressiva a hipotermia e a descontrole hidroeletrólítico, como diabetes insipidus. Não possuíam atividade eletrofisiológica detectável, nem na superfície e nem nas partes profundas do encéfalo. Desde que a ventilação fosse rapidamente assumida por uma máquina seus corações podiam continuar funcionando por algum tempo. Tais pacientes tinham destruição maciça do encéfalo e evoluíram inexoravelmente para o óbito, caracterizado pela parada cardíaca irreversível. Os autores preconizaram que, uma vez atingido o coma *dépassé*, a parada cardíaca seria inexorável, o que foi posteriormente reconhecido pela medicina como um dos mecanismos de morte do indivíduo. Desde então, centenas, quiçá milhares de pacientes no mundo todo foram diagnosticados com morte encefálica, mantidos com ventilador e cuidados até que seus corações parassem (FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015; LAMB, 1996).

Tal situação clínica, logicamente, poderia ser encontrada onde a reanimação estivesse bem organizada e as unidades de tratamento intensivo fossem suficientemente bem equipadas para prevenir imediatamente a apneia irreversível que resultaria na parada cardíaca definitiva. Porém o termo ‘coma dépassé’ só foi empregado na França. Somente em 1968 a condição que os franceses descreviam como ‘coma dépassé’ foi reconhecida e cunhada mundialmente como a condição de morte encefálica, através da publicação do informe do “Comitê Ad Hoc da Escola de Medicina de Harvard para Examinar a Definição da Morte Encefálica”. Anos subsequentes à publicação do Informe de Harvard percebeu-se gradualmente que o componente fundamental da morte encefálica era a morte do tronco encefálico. A parte superior do encéfalo é a responsável pela geração da capacidade de

consciência e cognição. Na sua parte inferior, especificamente no tronco encefálico, está localizado o centro da respiração (LAMB, 1996). O encéfalo é o sistema crítico e a função do tronco encefálico seu elemento indispensável.

A morte do tronco encefálico é a condição necessária e suficiente para a morte encefálica como um todo. Portanto é sinônimo da morte do indivíduo. Esta concepção recebeu o primeiro reconhecimento explícito na Conferência de Colégios Médicos Reais e Suas Faculdades – do Reino Unido – em 1976 e em 1979. A morte do tronco encefálico passou a ser considerada o ponto sem retorno no processo de morrer, o processo durante o qual a perda da integração torna-se irreversível (LAMB, 1996).

Pacientes diagnosticados com morte encefálica são geralmente vítimas de destruições maciças do encéfalo por traumatismo craniano, anóxia isquêmica do encéfalo (por parada cardio-respiratória prolongada, asfixia, afogamento, choque prolongado etc), hemorragias maciças ou lesão destrutiva por processos inflamatório-infecciosos irreversíveis, com edema e isquemia cerebral secundária.

Como já é sabido, a perda da função do tronco encefálico ocasiona a falência dos outros sistemas do organismo, culminando com a parada cardíaca. A morte de todos os sistemas do corpo não ocorre simultaneamente a uma parada cardíaca irreversível, determinante para o óbito do indivíduo. Mas muitos sistemas, como o cardio-circulatório, função renal e temperatura dependem de eferências encefálicas. Assim sendo, a morte do tronco encefálico resultará no óbito do paciente, em tempos diferentes para cada tecido do organismo, até finalmente a parada cardíaca irreversível (FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015).

Portanto, tendo como base que o funcionamento do tronco encefálico é o elemento indispensável para a integração do organismo, a perda irreversível das funções do organismo como um todo é equivalente à destruição do tronco encefálico.

De acordo com Korein, uma das características essenciais do sistema crítico é a sua insubstituibilidade:

Virtualmente todos os órgãos do homem são substituíveis, com uma exceção, e ela é o encéfalo. O coração pode ser substituído por uma bomba, os rins por uma unidade apropriada de diálise, as glândulas

endócrinas por terapia hormonal, de reposição e assim por diante. Um membro pode ser artificial, porém quando se trata dos neurônios que formam o sistema nervoso central o indivíduo nasce com um número determinado que não se reproduz. Um neurônio pode expandir seus dendritos e interconexões e o corpo celular pode ajudar no crescimento de um axônio esmagado, mas se o corpo celular for destruído, este processo é irreversível. O encéfalo depende dos neurônios para suas funções e o organismo depende do encéfalo. Se o encéfalo for irreversivelmente destruído, apesar de todos os outros sistemas serem mantidos por quaisquer meios, o organismo como entidade funcional individual não existe mais. (Apud LAMB, 1996, p. 93).

Para entendermos melhor a questão precisamos primeiramente diferenciar morte cerebral e morte encefálica. A primeira caracteriza o paciente que sofre lesão generalizada do córtex e hemisférios cerebrais. Envolve a perda irreversível da consciência, podendo o paciente permanecer no chamado “estado vegetativo persistente”, ainda que respirando sem ajuda de aparelhos e mantendo sua circulação normal. A outra, chamada também de morte verdadeira, é a perda de habilidade do cérebro de regular certos processos corporais autônomos que contribuem para a manutenção da chamada homeostase interna. O paciente se encontra em apneia, sobrevivendo à custa de ventiladores e medicações vaso-pressóricas. Estas perdas, ou da consciência, ou da respiração e circulação, acarretam a parada de funcionamento de diferentes partes do cérebro e cada uma delas pode ocorrer sem a outra (ALMEIDA, 2000; MARINO JÚNIOR, 2013).

O influente Relatório Harvard usou o título "Uma definição de coma irreversível", mas não deixou claro que tipo de evento significava a morte do paciente: a morte do cérebro ou a morte do encéfalo como um todo. A definição de coma irreversível consistia, na realidade, de uma série de instruções para diagnosticar a parada de funcionamento tanto do encéfalo superior, como do inferior. A literatura médica posterior não é unânime quanto a este ponto, mas atualmente o critério prevalente parece ser o de morte cerebral como a cessação de funcionamento de todo o encéfalo. Portanto, a denominação mais adequada seria “morte encefálica”. (ALMEIDA, 2000).

Cada uma dessas partes foi chamada, por conveniência, de encéfalo superior e encéfalo inferior (artigo orientador). Diferentes filósofos defenderam que a morte do ser humano é equivalente à morte do encéfalo superior, atribuindo então a consciência como fator fundamental de vida. No entanto, a Associação Americana de Juristas (American Bar Association), a Associação Médica Americana (American

Medical Association) e a Comissão Presidencial (Defining Death, 1981) optaram pela definição de morte como sendo a descontinuação irreversível de todas as funções da totalidade do encéfalo, tanto da parte superior, quanto da inferior e insistem na morte de todo o encéfalo como sinônimo de morte. Já a Associação dos Colégios Reais de Medicina e suas Faculdades do Reino Unido (1976, 1979) recomendaram critérios de morte que estão implicitamente apoiados na morte do encéfalo inferior ou tronco encefálico, atribuindo a respiração e a circulação como fundamentais à vida. Assim sendo, é importante avaliar os argumentos relativos a cada definição e a fragilidade das fórmulas firmadas no encéfalo superior, em todo o encéfalo e no encéfalo inferior ou tronco encefálico (LAMB, 1996).

O encéfalo superior, ou controle do encéfalo, é responsável pela função cognitiva. Participa do movimento e da fala e controla o conteúdo da consciência: raciocínio, memória e sentimentos. O encéfalo inferior, ou tronco encefálico, é responsável pela função integrativa. Gera a capacidade de consciência que, por sua vez, ativa os hemisférios cerebrais. Contribui para a manutenção da pressão sanguínea e é responsável pela respiração e funções vegetativas espontâneas: engolir, bocejar e início dos ciclos sono/vigília. Na ausência do tronco encefálico não há capacidade para certas funções associadas ao controle do encéfalo. Termos como “superior” e “inferior” não possuem nenhum significado fisiológico preciso e é possível que algumas partes do encéfalo possam estar envolvidas em ambas atividades, cognitivas e reguladoras (LAMB, 1996).

Os que fundamentam que a morte é equivalente à morte do encéfalo inferior, o tronco encefálico, utilizam como base o tradicional teste coração-pulmão, pois alegam que a atividade cardiorrespiratória representaria a preservação de uma capacidade localizada no tronco encefálico. Logo, este perdendo sua função, o indivíduo não teria mais a capacidade para batimento cardíaco e respiração espontânea. Atualmente é possível diagnosticar a morte encefálica diretamente, verificando a presença ou ausência da atividade cardiorrespiratória e não mais necessitando do coração e do pulmão como indicadores tradicionais de morte. Portanto, mudaram os indicadores, mas não a definição. De acordo com Marcos de Almeida (2000), há problemas com este tipo de argumento: a capacidade para batimento cardíaco e respiração espontânea não está localizada no tronco cerebral, visto que um tronco cerebral funcionando garantiria a presença desta capacidade e ele não o faz. Objetivando, pessoas que necessitam de marca-passo em

decorrência de uma lesão cardíaca, ou ventiladores devido a lesão medular também não tem essa capacidade, mas independente do critério não podem ser consideradas mortas. A capacidade cardiorrespiratória apenas representa independência da máquina, já que o indivíduo é capaz de manter sua respiração e sua circulação autonomamente, sem o suporte de máquinas.

Desde que a ausência de capacidade para batimento cardíaco e respiração nunca foi estado de morte, dificilmente importa que morte encefálica seja indicador infalível das duas coisas. Não há, portanto, qualquer razão para que os novos indicadores clínicos de morte encefálica sejam simplesmente sofisticações dos indicadores tradicionais cardiovasculares para os estados de morte. (ALMEIDA, 2000).

Fica claro que o que está alojado no tronco encefálico é a capacidade neural para respiração e batimento cardíaco espontâneos e não a capacidade em si para tais funções. Assim sendo, a morte do tronco encefálico implica na perda da capacidade para estas funções, mas a recíproca não é verdadeira. É importante distinguir a morte do tronco de outras condições que possam eventualmente ser fatais.

Contrariando o papel que era atribuído ao coração, o tronco encefálico é que atua como um sistema corporal. Ele não é simplesmente um órgão vital: é o responsável pela regulação de todos os processos vitais. Isso faz com que sua morte interrompa o funcionamento e a integração de todos outros órgãos. A vida do organismo depende de funcionamento sistêmico e a integração de uma hierarquia de subsistemas biológicos e químicos é comandada pelo tronco encefálico (ALMEIDA, 2000).

Ainda há controvérsias e objeções ao associar a morte do indivíduo à morte do encéfalo superior ou à morte do encéfalo inferior. Os defensores da morte equiparada à perda das funções do encéfalo superior argumentam que tal perda ausenta o paciente de suas capacidades fisiológicas e atributos, como consciência e cognição. De acordo com este conceito de perda de vida, a personalidade é requisito mínimo e essencial para identidade pessoal. Os critérios de identidade pessoal são debatidos mundialmente e oscilam de uma cultura para outra. Ainda é incerto se os critérios de identidade pessoal residem seja nas estruturas do encéfalo superior como na atividade consciente. Defensores da fórmula do encéfalo superior enfrentam dificuldades com casos de anencefalia e de demência aguda, por

exemplo, visto que atribuem à identidade pessoal pré-requisito essencial e indispensável à vida (LAMB, 1996).

Acredita-se que a cessação das funções do encéfalo superior acarreta a perda total da consciência e da atenção. Porém, é arriscado afirmar que há ausência total de sensibilidade se o tronco encefálico, o encéfalo inferior, ainda é funcionante, bem como também pode haver ainda o funcionamento de outros sistemas em regiões mais profundas do encéfalo. Outro questionamento, o primordial e talvez o mais importante, qual o significado atribuído à perda das faculdades cognitivas? Pode-se afirmar com certeza que o encéfalo inferior não medeia qualquer tipo de percepção?

Isso implica inclusive no diagnóstico de morte. Quanto prejuízo neocortical, isto é, qual o grau de perda de função do encéfalo superior necessário para declarar a morte de um paciente?

E levando em consideração a sinonímia entre perda da cognição e morte, deveriam então os pacientes em estado vegetativo persistente ser declarados mortos? Para embasar esta discussão, é necessário definir o conceito de estado vegetativo persistente.

O termo "estado vegetativo persistente" foi cunhado por Jennett e Plum em 1972 para descrever a condição de pacientes com lesão cerebral grave que se encontravam em coma e progrediram para um estado de vigília sem consciência detectável.

Em 1983, a President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, a saber, a Comissão Presidencial para o Estudo dos Problemas Éticos na Medicina e Pesquisa Biomédica e Comportamental, aceitou a definição de estado vegetativo persistente proposta por Jennett e Plum e definiu a inconsciência como a incapacidade para "experimentar o ambiente." Na opinião da Comissão, o estado vegetativo persistente é apenas uma forma de inconsciência permanente.

Devido às incertezas diagnósticas, terapêuticas e prognósticas a respeito do estado vegetativo persistente, várias organizações médicas profissionais começaram um exame abrangente de seus padrões de cuidados médicos para os pacientes nesta condição (THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS, 1994).

Em decorrência da aceitação de recentes declarações de consenso sobre diretrizes para determinar a morte encefálica em crianças e os aspectos médicos de anencefalia em lactentes, a Multi-Society Task Force on Persistent Vegetative State, a Força Tarefa Multi-Society em estado vegetativo persistente, foi criada em 1991, com o intuito de revisar e analisar todos os dados disponíveis de crianças e adultos em estado vegetativo persistente e então preparar um relatório que resumisse os fatos médicos a respeito desta condição. Foi constituída por representantes da American Academy of Neurology, Child Neurology Society, American Association of Neurological Surgeons, American Neurological Association, e American Academy of Pediatrics. Dois representantes foram nomeados a partir de cada uma das cinco sociedades. Consultores de áreas afins da saúde e de campos relacionados, com experiência em estado vegetativo persistente, ética e direito, revisaram e criticaram o relatório da Task Force; posteriormente, esse documento foi aprovado pelo comitê executivo de cada sociedade participante.

O termo *estado vegetativo* foi recomendado pela primeira vez em 1993 no relatório da American Neurological Association; e, em 1994, no documento da Multi-Society Task Force on Persistent Vegetative State de 1994

A definição da síndrome foi estabelecida pela Multi-Society Task Force no relatório de 1994 acima referido (AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY, 2015; CARNEIRO; ANTUNES; FREITAS, 2005).

Esta declaração resume os fatos médicos sobre o estado vegetativo persistente; não aborda questões éticas, legais, ou outras. A declaração é dividida em duas partes: a primeira define estado vegetativo persistente, termos e condições relacionados, e discute a epidemiologia, causas e características patológicas, bem como estudos de diagnóstico auxiliares; a segunda parte aborda o prognóstico de recuperação e a sobrevida a longo prazo de pacientes em estado vegetativo persistente e discute questões relacionadas à dor, ao sofrimento e ao tratamento.

De acordo com essa declaração, o estado vegetativo é uma condição clínica de completa ausência da consciência de si e do ambiente circundante, acompanhado por ciclos de sono-vigília, com preservação completa ou parcial de funções autônomas do hipotálamo e do tronco cerebral.

O estado vegetativo pode ser diagnosticada de acordo com os seguintes critérios: nenhuma evidência de consciência de si ou do ambiente e uma incapacidade de interação com o próximo; ausência de respostas sustentadas, reproduzíveis, intencionais e voluntárias a estímulos visuais, auditivos, tácteis ou nódicos; ausência de compreensão ou expressão da linguagem; vigília intermitente manifestada pela presença de ciclos de sono-vigília; preservação das funções hipotalâmicas e autonômicas suficientes para a sobrevivência com cuidados médicos e de enfermagem; incontinência urinária e fecal; e preservação em grau variável dos reflexos dos nervos cranianos (pupilares, óculo-cefálicos, córneos, óculo-vestibulares, de deglutição) e espinomédulares.

A condição pode ser transitória, marcando uma etapa na recuperação de um dano cerebral agudo grave ou crônica, ou permanente, como consequência do fracasso na recuperação de tais lesões. O estado vegetativo também pode ocorrer como consequência da progressão inexorável de doenças neurológicas degenerativas ou metabólicas ou do desenvolvimento de malformações do sistema nervoso.

A capacidade de sobrevivência em um estado vegetativo persistente exige preservação das funções autonômicas do hipotálamo e do tronco cerebral. A maioria dos pacientes que sobrevivem durante muito tempo, mantem a temperatura normal do corpo, a capacidade de respirar espontaneamente, e o funcionamento do sistema cardiovascular. O prognóstico é pior se houver distúrbios do hipotálamo produzindo febre, sudorese excessiva, distúrbios no metabolismo do sal e da água, e problemas pulmonares refratários. Na maioria dos pacientes, a tosse, sucção, deglutição e os reflexos estão preservados. Com exceção da falta de coordenação na mastigação e deglutição, a função gastrointestinal permanece quase normal. Na ocorrência da sobrevivência prolongada de pacientes em estado vegetativo persistente, a função autonômica é suficiente para manter a regulamentação interna a longo prazo, enquanto as necessidades externas devem receber atenção constante.

Um estado de vigília inconsciente que dura mais do que algumas semanas é referido como um estado vegetativo persistente. Nós definimos tal estado como um estado vegetativo presente um mês após uma lesão cerebral aguda traumática ou não traumática, ou um estado de duração de pelo menos um mês em pacientes com

distúrbios degenerativos ou metabólicos ou com desenvolvimento de malformações. Um estado vegetativo permanente, por outro lado, significa um estado irreversível, que, como todos os diagnósticos clínicos em medicina, é baseado em probabilidades, não absolutos (THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS, 1994).

Consciência é o estado de ser consciente e capaz de interagir com o meio. Distúrbios de consciência são comumente encontrados na evolução após o coma e incluem estado vegetativo persistente, estado de consciência mínima, mutismo acinético e síndrome do encarceramento. Estes distúrbios podem tanto ocorrer na evolução do coma, quanto induzir a um falso diagnóstico de coma em indivíduo consciente, porém impedido de se relacionar com o meio devido a uma lesão neurológica causadora de grave comprometimento motor. Os pacientes podem fazer a transição de um estado para outro, para o estado de consciência normal, ou até mesmo permanecer no mesmo estado por tempo prolongado.

Neste contexto, é importante distinguir estes estados alterados de consciência e de interação do indivíduo com o meio, a saber, Estado Vegetativo Persistente, Estado de Consciência Mínima, Mutismo Acinético e Síndrome do Encarceramento.

Estado Vegetativo Persistente, conhecido também como Coma Vigil ou Síndrome Apálica, é provocado por extensas e irreversíveis lesões encefálicas envolvendo principalmente o córtex cerebral, com relativa preservação do tronco encefálico. Isso significa que o paciente é capaz de manter suas funções vitais com suporte ventilatório e nutricional artificiais. Este estado pode ocorrer transitoriamente na recuperação de um coma e é considerado persistente, por definição, quando se mantém por mais de um mês. Pacientes que nele se encontram podem apresentar abertura ocular, geralmente, em até 30 dias da instalação do coma, porém não tem percepção nem de si, nem do ambiente. Podem também exibir movimentos respiratórios espontâneos, mas em ritmo insatisfatório para ventilação adequada, chegando até a se manter fora do ventilador em alguns casos. Exibem bocejo e olhar vago, disperso ao ambiente. Seu eletroencefalograma (EEG) demonstra acentuada depressão dos ritmos cerebrais, não sendo possível distinguir estados de vigília de sono nestes casos. Há relativa preservação de estruturas que previnem descontroles hidroeletrólítico e neurovegetativo maiores. O estado vegetativo persistente costuma ser crônico e imutável, mesmo com citações de melhora na

expressão de consciência e interação com o meio, sendo complicações clínicas secundárias as responsáveis pela sobrevida destes pacientes.

O Estado de Consciência Mínima é aplicável a pacientes em estado vegetativo que manifestam um conteúdo mínimo de percepção de si e do meio. Esta percepção é evidenciada através de expressões verbais emitidas pelo paciente sob estimulação, que podem ser palavras soltas, ou obediência inconstante a comandos. Pacientes neste estado apresentam maior preservação cortical em relação aos pacientes em estado vegetativo, preservação esta demonstrada em estudos com ressonância magnética funcional. Esta condição pode ser crônica e persistente, assim como o estado vegetativo, ou transitória, dependendo da melhora ou piora da encefalopatia.

O Mutismo Acinético é decorrente de lesões envolvendo o hipotálamo e o diencéfalo basal adjacente. Neste estado o paciente se mantém em total quietude, embora alerta e não há evidências demonstráveis de percepção de si e do meio. Há pouca ou nenhuma movimentação espontânea, havendo o retorno de um ciclo vigília-sono.

Por fim, a Síndrome do Encarceramento ou Locked-In Syndrome. Há lesão maciça na base da ponte encefálica, por onde percorrem os tratos motores piramidal e córtico-nuclear, que se destinam, respectivamente, aos neurônios motores espinhais e aos núcleos motores dos nervos cranianos. Como ocorre em nível abaixo do nervo oculomotor, estas funções, bem como a consciência, mantem-se preservadas. Embora conscientes, pacientes portadores dessa síndrome conseguem apenas movimentar os olhos verticalmente e elevar a pálpebra superior, repertório motor mediado pelo III nervo craniano, de origem mesencefálica. Tais pacientes tem preservação do ciclo vigília-sono e EEG normal, ou quase normal. A percepção do meio pode ser demonstrada através de comunicação desenvolvida com o examinador, seja por abertura ocular, como por movimentos oculares verticais. Nesta situação, à beira do leito, o médico deve dirigir-se “ao” paciente e não falar “sobre” o paciente.

Na avaliação clínica dos graus de comprometimento da consciência acima citados, escalas são utilizadas e conferem valor numérico para descrever contato verbal, resposta motora, abertura ocular e execução de comandos verbais (FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015).

4.6.2 Casos Clínicos

a) Karen Ann Quinlan

Há objeções ao diagnóstico de morte quando existe função persistente do encéfalo inferior. Como classificamos pacientes com lesões nas regiões neocortical e subcortical que conservam a respiração espontânea e a circulação? O caso de Karen Quinlan é interessante a este respeito.

Em 15 de Abril de 1975, Karen Ann Quinlan, então com 22 anos de idade, deu entrada no Newton Memorial Hospital em estado de coma de etiologia nunca esclarecida. Dez dias depois, foi transferida para o Hospital St. Clair de New Jersey. Alegando que a filha havia se manifestado anteriormente pela não aceitação da idéia de ficar mantida por aparelhos e diante da irreversibilidade de seu caso, os pais adotivos de Karen solicitaram, à justiça, a retirada do respirador, ou seja, para que fosse praticada a eutanásia passiva.

Após a apelação da família quanto à decisão de primeiro grau pela improcedência do pedido, a Suprema Corte de New Jersey concedeu, em 31 de março de 1976, por sete votos a zero, o direito à solicitação de desligamento dos aparelhos. A americana foi a óbito depois de nove anos, tendo retido neste período a função do tronco encefálico e a capacidade de respirar de forma espontânea, porém com seu estado neurológico estático. (LAMB, 1996; FDEZ DE CAÑETE, 2010; PEREIRA; ALARCON, 2015).

Embora Karen fosse considerada como estando em estado vegetativo persistente, não foi alegado que ela estivesse encefálica ou cerebralmente morta. Contudo, os achados neuropatológicos de sua autópsia mostraram comprometimento principalmente ao nível do tálamo, lesões extensas, irreversíveis bilaterais de córtex, especialmente no pólo occipital e região parieto-occipital parasagital, além de danos cerebelares, também bilaterais, e regiões dos *ganglia* basais, porém sem alterações de tronco cerebral (ALMEIDA, 2000).

b) Caso Cruzan (1990) – EUA

Em 11 de janeiro de 1983, Nancy Cruzan, 25 anos de idade, perdeu o controle de seu carro enquanto viajava no estado de Missouri, EUA. O carro capotou e ela foi encontrada sem respiração ou batimento cardíaco detectáveis. Os profissionais de emergência que a atenderam foram capazes de recuperar as funções respiratória e cardíaca, sendo a paciente transportada inconsciente para o hospital. Um neurocirurgião diagnosticou a possibilidade de dano cerebral permanente devido à falta de oxigênio, estimada em 10 a 12 minutos. A paciente ficou em coma por três semanas. O quadro evoluiu para um estado de inconsciência onde a paciente podia se alimentar parcialmente por via oral. Com a finalidade de facilitar a sua alimentação, foi introduzida uma sonda de alimentação, procedimento este autorizado pelo seu marido. Dez meses após o acidente, ela foi internada em um hospital público. Todas as tentativas de reabilitação foram mal sucedidas, demonstrando que ela não teria possibilidade de recuperar a vida de relação. Os seus pais, que também eram considerados como seus representantes legais, em conjunto com o esposo, solicitaram ao hospital que retirasse os procedimentos de nutrição e hidratação assistida, no caso, a sonda que havia sido colocada. Os médicos e a instituição se negaram a atender esta demanda sem autorização judicial. Os pais então entraram na justiça do estado do Missouri solicitando esta autorização em junho de 1989. O tribunal, em junho de 1990, ordenou à instituição que atendesse a demanda da família. O diagnóstico de dano cerebral permanente e irreversível, em consequência do longo período de anóxia, foi confirmado e não questionado. As leis do estado do Missouri e da Constituição norte-americana permitem que uma pessoa no estado da paciente pode recusar ou solicitar a retirada de "procedimentos que prolonguem a vida". Considerando que Nancy, aos vinte anos, havia manifestado esta vontade em uma conversa séria com uma colega, caso estivesse em uma situação como esta, sua posição sugeriu que ela não estaria de acordo com a manutenção da hidratação e da nutrição nas suas condições atuais, sendo portanto atendido o pedido de seus pais (PAPINI, 2010; FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015; GOLDIN, 2005b).

c) Terri Schiavo (FLÓRIDA – EUA)

Theresa Marie Schindler-Schiavo, então com 41 anos em 1990, após uma parada cardíaca, talvez devido à perda significativa de potássio associada a bulimia, permaneceu, pelo menos, cinco minutos sem fluxo sanguíneo cerebral, resultando em uma grande lesão cerebral. Desde então, ficou em estado vegetativo, de acordo com as diversas equipes médicas que a trataram nos quinze anos de luta e discordância do marido de Terri com os pais da mesma. Enquanto o primeiro desejava que a sonda de alimentação fosse retirada,

os segundos, Mary e Bob, assim como os irmãos de Terri, lutavam para que a alimentação e hidratação fossem mantidas. A família era católica e considerava que a retirada da sonda configuraria uma situação de homicídio. Todavia, depois de acirradas disputas, o pedido de Michael Schiavo foi deferido por três vezes, tendo sido revertido nas duas primeiras. [Em 19 de março de 2005 a sonda foi retirada pela terceira vez](#), permanecendo assim até a sua morte, em 31 de março do mesmo ano (PAPINI, 2010; FERNANDES; TAKAYANAGUI; GOLDIN, 2005c).

d) Eluana Englaro (Itália)

Em 18 de janeiro de 1992, a italiana Eluana Englaro sofreu um grave acidente automobilístico aos 21 anos de idade, permanecendo em estado vegetativo persistente. Para mantê-la viva, eram necessárias alimentação e hidratação por meio de sonda nasogástrica. Beppino Englaro, seu pai, ingressou com ação judicial em que pleiteava a retirada da alimentação e da hidratação artificiais, de forma a possibilitar a morte natural. Como fundamento do pedido, afirmava que Eluana, em consciência e em diversas ocasiões, teria expressado sua contrariedade quanto à manutenção artificial da vida em caso de acidente ou doença que a pusesse em coma prolongado ou estado vegetativo. O pedido foi julgado improcedente pela Corte de Apelação de Milão em dezembro de 1999. Em seguida, o recurso de Beppino Englaro foi rejeitado em abril de 2005 pela Corte de Cassação italiana. No entanto, em 2007, a Corte de Cassação italiana possibilitou um novo julgamento do pedido pela Corte de Apelação de Milão. Após novo julgamento do pedido, a Corte de Apelação de Milão, em 9 de julho de 2008, autorizou o pai de Eluana a suspender a alimentação e a hidratação artificiais, afirmando que isso não significaria homicídio, mas apenas permitiria o curso natural da doença. A Corte de Cassação italiana, em 13 de novembro de 2008, julgou inadmissível o recurso interposto pelo Ministério Público, por ilegitimidade. Com isso, houve o trânsito em julgado da decisão proferida pela Corte de Apelação de Milão no sentido de reconhecer o direito do pai de Eluana de suspender a alimentação e a hidratação artificiais da filha e, assim, possibilitar que a sua morte ocorresse naturalmente, sem a interferência de tratamento médico. Eluana permaneceu em estado vegetativo por 17 anos, até a interrupção de sua alimentação artificial. Durante a votação de um projeto de lei relativo à alimentação e hidratação artificiais no Senado italiano, em 09 de fevereiro de 2009, Eluana faleceu (PAPINI, 2010; ALVES, 2013).

4.6.3 Diagnósticos

A morte encefálica foi incluída na Constituição brasileira como uma das formas de definição de morte do indivíduo em 1992, quando esta declaração abrangia apenas pessoas com idade maior ou igual a 2 anos. Em 1997, a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina modificou os critérios de 1992 em relação à abrangência das idades, permitindo que a morte encefálica seja declarada em crianças a partir de 7 dias de vida e em relação aos exames complementares necessários.

A partir de então, a Lei determina que o diagnóstico de morte encefálica seja feito através de 2 exames clínicos completos, respeitando o tempo de observação do paciente entre o primeiro e o segundo exame de acordo com a idade do mesmo e na ausência de níveis presumíveis ou confirmados de drogas depressoras do SNC.

O período de observação mínimo entre a primeira e a segunda prova é assim determinado: 48 horas, em crianças de 7 dias a 2 meses; 24 horas, em crianças de 2 meses a 1 ano; 12 horas, em crianças com idade superior a 1 ano e inferior a 2 anos; e 6 horas, em idade superior a 2 anos, abrangendo também os adultos.

O exame clínico para diagnosticar a morte encefálica compreende a avaliação de 4 parâmetros fundamentais que determinam a mesma: coma de etiologia conhecida e caráter irreversível, diagnóstico clínico através da observação de parâmetros biológicos específicos, ausência de atividade motora supra espinal e ausência de respiração espontânea, verificada pelo teste de apnéia.

Para o diagnóstico clínico de morte encefálica, inicialmente devem ser observados os seguintes parâmetros: pressão arterial sistêmica, 90 mmHg; funções cardiocirculatórias e pulmonares estáveis. Paciente não deve estar em uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, como sedativos, hipnóticos ou barbitúricos, nem de drogas ilícitas, como álcool, cocaína, crack, etc., e de agentes bloqueadores neuromusculares. Não deve apresentar hipotermia climática e nem estar submetido à hipotermia terapêutica. Deve haver ausência de alterações metabólicas e a temperatura corporal central tem que estar maior ou igual a 36°C.

Para constatação de coma de etiologia conhecida e caráter irreversível, verifica-se a ausência de qualquer tipo de resposta motora ou neurovegetativa aos estímulos dolorosos da região lateral da nuca ou face, compressão supra-orbitária, compressão do esterno ou do leito ungueal, ausência de convulsões e de tremores e postura em descerebração ou decorticação. É considerada apenas a reatividade supraespinal, portanto reações de atividade medular reflexa, como reflexos

osteotendinosos (“reflexos profundos”), cutâneo abdominal, cutâneo plantar em extensão ou flexão, cremastérico superficial e profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores e reflexo tônico cervical, são todos sinais de reatividade infraespinal e não afastam o diagnóstico de morte encefálica. Os pacientes devem ser submetidos à Tomografia Computadorizada de crânio com e sem contraste, com exceção dos apnéicos, que serão submetidos sempre a tomografia computadorizada com contraste apenas.

A ausência de atividade motora supra espinal, ou inatividade do tronco encefálico, é constatada através da observação de pupilas fixas e arreativas e da ausência dos reflexos óculo-vestibular, córneo-palpebral, oculocefálico e de tosse ou de engasgo.

As pupilas devem estar fixas com dilatação média ou completa, na linha média, e não apresentar qualquer resposta à estimulação por luz forte e direta sobre elas por 10 segundos, descartado efeito de atropina, anfetamina, midriáticos tópicos ou trauma ocular.

Para avaliação de reflexo óculo-vestibular é realizada a estimulação calórica. A mesma é realizada da seguinte maneira: primariamente é necessária uma otoscopia, para certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a adequada realização do exame. Posteriormente, a cabeceira da cama deve ser mantida elevada a 30 graus. 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc), em temperatura próxima de 0 grau Celsius, é instilado em um ouvido. O outro ouvido é examinado após um intervalo de 5 minutos. Observar qualquer movimento de desvio ocular para o lado em que está sendo infundido o líquido frio. Nenhuma movimentação dos olhos deve ocorrer quando se tratar de morte encefálica.

A ausência de reflexo córneo-palpebral é verificada através da estimulação da córnea, seja por uma gaze ou por um “swab” de algodão. Nenhuma resposta de defesa ou tentativa de fechamento ocular serão demonstradas quando se tratar de morte encefálica.

A ausência de reflexo oculoencefálico pode ser observada pelo movimento ocular gerado ou não, tratando-se de morte encefálica, após rotação, flexão e extensão da cabeça.

Já a ausência de reflexo de tosse ou engasgo pode ser vista se não ocorrer nenhuma reação de tosse, náusea, sucção, movimentação facial ou de deglutição

ao movimentar o tubo endotraqueal, ou ao aspirar a traquéia introduzindo uma sonda de aspiração além do tubo, ou ao estimular a faringe e a laringe com uma sonda.

Por fim, a última etapa aplicada no exame clínico para diagnóstico de morte encefálica é o teste de apneia. O paciente deve ser monitorado continuamente através de aferição da pressão arterial sistêmica, eletrocardiograma e saturação digital de oxigênio. As vias aéreas pérvias necessitam ser observadas em pacientes em ventilação mecânica. Deverão ser realizados os procedimentos a seguir: antes de iniciar o teste, deve-se ajustar os parâmetros do ventilador para obter uma PaCO₂ em torno de 35 a 40 mmHg. Aumentar a concentração de oxigênio no ventilador para 100% por pelo menos 10 minutos.

Opcionalmente pode-se fazer uma gasometria com estes parâmetros para documentar o nível de PaCO₂ antes do início da prova. O ventilador deve ser desconectado e um catéter com oxigênio de 6 a 8 litros/minuto introduzido no tubo endotraqueal até a carina. Após desconectar o ventilador do paciente, sua ventilação deve ser monitorada. Observar por até 10 minutos da desconexão, ou até que a PaCO₂ supere 55mmHg, o aparecimento de movimentos respiratórios torácicos ou abdominais.

O teste de apnéia deve ser interrompido imediatamente e o paciente deve ser reconectado ao ventilador diante de dessaturação de oxigênio pela Oximetria digital, se os níveis de pCO₂ não atingirem 55mmHg, se ocorrer hipotensão arterial sistêmica, arritmia, bradicardia, fibrilação, ou qualquer outra intolerância ao teste de apneia, alterações estas comprovadas pelo monitor cardiorrespiratório. Desta maneira não é possível a confirmação da morte encefálica naquele momento. O segundo exame neurológico com o teste de apneia só poderá ser repetido após 6 horas do primeiro.

A legislação brasileira determina que a morte encefálica não pode ser diagnosticada apenas pelos exames clínicos e exige a execução de exames complementares, fato este que traz mais segurança, pois evita um diagnóstico falso positivo de morte encefálica.

Os exames complementares utilizados para a confirmação de morte encefálica são a Angiografia, a Tomografia isotópica encefálica por emissão de fóton único (SPECT), o PET, o Doppler transcraniano (DCT), o Potencial evocado, o Eletrencefalograma (EEG), a Avaliação por pressão intracraniana (PIC) e a

Tomografia por xenônio (CFM, 1997; MARINO JUNIOR, 2007; ANDRADE, 2007; FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015).

O CFM (1997) orienta que sejam feitos exames complementares que demonstrem, de forma inequívoca, uma das quatro situações:

1. Ausência de atividade elétrica cerebral: EEG;
2. Ausência de atividade elétrica do tronco cerebral: Potencial evocado multimodal;
3. Ausência de atividade metabólica cerebral: SPECT e PET – Tomografia por emissão de pósitrons;
4. Ausência de perfusão sanguínea cerebral: Angiografia cerebral de quatro vasos e/ou Doppler transcraniano (DCT), Angiografia isotópica cerebral.

O CFM determina também que os exames complementares, a exemplo dos exames clínicos neurológicos, devem ser repetidos com intervalos mínimos, de acordo com a idade do paciente. Segundo o artigo 7º da resolução CFM nº 1.480/97, os exames que podem ou devem ser utilizados em cada faixa etária, com os respectivos intervalos de tempo entre o primeiro e segundo testes, são:

- a) Quaisquer dos exames complementares acima citados, para pacientes com idade superior ou igual a 2 anos.
- b) Entre 1 e 2 anos incompletos, o mesmo está estabelecido. Entretanto, se a opção for o EEG, este deve ser repetido com intervalo de 12 horas entre um e outro.
- c) Nas crianças com idade entre 2 meses e 1 ano incompleto, devem ser realizados 2 EEGs, com intervalo de 24 horas entre o primeiro e o segundo exame.
- d) Nas crianças com idade entre 7 dias e 2 meses, devem ser realizados 2 EEGs, com intervalo de 48 horas entre o primeiro e o segundo exame.

Percebe-se que há um limite mínimo de 7 dias de vida. Esta determinação acontece em decorrência de casos de anencefalia. Apenas após o período de 7 dias do nascimento uma criança anencéfala poderá ser declarada em morte encefálica, de acordo com as leis brasileiras, devendo ser mantida viva até o sétimo dia de vida e, a partir de então, examinada conforme os critérios do CFM.

Considerando-se um paciente adulto, não há diferença na utilização de um ou outro exame complementar, fato explicado pela diversidade cultural e econômica das diferentes regiões do Brasil. Essa pluralidade de métodos também otimiza a

análise dos pacientes, levando em conta que um método pode ser mais eficaz em uma situação do que em outra.

Dentre os exames complementares acima citados, discutimos aqui os de maior aplicação prática, por facilidade de aquisição ou por serem menos invasivos.

A este respeito, Raul Marino Junior (2007) descreve os seguintes exames:

a) Eletrencefalograma (EEG)

Registrado à beira do leito, não oferece qualquer risco e sobretudo ajuda no diagnóstico de morte encefálica, embora não exclua a possibilidade de funções remanescentes no tronco cerebral, bem como a possibilidade de coma reversível, que pode ser causado por drogas ou hipotermia. Geralmente é utilizado como exame confirmatório após seis horas de observação de perda completa das funções cerebrais. Excluindo-se pacientes em uso de grandes doses de drogas depressoras do sistema nervoso central ou aqueles induzidos à hipotermia, não existe relato de sobrevivência, quando o EEG mostrou silêncio elétrico cerebral. Assim sendo, é um exame de grande importância para a confirmação de morte encefálica, principalmente no diagnóstico em crianças abaixo de 2 anos de idade.

b) Potenciais evocados: visual, auditivo e somatossensitivo

Exame indicado principalmente no diagnóstico da morte encefálica, sobretudo a detecção dos potenciais evocados auditivos (PEA) do tronco encefálico, relativamente resistentes a influências tóxicas ou metabólicas. Os PEA do tronco encefálico detectam a função deste mesmo em pacientes sedados ou em coma barbitúrico induzido, quando há preservação da onda pelo potencial. São bastante resistentes a influências metabólicas e tóxicas e suas ondas estão presentes ainda que com o uso de doses elevadas de anestésicos ou barbitúricos. Na ocorrência de morte encefálica, as ondas evocadas do tronco cerebral desaparecem precoce e irreversivelmente, caracterizando a falência funcional desta estrutura. O potencial evocado somatossensitivo (PESS) é menos utilizado que o anterior, mas também mostra resistência à ação de drogas, até mesmo a doses altas de barbitúricos.

Na morte encefálica pode estar presente a resposta periférica N9 (plexo braquial), porém não estarão presentes as respostas corticais. Para confirmar a atividade elétrica encefálica, juntamente com os dois anteriores, também é realizado

o potencial evocado visual (PEV). Os potenciais evocados têm suas limitações em lesões traumáticas dos nervos ópticos (PEV), lesões dos nervos auditivos (PEA) e nas lesões da medula cervical (PESS), pois há bloqueio da condução dos estímulos.

c) Doppler transcraniano (DTC)

O DTC foi introduzido em 1982 por Aaslid, na Suíça, com o objetivo de avaliar a hemodinâmica dos vasos intracranianos. Atualmente é utilizado como rotina no diagnóstico de morte encefálica, pois permite uma análise rápida, à beira do leito, da ausência de perfusão encefálica, sem necessidade de uso de drogas ou de equipes de técnicos. É um exame não invasivo, podendo ser repetido a qualquer momento, confiável, com 100% de especificidade, simples e de baixo custo em relação aos outros métodos. É sabido que a hipertensão intracraniana é a causa mais frequente de morte encefálica em pacientes com traumatismos cranioencefálicos ou outras patologias neurocirúrgicas. As repercussões da hemodinâmica encefálica diante de um aumento progressivo da pressão intracraniana podem ser avaliadas pelo DTC, na seguinte sequência de eventos: redução da velocidade de fluxo diastólico nas artérias intracranianas; ausência de fluxo na fase diastólica; fluxo diastólico invertido; fluxo oscilatório não progressivo; espículas sistólicas; e nos pacientes adultos com diagnóstico clínico prévio de morte encefálica, estes eventos tem especificidade de 100% e sensibilidade de 91,3%.

No diagnóstico precoce de morte encefálica, o DTC pode ter algumas limitações, como, por exemplo, na ocorrência de lesões diretas do encéfalo sem aumento concomitante da pressão intracraniana, quando poderiam fornecer sinais clínicos de morte encefálica sem, contudo, haver parada de progressão do fluxo de sangue ao exame de DTC. Na presença de craniectomias descompressivas ou derivações ventriculares, perdas intermitentes de tecido encefálico poderiam permitir a preservação da perfusão cerebral na presença de morte encefálica. Nestas situações, para que se possa definir precocemente o diagnóstico de morte encefálica, é importante o uso de métodos que demonstrem ausência de atividade elétrica ou metabólica, como o EEG, o potencial evocado e o SPECT. A principal limitação do DTC é o fato de se tratar de um exame dependente de um operador especializado para sua realização. Como descrito, a utilidade do DCT como exame subsidiário para confirmação de morte encefálica é inquestionável, ademais o

diagnóstico precoce de morte encefálica permite a doação de órgãos em melhor estado de preservação.

d) Tomografia isotópica encefálica por emissão de fóton único

A tomografia isotópica encefálica por emissão de fóton único (SPECT) é considerada não invasiva, segura e nunca foi referida como causa de erro no diagnóstico de morte cerebral, quando efetuada por um bom especialista. Utiliza o tecnécio (Tc) 99 m HMPAO ou o Ceretec (ECD) como radioisótopo de escolha. O SPECT revela a perfusão da microvasculatura encefálica e celular através da análise comparativa dos hemisférios cerebrais e cerebelo, por meio da união do tecnécio com a glutatona. Esta união ocasiona a mudança do pH intracelular, fazendo com que o Tc permaneça durante determinado período intracelular. Pode assim demonstrar hipoperfusão (diminuição do metabolismo celular) ou hiperperfusão (hiperatividade metabólica, como observado durante crise epiléptica). A morte celular pode ser deduzida pela ausência do radiofármaco (Tc) na zona de lesão. O SPECT é considerado um exame comprobatório padrão ouro, seguro, fidedigno e inócuo, quando há total ausência de perfusão microvascular e celular do encéfalo. Seu aperfeiçoamento e a criação de modelos compactos e utilizáveis à beira do leito poderão torná-lo o exame mais importante para o futuro.

A propósito dos exames complementares para o diagnóstico de morte encefálica, Almir e colaboradores descrevem também a Monitorização da pressão e da temperatura intracraniana. A monitorização da pressão intracraniana (PIC) é considerada um meio fácil, fidedigno e relativamente seguro de avaliar a resposta cerebral à lesão, até que métodos tecnológicos mais úteis na monitorização do fluxo sanguíneo cerebral e do metabolismo cerebral tornem-se disponíveis. A elevação da PIC é diretamente proporcional à queda da perfusão sanguínea cerebral, do metabolismo cerebral e à elevação dos índices de mortalidade. A elevação da PIC média aos níveis da pressão arterial média (PAM) leva à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral.

Nesta situação o paciente evolui para coma irreversível, midríase paralítica bilateral, apnéia e morte encefálica. Após este estágio, o paciente evolui para hipotensão arterial, bradicardia e falência cardiorrespiratória, caracterizando a morte clínica. A presença de registro de traçado de padrão constante, sem ondas de pulso

de PIC, está diretamente relacionada com a falência vasomotora, caracterizando estado de morte encefálica. O limite superior de temperatura máxima para a sobrevivência da maioria dos organismos é 45°C. Acima desta temperatura as proteínas são desnaturadas.

Temperaturas corporais de 38°C a 42°C determinam aumento do metabolismo cerebral; e acima de 42°C ocorre hipometabolismo cerebral difuso determinando lentificação das ondas cerebrais ao EEG. Já foi visto que o nível de consciência dos pacientes está correlacionado com a temperatura cerebral, pois o aumento da temperatura intracraniana em 2°C além do normal (36,4°C) ocasionará danos para a célula nervosa, agravando a isquemia tecidual. As técnicas para a monitorização contínua da PIC são a intraventricular, considerada padrão ouro e a intraparenquimatosa (ANDRADE, 2007).

Os exames clínicos para a declaração de morte encefálica devem ser conduzidos por médico experiente, preferencialmente neurologista, neurocirurgião, ou intensivista com experiência neste procedimento. O médico ou a equipe responsável pela segunda prova clínica não devem ser os mesmos daqueles envolvidos com a realização da primeira prova. Vale ressaltar que nenhum destes profissionais pode ser vinculado ao serviço de resgate de órgãos para transplantes.

Segundo as exigências do CFM, o diagnóstico de morte encefálica só estará completo até que as provas clínicas e exames complementares sejam realizados. Uma vez confirmada a morte encefálica, esta equivale legalmente à morte do indivíduo e sua declaração deve ser feita no prontuário do paciente como diagnóstico de morte, independentemente de eventual doação de órgãos para transplante (FERNANDES; TAKAYANAGUI, 2015).

4.6.4 Estudos Novos

O diagnóstico diferencial das desordens da consciência é um desafio. A taxa de erros gira em torno de 40%, fazendo com que novos métodos sejam necessários para complementar o diagnóstico, principalmente tratando-se de pacientes com capacidade de demonstração comportamental diminuída.

Há dois objetivos principais na avaliação clínica de pacientes em estado vegetativo persistente ou minimamente consciente. O primeiro objetivo é determinar

se o paciente retém a capacidade para uma resposta intencional a estimulação, no entanto inconsistente. Tal capacidade, o que sugere no mínimo consciência parcial, distingue pacientes em estado minimamente consciente daqueles em estado vegetativo persistente e, portanto, tem implicações para cuidados subsequentes e de reabilitação, bem como para tomada de decisões legais e éticas. Infelizmente, o comportamento induzido desses pacientes é muitas vezes ambíguo, inconsistente e limitado por vários graus de paralisia, o que torna muito difícil a distinção entre comportamentos reflexivos e voluntários.

O segundo objetivo da avaliação clínica é aproveitar e cultivar qualquer resposta disponível, através de uma intervenção, em uma forma de comunicação reprodutível, no entanto rudimentar. A aquisição de qualquer método verbal ou não verbal interativo e funcional da comunicação é um marco importante. Clinicamente, comunicação consistente e reprodutível delimita a fronteira do estado minimamente consciente.

Dois dos principais centros de referência em Cambridge, no Reino Unido, e Liege, na Bélgica, realizaram um estudo envolvendo 54 pacientes com lesão cerebral grave e distúrbios de consciência. Infelizmente, o comportamento induzido destes pacientes é frequentemente ambíguo, dificultando a distinção entre uma resposta puramente reflexiva daquela voluntária.

O estudo foi realizado entre novembro de 2005 e janeiro de 2009. Foi utilizada ressonância magnética funcional (MRI) para avaliar a capacidade de cada paciente de gerar respostas durante duas tarefas mentais: motora e espacial. Esta técnica foi primariamente validada em 16 indivíduos saudáveis (9 homens e 7 mulheres), sem histórico de distúrbios neurológicos.

Após validação, as tarefas foram dadas a um paciente de 22 anos que havia recebido um diagnóstico de estado vegetativo persistente 17 meses após um acidente de trânsito. Este diagnóstico foi confirmado por uma avaliação especializada 3 anos e meio após a lesão. No momento da admissão para ressonância magnética funcional, 5 anos após o acidente, o paciente foi assumido em estado vegetativo, embora extensos testes comportamentais após a ressonância magnética funcional revelaram reprodutíveis, porém inconsistentes, as respostas indicativas de um estado minimamente consciente. O paciente respondeu corretamente a cinco das seis perguntas sobre sua vida pessoal. Ele conseguiu confirmar o nome de seu pai, por exemplo.

Dos 54 pacientes, 23 encontravam-se em estado vegetativo persistente e 31 em estado minimamente consciente. Todos os pacientes foram submetidos à MRI e para a realização do exame foi pedido a eles que imaginassem atividades motoras, como jogar tênis, para demonstrar uma resposta afirmativa, e que imaginassem imagens espaciais, como ruas, indicando resposta negativa.

Os resultados do estudo foram surpreendentes: dos 54 pacientes, 5 eram capazes de modular voluntariamente a sua atividade cerebral. 3 deles demonstraram, inclusive, algum grau de consciência, mas os outros 2 não necessariamente mudaram seu pensamento conscientemente. 1 único paciente, entre os 3 que demonstraram algum grau de consciência, foi capaz de responder “sim” ou “não” às perguntas durante a MRI, no entanto, manteve-se impossível estabelecer qualquer forma de comunicação à beira do leito.

Estes resultados mostram que uma pequena proporção de pacientes em estado vegetativo ou minimamente consciente tem residual função cognitiva que reflete alguma consciência. O exame clínico cuidadoso irá resultar na reclassificação do estado de consciência em alguns destes pacientes. Esta técnica pode ser útil para o estabelecimento de básica comunicação com pacientes que parecem ser indiferentes.

Foi observado também que o prejuízo na função motora pode ser responsável pela ausência de resposta comportamental à beira do leito, indicativa de inconsciência, independentemente de quão bem e cuidadosamente são feitas estas avaliações.

Na eventual possibilidade de consolidação de tais testes, os mesmos abrirão caminho para que pacientes em estados vegetativo persistente ou minimamente consciente possam tomar decisões, por exemplo, relacionadas ao seu tratamento, considerando a prescrição de uma medicação de acordo com a resposta do paciente. Além disso, a aplicação destes testes na rotina levantará questões éticas, pois pacientes com respostas positivas deverão ser considerados capazes de vida de relação e consciência. Assim sendo, certas questões precisariam ser repensadas: é correto desativar os aparelhos para deixar um paciente em estado vegetativo persistente morrer, sendo que o mesmo pode ainda ter algum grau de consciência e até capacidade de manifestar vontade própria? (MONTI, 2010)

4.7 A dignidade da pessoa humana a partir da formulação do conceito de pessoa no IV e V século com sua atual aplicação na questão da morte encefálica

Hoje fala-se muito da dignidade da pessoa humana. Trata-se até de um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, como lemos no Art. 1º da Constituição de 1988. Esta fundamentação foi juridicamente possível diante do fato que a dignidade da pessoa humana encontra uma tranquila receptividade na nossa cultura. Porém o valor que nós hoje damos à pessoa humana precisou de séculos para ser reconhecido. Pode-se, pois, perguntar: Quando e como foi formulado o conceito de “pessoa”? Quando e como este conceito foi aplicado ao ser humano? E na questão específica debatida nesta dissertação pergunta-se como o referencial da dignidade da pessoa humana pode ser aplicado em situações-limite, tais como a da morte encefálica, ou do estado vegetativo persistente.

Na conclusão do celebre discurso ao Parlamento Federal da Alemanha, em 22 de setembro de 2011, Bento XVI afirmou que “a cultura da Europa nasceu do encontro entre Jerusalém, Atenas e Roma, do encontro entre a fé no Deus de Israel, a razão filosófica dos Gregos e o pensamento jurídico de Roma”. (BENTO XVI, 2011). Tal afirmação pode ser estendida ao continente americano, que é fruto da cultura europeia, até nas suas línguas. Aliás, o Brasil faz parte do Sul deste Continente que não por acaso é definido como *latino-americano*. Por isso, parte-se, do ponto de vista histórico, da cultura grega, para passar depois à contribuição específica do cristianismo, com suas conseqüentes aplicações até no campo ético.

4.7.1 O pensamento greco-romano: a impenetrabilidade do conceito de pessoa

Os estudiosos concordam em reconhecer que o conceito de pessoa é estranho à filosofia grega. A razão mais profunda deste fato reside no sistema próprio de coordenadas, a partir do qual a filosofia grega tentou determinar a essência e a posição do homem. Um dos eixos deste sistema é formado pelo espírito, considerado algo absoluto e divino, que transcende e ultrapassa o que é do

mundo e que é particular. O outro eixo é representado pelo ser material e corpóreo, cuja finalidade seria individualizar, no caso do homem, as características universais do espírito e enquadrá-las numa determinada parcela da realidade material, da qual o espírito se separa pela morte, a fim de mergulhar novamente no seu anonimato primitivo e universal. Consequentemente, o homem aparece como indivíduo representante de uma espécie; e a vida terrestre é considerada como uma decadência ou a passagem para a existência pura do espírito. Acrescente-se a isso a convicção grega da importância absoluta insuperável da ordem política e da cidade, em que o indivíduo era “situado” e visto em sua relação com o Estado, com o coletivo (MARITAIN, 1973).

Neste pano de fundo não podia nascer uma problemática que considerasse o ser humano como pessoa. De fato, este conceito acentua o singular, o indivíduo, enquanto a filosofia grega dá importância só ao universal, ao ideal, ao abstrato.

Neste sentido a palavra *prosopon* que, na época cristã será um dos termos utilizados para indicar a "pessoa", como vai ser considerado mais para frente, na antiga Grécia significava “rosto”. Este termo foi utilizado também para indicar a máscara de teatro, mas num contexto onde o alcance filosófico do uso aparecia com maior clareza. Para o pensamento grego, o homem não possui nada de único e duradouro: no momento da morte, a alma ou se une a um outro corpo (Platão), ou desaparece (Aristóteles). Na mesma chave de leitura pode ser considerado, na antiga Roma, o culto etrusco da deusa Perséfone. Este comportava uns rituais em que se carregava uma máscara (*phersu*). Os romanos, mais tarde, irão adotar o termo, usando a palavra *persona* (de *per-sonare*, quer dizer, “falar através”) para indicar a máscara utilizada habitualmente pelos atores: por extensão, designava o papel que eles interpretavam.

No século III a. C. o termo foi utilizado para indicar as pessoas gramaticais. Mais tarde apareceu no sentido de “pessoa jurídica”, enquanto fonte de direito. No século I antes da nossa era, o mesmo homem podia ter diferentes *personae*, quer dizer, diferentes papéis sociais ou “jurídicos”. A personalidade era algo mutável e não algo essencial: e, seja na antiga Grécia, como na Antiga Roma, o conceito de pessoa como será desenvolvido posteriormente, não tinha espaço, era impenetrável (PARTLAN, 2005).

4.7.2 A contribuição da teologia cristã

O valor absoluto do indivíduo é um dado da revelação judaico-cristã, onde aparece a parceria divino-humana, na qual Deus chama livremente o homem a participar da sua vida. E esta parceria tem como traço característico a ação divina que se destina primeiramente ao homem como pessoa e só mediante certas pessoas (profetas, Jesus Cristo, apóstolos) atinge o homem como tal, universalmente. Na ordem da criação o homem é elevado acima de todas as coisas criadas do mundo e, ao mesmo tempo, é solidário com toda a criação restante.

Esta ordem da criação contém também o perigo inerente à finitude da liberdade humana. Devido à liberdade, cada homem pode aceitar ou recusar a parceria que Deus lhe oferece; e a morte vai fixar definitivamente a opção da pessoa numa situação de comunhão com Deus ou de recusa.

O ponto mais alto da parceria divino-humana se encontra em Jesus de Nazaré Deus-homem, homem-Deus. Nele o próprio Deus estende a mão para a parceria e, ao mesmo tempo, proclama a infinita *nobreza* e a imensa *dignidade* de cada homem finito e particular. A revelação cristã, pois, não está voltada ao gênero humano de modo abstrato, não diz respeito ao universal, mas é dirigida a todos os homens tomados individualmente, enquanto cada um deles é filho de Deus, chamado à plena comunhão com Ele (SCHÜTZ; SARACH, 1980).

Com este horizonte, diferente daquele do mundo grego, estava colocada a premissa, a possibilidade e a necessidade da origem e do desenvolvimento do conceito de pessoa. O impulso imediato para esse processo, porém, exigiu tempo. A ocasião de tal reflexão ocorreu principalmente a partir das disputas teológicas acerca dos grandes mistérios da Trindade e da Encarnação, para cuja solução contribuiu, de forma decisiva, a formulação exata do conceito de pessoa (MONDIN, 2003a).

Quanto ao mistério da Encarnação, o cristão estava diante de afirmações que, por um lado, apontavam para uma realidade divina e, por outro, para uma realidade humana do mesmo Jesus de Nazaré. E, quanto à Trindade, a dificuldade era ainda maior, pois precisava garantir a absoluta individualidade das três pessoas divinas

(Pai, Filho e Espírito Santo), como também a posse da mesma e idêntica natureza divina, evitando, ao mesmo tempo, a interpretação “modalista” (três “modos” de revelação da uma única pessoa divina) e a recusa do monoteísmo.

Com referência às questões que mais diretamente interessam nesta reflexão sobre a formulação do conceito de pessoa, os primeiros “tratadistas” da doutrina trinitária são Hipólito e Tertuliano (início do século III).

A Tertuliano, que escreve em latim, deve-se a elaboração de uma linguagem básica, que se consagrou mais tarde. Entre outras, são suas as expressões *trinitas* (trindade), *una substantia, tres personae* (uma única substância, três pessoas); e, sobretudo, a contribuição de projetar o mistério trinitário no primeiro plano da reflexão teológica. E Hipólito, que escreve em grego, foi o primeiro, por sua vez, a utilizar o termo *prosopon* para falar da Trindade (PARTLAN, 2005).

Desde o início do século III, então, as palavras *prosopon* e *persona* tentam designar aquilo que distingue os Três (Pai, Filho e Espírito Santo). Pouco depois começa o uso de *hypóstasis*, no Oriente.

Do ponto de vista etimológico, o termo deriva do verbo *hyphístamai* (GOMES, 1979, p. 251), que significa *sub-jazer*. Indica, pois, o que está debaixo: apoio, sedimento, fundamento etc.: um significado que adquire determinações ulteriores segundo o contexto.

No uso pré-filosófico e bíblico (por exemplo Heb 1,3; 3,14; 11,1) o sentido, em geral, é o mesmo, o da realidade que jaz sob as manifestações (a coragem, que se exterioriza no vigor; o plano, que resulta na construção etc.), ou também o da realidade em oposição à sombra e à imagem. Assim aparece também em vários escritos patrísticos, nos séculos II-III.

Por exemplo, em Hebreus 1,3, nós lemos; “Ele (o Filho) é o resplendor de sua glória e a expressão do seu ser (*hypostáseos*)”.

Neste caso, *hypostáseos* (genitivo de *hypóstasis*) indica a “realidade” divina expressa no Filho.

Como termo filosófico, a palavra entra na filosofia por meio dos estóicos, que a empregavam como sinônimo de *ousia*: o ser primitivo, a essência enquanto emerge e se manifesta nas coisas. No plotinismo, o termo indicava as verdadeiras e perfeitas realidades (o espírito, a alma, o Um); e era traduzido com o termo latino *substantia*.

O primeiro ensaio de diferenciação entre *ousia* e *hypóstasis* se deve, na área da teologia, a Orígenes (metade do III século). No *Comentário sobre João* (2, 10, 75), por exemplo, fala de “três *hypostáseis*”, referindo-se, ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo (Apud GOMES, 1979, p. 252-253).

Outra etapa importante, na formulação dos conceitos filosóficos ligados à expressão do dogma será constituída pelo Concílio de Nicéia de 325, em que se condenou o arianismo no seu ponto central: a negação da plena divindade do Filho de Deus. Por esta razão não se explicitou a doutrina trinitária em toda a plenitude em que ela já emergia na consciência cristã. Desenvolve-se, pois, o tema da *homoousia* (= da mesma substância) somente do Filho de Deus: “gerado”, “não criado”, “da mesma substância” do Pai, mas acrescentando no fim o anatematismo, quer dizer, a excomunhão, a quem, dissesse não ser ele eterno, ou ser proveniente de outra *hypóstasis* ou *ousia* (SCHMAUS, 1977, p. 112-113).

Vê-se, então, que a palavra *hypóstasis* vem tomada como sinônimo de *ousia*. Com efeito, até essa época, o termo não tinha adquirido o significado técnico da teologia e doutrina posteriores.

Do ponto de vista teológico, o período entre o Concílio de Niceia (325) e o de Constantinopla (381) foi caracterizado pelos debates em torno das palavras *homóusios* e *hypóstasis*, e em torno da equivalência entre *hypóstasis* e *prósopon*, ou *persona*.

Aos Padres Capadócios coube realizar a elaboração filosófica e doutrinária desses conceitos. Chamam-se “Capadócios” pela região onde eles nasceram (a “Capadócia”, situada na atual Turquia) e atuaram, no século IV: e correspondem aos nomes de S. Basílio, S. Gregório de Nissa e S. Gregório Nazianzeno.

Os Capadócios admitem, pois, um só Deus, em três pessoas distintas, consubstanciais entre elas. Elas possuem unidade de substância, de operações, de vontade e de ação. Para distinguir as “três” (Pai, Filho e Espírito Santo), eles utilizam o termo *hypóstasis*; e, para afirmar sua unidade, servem-se do termo *ousia*. Eles, pois, definem *ousia* como natureza, ou substância comum; e *hypóstasis* como o aspecto individual de determinação e de distinção. Dessa maneira, o Pai é afirmado na sua característica de princípio, não gerado; o Filho como o gerado e o Espírito Santo como aquele que procede do Pai através do Filho. Daí nasce a fórmula *mya ousia, tréis hypostáseis* (uma substância, três hipóstases).

As intenções do Concílio de Nicéia foram, assim, expressas de forma melhor, chegando a aplicar a noção de “consustancialidade” à terceira *hypóstasis* divina (o Espírito Santo) contra os assim-chamados “pneumatômacos” (etimologicamente “inimigos do espírito”), os arianos que negavam a divindade do Espírito Santo.

O Concílio de Constantinopla de 381, com a definição da divindade do Espírito Santo, podia, assim, retomar e aperfeiçoar o símbolo de Nicéia, fixando as estruturas fundamentais do dogma trinitário de maneira substancialmente definitiva (MILANO, 1985).

Resolvida, em Constantinopla (381), a questão “trinitária”, aparecia, agora, a questão cristológica. Em outros termos, era necessário responder como se associavam em Cristo a humanidade e a divindade.

O interesse histórico-salvífico devia levar a uma formulação da doutrina em que ficasse clara a união entre Deus e o homem, realizada em Cristo. De fato, se Cristo não fosse homem, não representaria a humanidade; e, se não fosse Deus, a salvação divina não aconteceria.

Como tinha acontecido em Nicéia (325) e em Constantinopla (381) com relação ao dogma da Trindade, no Concílio de Calcedônia (451) foi proclamado o dogma cristológico. O texto do Concílio assim se expressa:

...é preciso confessar um só e mesmo Filho, nosso Senhor Jesus Cristo; perfeito na divindade e perfeito na humanidade, verdadeiro Deus e verdadeiro homem; de alma e de corpo racional; consustancial ao Pai, quanto à divindade, e consustancial conosco quanto à humanidade;...reconhecemos um só e o mesmo Cristo, Filho, Senhor, unigênito em duas naturezas (*physeis*), inconfundível, imutável, indivisível, inseparável; sem se suprimir jamais a diferença das naturezas por causa da união, antes conservando cada natureza sua propriedade e concorrendo numa só pessoa (*prosopon*) e numa só *hypóstasis*, não partida ou dividida em suas pessoas, mas um só e o mesmo Filho unigênito, Deus Verbo, Senhor Jesus Cristo ...(Apud SCHMAUS, 1977, p. 172 DENZINGER; SCHÖNMETZNER, 1973, p. 108).

Quanto à técnica conceitual, com a palavra *physis* o Concílio designa a dualidade (as duas “naturezas” de Cristo, a humana e a divina) e não a unidade (a “pessoa divina” de Cristo).

Ao invés, os termos *prosopon* e *hypóstasis* foram usados para designar o princípio pelo qual as duas naturezas existem na pessoa do Logos divino, o Filho de Deus (SCHMAUS, 1977, p. 173). Constitui um progresso decisivo com relação às discussões anteriores, o fato do Concílio ter definitivamente aplicado as expressões

physis e *hypóstasis* ao âmbito da natureza e da pessoa, respectivamente, criando um modo de falar válido para todo o futuro, segundo o qual se afirma em Cristo há duas naturezas (*physeis*, plural de *physis*) e uma pessoa (*prosopon* ou *hypóstasis*). Com isso, a terminologia já usada no campo trinitário foi transplantada definitivamente para a cristologia.

4.7.3 Agostinho: da teologia à antropologia

Na teologia latina, Agostinho assumiu a terminologia que já tinha sido adotada anteriormente por Tertuliano, ao falar de “uma só essência e três pessoas” (*una essentia – tres personae*), com referência à Trindade (SCHMAUS, 1977, p. 114; GOMES, 1979, p. 283-286). Além disso, ele enriqueceu para sempre a doutrina sobre a Trindade na base de seus esclarecimentos psicológicos. Ele via, na vida do espírito humano, diversas analogias da existência trinitária de Deus: por exemplo, a tríade “memória, inteligência e amor” (*memória, intelligentia et amor*) (De Trin. 15, 22.42; apud GOMES, 1979, p. 293). Segundo Agostinho, os atos intradivinos da geração (o Pai gera o Filho) e da processão (o Pai e o Filho estão na origem do Espírito, que ‘procede’ de ambos) devem ser entendidos como ações espirituais de entender e de amar.

Esta comparação entre o divino e o humano se reflete, o que nos interessa particularmente, na aplicação da palavra “pessoa” também ao homem.

Como se viu acima, com a intenção de encontrar um termo que se possa aplicar distintamente ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo sem correr, de uma parte, o risco de fazer deles três deuses e, de outra parte, sem dissolver a sua individualidade, Agostinho mostra que os termos “essência” e “substância” não têm essa dupla virtude. Esta, pelo contrário, pertence ao termo grego *hypóstasis* e ao seu correlativo latino *persona* (pessoa), o qual “não significa uma espécie, mas algo de singular e de individual (De Trinitate VII, 6. 11). Analogamente este termo aplica-se também ao homem: “Cada homem individualmente é uma pessoa” (*singulus quisque homo una persona est*) (De Trinitate, XV, 7.11) (AGOSTINHO, 2013a).

Voltando à analogia de “memória, inteligência e amor”, pode-se perguntar qual é o lugar do homem onde se encontra essa imagem de Deus, para S. Agostinho. Essa imagem não está nem no “homem exterior”, nem na comunidade familiar, mas na

natureza espiritual (*secundum rationalem mentem*). Ali se acha a verdadeira, ainda que imperfeita, imagem, na medida em que o espírito humano, necessariamente consciente de si, apresenta uma estrutura trinitária essencial (apud GOMES, 1979, p. 189-190).

De fato, o que dá originalidade ao pensamento de Agostinho é a perspectiva essencialmente interior. Seu princípio inspirador é, pois, o seguinte: “Não saias de ti, volta-se para ti mesmo, a verdade habita no homem interior” (*Noli foras ire, inteipsum redi: in interiore homine habitat veritas*) (De Vera religione, 39, 72; apud MONDIN, 2003b, p. 140). (AGOSTINHO, 2013b).

Em outros termos, Agostinho reflete sobre a verdade não fora, como se se tratasse de coisa estranha, mas dentro, examinando a própria alma (MONDIN, 2003b).

Em suma, a contribuição de Agostinho é decisiva em dois pontos de vista: a descoberta da interioridade e a passagem analógica do conceito de pessoa em Deus à ideia de pessoa aplicada ao homem.

A descoberta da interioridade leva o pensamento cristão à certeza de que o eu-pessoa é o centro de decisões livres.

Se compararmos a evolução do significado do termo “pessoa”, seja na língua grega, como na latina, podemos concluir que se encontra um conteúdo exatamente oposto. Antes “pessoa” indicava as várias identidades que podiam ser aplicadas a um ser humano, em diferentes situações, conforme o papel que precisava desenvolver nestas situações. Mas, no vocabulário cristão, o termo pessoa passa a indicar a irreduzível identidade e unicidade de um indivíduo. “Pessoa” indica, pois, aquele centro único de atribuição ao qual fazem referência todas as ações do indivíduo que as unifica em sentido sincrônico, permanecendo diacronicamente “na base”, no “substrato” delas. É interessante, a esse respeito, considerar o sinônimo de pessoa: “subsistência”, que, ao pé da letra, significa, pois “o que está debaixo” (CAFFARRA, 2015).

Isso aparece, de maneira mais clara, com a clássica definição que Boécio (480-524) fornecerá, nos termos de “substância individual de natureza racional” (*naturae rationalis individua substantia*, PL 64, 1343). A existência humana é, pois,

uma existência substancial, que existe em si e para si; e é ainda mais verdade que a racionalidade é essencial ao homem. Mas esta definição não pode ser aplicada na teologia trinitária porque ela coloca em primeiro plano o ser em si (aseidade) e não a inter-relação (o ser para, esse *ad*); nem pode ser utilizada na cristologia, pois não permite pensar o ser-em-outro que é próprio da natureza humana de Cristo (CAMELLO, 2009).

No fundo a definição de Boécio acaba levando o termo “pessoa” a ser aplicado nos séculos sucessivos quase que exclusivamente ao homem.

Por outro lado, a matriz “teológica” do uso do termo levava a aplicar ao homem, “imagem e semelhança” de Deus, algumas propriedades divinas: a inteligência, o amor, a liberdade, a espiritualidade; e, particularmente, o reconhecimento de uma sacralidade que é fundamental para reconhecer a dignidade da pessoa humana: esta sacralidade é a base essencial para o desenvolvimento do discurso ético e manifesta a realização, já na Antiguidade, de um diálogo interdisciplinar entre Teologia, Antropologia e Ética (RAMPAZZO, 2009).

4.7.4 A dignidade da pessoa humana na questão da morte encefálica

Falou-se do reconhecimento de uma sacralidade que é fundamental para o reconhecimento da dignidade da pessoa humana. No fundo passa-se de uma definição do conceito de pessoa, aplicado ao ser humano, para as consequências éticas. Um estudo mais aprofundado sobre história da filosofia aponta para considerações que valorizaram esta dignidade.

É interessante, a esse respeito, a reflexão de Silva Junior, William Saad Hoosne e Franklin Leopoldo e Silva (2008, p. 51-55) que desenvolvem um excelente trabalho de revisão sobre os antecedentes do conceito da dignidade humana numa perspectiva filosófica e destacam as contribuições de pensadores desde a Grécia Antiga, passando por Tomás de Aquino, Immanuel Kant, Friedrich Hegel, Jean-Paul Sartre, Giovanni Pico della Mirandola, Marsilio Ficino e Hannah Arendt.

Entre eles, merece ressaltar a reflexão de Tomás de Aquino e de Kant.

Para Tomás de Aquino é impossível encontrar uma definição para o conceito de dignidade, pois: “[...] o termo dignidade é algo absoluto e pertence à essência” (2001, p. 411). Isso significa que, quanto mais perfeita for a maneira como uma coisa possui o ser, tanto mais valiosa, nobre e digna será. Neste sentido, trata-se de um direito natural: e o reconhecimento no homem de sua dignidade, leva a não aceitar, do ponto de vista ético, condutas incompatíveis com tal condição.

Na mesma linha pode ser encontrada a visão finalista de pessoa em Kant. Ele considera que, no mundo social, existem duas categorias de valores: o preço e a dignidade. O preço representa um valor exterior (de mercado) e revela interesses particulares; a dignidade representa um valor interior (moral) e de interesse geral. As coisas têm preço; as pessoas, dignidade. O valor moral se encontra infinitamente acima do valor de mercadoria, porque, ao contrário desta, não admite ser substituído por equivalente (2005, p. 71-72). Daí a exigência de jamais se transformar o ser humano em meio para alcançar fins particulares ou egoístas (MENDONÇA; SILVA, 2014, p. 157).

Mas esses princípios éticos continuaram e continuam sendo desrespeitados. Pense-se, por exemplo, nos horrores da Segunda Guerra Mundial, ou no mundo atual em que as violações aos direitos humanos são cotidianas e as assimetrias sociais e econômicas são abissais. Mais especificamente, numa aplicação à Bioética, estamos vivendo numa época de extraordinário desenvolvimento tecnológico. As novas descobertas mudaram profundamente a “face da terra” e a “face do homem” que vive na terra. Mudou a maneira de viver e de relacionar-se das pessoas; e mudou a vida mesma das pessoas.

As novas tecnologias mexeram também com a vida humana, possibilitando, por exemplo, a cura de muitas doenças, a forte redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa da vida. Algumas técnicas nem se sonhavam poucas décadas atrás, como a inseminação artificial, o “bebê de proveta” etc. E as novas tecnologias são aplicadas também na “fase final” da vida humana, como a da “morte encefálica” e a do “estado vegetativo persistente”.

Mas todo o desenvolvimento tecnológico levantou sérias questões éticas.

A ética se baseia, essencialmente, no respeito da pessoa humana. Será que essas tecnologias respeitam sempre a pessoa humana? Não existe, por acaso, o

risco de reduzir a pessoa a um objeto de manipulação, infringindo o valor da Dignidade da pessoa humana?

Há que se observar o sentido e a significação que adquire a reflexão sobre a melhoria e a realização da espécie humana. A finalidade da ciência é, sem dúvida, contribuir para a melhoria das condições de existência do homem. Mas, as intervenções tecnológicas e científicas não podem ocorrer de acordo com os interesses fixados por uma categoria profissional que controla este ou aquele tipo de conhecimento especializado. Por isso, o estudo e a aplicação de tais conhecimentos vão mais além da área médica ou tecnológica, abarcando outros conhecimentos de áreas como a Psicologia, a Sociologia, a Filosofia, o Direito, a Biologia, a Antropologia, a Ecologia, a Teologia, etc., com observância das diversas culturas e valores.

A Bioética, que nasce desta preocupação, instaura a conjugação de uma exigência e de uma tentativa no sentido de compor fatos e práticas que por sua natureza transcendem os limites da certeza, da garantia e do controle mecanicista sobre os efeitos do uso e da aplicação das tecnociências biomédicas, tornando-se, talvez, o campo mais dinâmico e sugestivo da reflexão filosófica.

Pergunta-se, agora, como este referencial bioético da dignidade da pessoa humana pode ser aplicado na questão específica da morte encefálica. O problema pode ser apresentado nos termos seguintes: o indivíduo que perde sua capacidade racional é pessoa? Tem dignidade? O paciente em EVP, incapaz de funções racionais, é, em sentido estrito, uma pessoa? E se não é mais uma pessoa, deve ser tratado como tal?

Tradicionalmente, considera-se que o ser humano tem dignidade simplesmente porque é o ser mais alto da escala filogenética e, portanto, da natureza.

A ideia de dignidade é um dos valores transversais das sociedades pluralistas do ponto de vista moral. A maioria das pessoas acredita que elas têm dignidade por causa de pertencer à espécie humana. Esse denominador comum é compartilhado por pessoas de várias ideologias e crenças. Isso não impede que existam opiniões diferentes em certos pensadores contemporâneos, ou em culturas mais distantes vigentes em nosso mundo ocidental. Por isso, são conceitos diferentes em religiões do Extremo Oriente, onde a dignidade é atribuída a todos os seres vivos, que pertençam, ou não, à espécie humana.

O filósofo Adorno (1998) considera que o fato de pertencer ao gênero humano cria um dever de respeito pela pessoa. Para ele, há uma série de fatos que são situados de forma negativa no campo da dignidade, quer dizer, que provocam a indignidade e que nos ajudam a definir a dignidade dos seres humanos. Assim, a crueldade, a guerra, a escravidão, a tortura, a privação de liberdade etc. são atos que vão contra o respeito que é devido à pessoa.

A partir da perspectiva aristotélica, os seres humanos têm dignidade por terem uma alma racional, mas também por serem capazes de viver na *pólis*, que dizer, na cidade grega, porque são seres eminentemente sociais que precisam comunicar-se (o homem é *zoom politicon*, quer dizer, "animal político"). Como se viu acima, os filósofos gregos (Platão e Aristóteles) não tiveram a ideia clara do conceito de pessoa, já que predominou neles uma visão cosmocêntrica, mas eles intuíram que o ser humano tem uma personalidade que transcende seu "ser parte do cosmos" ou membro da cidade-estado.

Para Kant os seres humanos têm dignidade como um valor fundamental, que é independente do seu mérito individual e posição social e não tem fundamentos teológicos. Não se pode, portanto, afirmar que uma pessoa tem mais dignidade do que outra, o que, por outro lado, pode ser dito dos objetos, que têm preço. A dignidade não pode ser entendida em termos quantitativos. O ser humano é um fim em si e, portanto, é um valor autônomo em relação aos outros.

Dentro dessa irrepetibilidade e autonomia, a vontade se manifesta na capacidade de dar-se regras de ação que provêm da razão. Este tipo de dignidade é um conceito ligado à ideia de humanidade: se alguém pertence à humanidade é dotado de dignidade.

Portanto, a pessoa é digna de respeito, mas este respeito que leva a reconhecer a dignidade dela, não pode implicar o fato de prolongar a vida biológica a todo custo: isso implica que precisa garantir uma boa qualidade de vida durante o processo de morrer e isso requer o acompanhamento da pessoa que está se aproximando da morte, ajudando-a a lidar com isso.

Uma vez que todos os seres humanos têm igual dignidade, independentemente das circunstâncias, a exigência de respeito deve ser maior para aquelas situações em que há um maior desamparo e vulnerabilidade. Onde há maior fragilidade e dependência, há uma maior necessidade de apoio, há uma maior responsabilidade: e isso exige uma parcela maior de solidariedade em nossa

resposta. O paciente terminal é, portanto, merecedor do respeito pela sua dignidade pessoal: não pelo fato dele ser enfermo, mas pelo simples fato de ser uma pessoa. A pessoa nunca perde a sua dignidade e o direito de ser respeitada.

No século XXI, estamos mergulhados num boom tecnológico, que nos compele a considerar qual é a maneira de viver o processo da morte, especialmente em situações terminais, como acontece nas técnicas de terapia intensiva, onde se desumaniza o processo de morrer e se prolonga às vezes desnecessariamente a vida biológica. Isso é tão injusto e maléfico como o apressar a morte contra a autonomia e a dignidade da pessoa. Considerada a variabilidade das situações, é necessário estabelecer o que queremos dizer com morte digna, ou dizendo melhor, com o processo de morrer com dignidade.

Para Elizari (2002) podem ser definidas seis maneiras de morrer com dignidade: 1. rejeitar a obstinação terapêutica; 2. recorrer às terapias da dor; 3. morrer com dignidade, aliviando o do sofrimento; 4. morrer junto com os entes queridos; 5. morrer com lucidez; 6. valorizar as crenças religiosas do paciente que morre cercado por uma liturgia correspondente.

Pode-se afirmar que é algo pouco digno, ou até indigno, o fato de morrer "amarrado" a uma máquina, sozinho, cercado pela tecnologia, quando a situação é irreversível, e sem o acompanhamento dos entes queridos.

Morrer com dignidade não é senão uma continuação de viver uma vida digna à qual têm direito todos os seres humanos, porque o processo de morrer é apenas mais um ato na biografia do ser humano. O respeito a todos os seres humanos vivos deve continuar quando a hora da morte está se aproximando. A dignidade implica a capacidade de decidir e de agir autonomamente.

Da mesma forma que o ser humano começa a vida na fraqueza e na dependência, necessita de proteção e de apoio ao morrer (FDEZ DE CAÑETE, 2010).

4.8 Discussão sobre a verdadeira morte

Qual o significado que atribuímos a vida? O indivíduo morre quando perde sua identidade e cognição ou quando perde sua capacidade de respiração e batimentos cardíacos espontâneos?

Pacientes em estado vegetativo persistente seguramente não satisfazem os critérios de diagnóstico de todo encéfalo, nem tanto do tronco encefálico. Portanto a morte destes pacientes não pode ser declarada. Este argumento é salientado por Pallis:

Nenhuma cultura jamais considerou os pacientes em estado vegetativo como mortos ou como objetos convenientes para a doação de órgãos. Nenhum médico seria autorizado em lugar nenhum do mundo a usar os corpos de tais pacientes para [...] 'certas experiências ou com propósitos educacionais'. Nenhum médico estaria preparado, em tal caso, para efetuar uma autópsia ou para 'desencadear os procedimentos de sepultamento. (Apud LAMB, 1996, p. 106-107).

A morte do tronco encefálico é tecnicamente mais fácil de ser diagnosticada em relação à perda apenas das funções superiores, visto que é mais simples examinar pupilas do que ter certeza acerca da capacidade de consciência e cognição. O diagnóstico de morte neocortical pode ser extremamente difícil. A definição de perda permanente do conteúdo da consciência deve ser cuidadosa.

Profissionais de saúde e familiares que lidam com pacientes em estado vegetativo persistente devem enfrentar o conflito de como lidar com este paciente, que perdeu sua cognição e consciência, porém mantém sua capacidade cardiorrespiratória. A perda total da capacidade cognitiva e de consciência é apenas um aspecto do fenômeno da morte, e não a morte em si. Sua perda é um indicador necessário, embora não suficiente da morte. A consciência e a cognição podem ser componentes fundamentais para uma vida significativa, porém não são condições necessárias nem suficientes para o funcionamento do organismo como um todo.

Quanto a este impasse, não sabemos como, quando, e se terá alguma resposta, conforme Veatch ressalta:

Devemos lutar corpo a corpo com a possibilidade, mesmo com a probabilidade, de que nunca seremos capazes de efetuar medições fisiológicas precisas da perda irreversível dos processos mentais. Nesse caso teremos de seguir caminhos políticos mais seguros no uso de medidas para declarar a morte unicamente naqueles casos em que estamos convictos de que alguma base física necessária para a vida está faltando, mesmo que isso signifique que alguns pacientes mortos sejam tratados como vivos. (Apud LAMB, 1996, p. 106-107).

Enquanto encara-se a dificuldade em se determinar o exato momento da morte do cérebro, e conseqüentemente a perda da consciência e cognição, convivemos com outra incerteza: a morte do tronco encefálico constituiria a

cessação do funcionamento sistêmico? O tronco encefálico se faz essencial devido ao fato de a ele ser atribuída a função de mantenedor de todo sistema corporal. Mas, como muitos órgãos, pode ser substituído por uma ajuda artificial que realize sua função, no caso, respiradores e outros suportes vitais. E quando essa função é realizada por estes substitutos, o sistema vital do corpo continua a funcionar como um sistema. Marcos de Almeida (2000) contextualiza fazendo algumas analogias:

O sistema de refrigeração de uma casa pode continuar a funcionar a despeito da quebra do termostato, desde que o ar condicionado seja ligado e desligado manualmente; um avião continua a voar mesmo após a falha do piloto-automático, se os pilotos humanos forem capazes de assumir o comando. A fonte de controle não é importante. O que interessa é se o trabalho é realizado. Os respiradores atualmente em uso desempenham sua tarefa de modo algo imperfeito, mas não tão imperfeito a ponto de que o sistema artificialmente mantido não possa ser considerado um sistema.

Interessante a esse respeito é o caso de Dianne Odell. Nascida em 1947, em Tennessee, foi vítima de uma epidemia de poliomielite nos Estados Unidos, aos 3 anos de idade e apenas 3 anos antes da descoberta da vacina que interromperia progressivamente a doença pelo mundo. A partir de então viveu confinada em um “pulmão de aço” até o resto de sua vida. O pulmão de aço, inventado nos Estados Unidos em 1928 originalmente para ajudar as vítimas da inalação de gases, começou a ser usado para manter vivos os pacientes com poliomielite, os quais possuíam uma extensa lesão de tronco encefálico, ou seja, impossibilitados de respirar autonomamente. Consiste basicamente de uma câmara hermética conectada a uma bomba de ar. Lúcida, Diane faleceu aos 61 anos de idade, após ter publicado um livro infantil e prestes a escrever sua autobiografia. Este fato mostra a falta de importância do tronco cerebral, em termos morais, para definir a vida (ASSOCIATED PRESS, 2007; BARRETO, 2008; CBW, 2008; WITTIG, 2014).

A grande questão que circunda essa problemática quanto à definição de morte, é se devemos ou não atribuir algum valor à preservação de alguém irreversivelmente comatoso. O mesmo autor questiona: “Nós valorizamos a vida ainda que permanente e irreversivelmente inconsciente ou nós valorizamos a vida somente como veículo para manifestações espirituais da consciência?” (2000).

E essa resposta pode ser uma faca de dois gumes: se atribuímos à fórmula do encéfalo superior a sinonímia de morte, podemos estar cometendo uma espécie

de eutanásia, já que estaríamos interrompendo a vida de alguém que mantém seu funcionamento do sistema até mesmo sem a manutenção artificial, ou seja, que consegue manter sua respiração e batimentos cardíacos, seja através de respiradores ou até mesmo, como em muitos casos, essa capacidade é mantida autonomamente. Ou, pior, pode-se interromper a vida de alguém ainda em estado de consciência e que só não dispõe meios para manifestá-la, como visto no estudo ocorrido nas Universidades de Cambridge e Liège. Por outro lado, se não consideramos a morte do encéfalo superior como a verdadeira morte, corremos o risco de manter pacientes em distanásia, em cuidado extraordinário, quiçá desnecessário, visto que não sabemos se haverá recuperação da consciência e personalidade e qual o limite de tempo para o prolongamento da vida por meios artificiais.

Schopenhauer resume nosso ponto de vista ao declarar:

Para o próprio indivíduo, a morte consiste meramente no momento em que a consciência desaparece **definitivamente**, desde a ocasião em que cessa a atividade do cérebro. O prolongamento dessa parada a todas as outras partes do organismo já é, na realidade, **um evento após a morte**. Portanto, subjetivamente, a morte diz respeito apenas à consciência. (Apud ALMEIDA, 2000).

Neste sentido a experiência da morte é algo de estritamente pessoal: o que pressupõe a presença da consciência. Não se distingue, pois, da morte a existência permanente e irreversivelmente comatosa.

A consciência, então, tem valor por ser direcionada a algo mais, “a única razão verdadeiramente ética da vida, quaisquer que sejam os nomes que possamos lhe dar” (ALMEIDA, 2000).

4.9 Problema ou dilema: perspectivas para uma solução

Os conflitos bioéticos, como é o caso da morte encefálica, podem ser encarados como problemas ou dilemas. Na tentativa de compreender essa diferenciação, faz-se necessária a definição dos dois termos. Para tal, citarei Diego Gracia (2001), que os distingue muito bem em sua proposta deliberativa.

4.9.1 A abordagem problemática

O problema é um fato real descoberto como contraditório. A primeira condição para que haja um problema é que exista um objeto, o fato real. O problema é uma questão aberta que não sabemos se, e nem como seremos capazes de resolver. Está integrado por momentos diversos, e inicialmente sua compatibilidade constitui dificuldade e contradição. E esta contradição é o caráter formal do problema; é o que o torna possível.

Tratando-se de um problema moral, o mesmo faz-se contraditório em termos morais, no âmbito dos valores e deveres. Essa contradição moral precisa ser descoberta. Mas não é simples assim: a abordagem problemática parte do suposto que a realidade é rica, complexa e, por isso, é impossível apreendê-la totalmente. Há, portanto, uma inadequação inevitável entre o raciocínio e a realidade. Só Deus conhece a realidade completa e perfeitamente. Nós, seres humanos, só podemos tentar imitar a Deus, buscando a verdade e a sabedoria. Como a solução para o problema não está presente desde o princípio, busca-se uma resposta própria e adequada.

4.9.2 A abordagem dilemática

Ao se tratarem os conflitos morais como 'dilemas', dispõem-se os argumentos 'pró' e 'contra', sendo necessária uma resposta inquestionavelmente correta. O equilíbrio é considerado impossível, pois a racionalidade é objetiva. O pressuposto é que os diversos tipos de conhecimento humano podem usar a mesma linguagem, compartilhar as mesmas metodologias e regerem-se pelas mesmas leis: as naturais. E as alternativas de uma decisão são comparáveis entre si por meio de uma unidade de medida comum e formal: a utilidade. Portanto, a decisão correta é a que elege a alternativa com a maior utilidade, com a maximização dos resultados. A abordagem dilemática baseia-se na teoria da eleição racional e objetiva, geralmente, entre duas alternativas opostas e irreduzíveis.

4.9.3 Deliberação moral

A deliberação não cabe em todos os âmbitos da vida humana, porque se delibera sobre o que pode ser de outro jeito, ou seja, sobre o que depende da intervenção humana para acontecer.

Entende-se que nem todos os problemas éticos têm solução. Portanto, na abordagem problemática há uma 'aproximação deliberativa' dos conflitos a fim de alcançar decisões prudentes. Assim, devem ser levadas em conta distintas percepções.

A deliberação moral na prática clínica, em particular aplicada à situação de pacientes diagnosticados com morte encefálica ou em estado vegetativo persistente, trata de duas ou mais pessoas envolvidas na problemática: o paciente, seus entes e os profissionais responsáveis pelo seu tratamento. Essas relações requerem um diálogo que possibilite a troca de fatos, emoções, sentimentos, crenças, valores, e não só informações sobre sinais, sintomas e prognósticos, devendo ser respeitadas as diferenças e as diversidades de cada uma das partes envolvidas e buscando o aprimoramento do nosso sentido moral, que é coletivo, e não individual.

Na abordagem problemática, os envolvidos em uma questão ética não se veem como rivais que tentam atacar e destruir um ao outro. Contrariamente, o diálogo é aberto e, portanto, permite a aproximação dos envolvidos na problemática, o que possibilita o compartilhamento de perspectivas diferentes e, com isso, a tomada de decisão mais prudente para o problema em questão.

Para uma decisão prudente, é necessário analisar todas as saídas morais possíveis, identificando em que medida cada uma contribui ou não para a realização dos valores em conflito.

5 CONCLUSÃO

O tema da dissertação, que diz respeito à morte encefálica, levou a considerar que sempre se buscou determinar um conceito satisfatório de morte do indivíduo. Com a dificuldade de integrar os conceitos, os critérios e os testes diagnósticos, a formulação de morte já sofreu diversas alterações. Os critérios utilizados para o reconhecimento da morte encefálica foram mundialmente utilizados pela primeira vez em 1968, pela Comissão ad hoc da Harvard em Morte Cerebral. Desde então a morte encefálica é equivalente à morte propriamente dita.

Fala-se muito de morte cerebral e de morte encefálica. O influente Relatório Harvard usou o título "Uma definição de coma irreversível", mas não deixou claro se a morte do cérebro ou a morte do encéfalo como um todo era a sinonímia de morte de um indivíduo. Apesar disso, a definição de coma irreversível consistia, na realidade, de uma série de instruções para diagnosticar a parada de funcionamento tanto do encéfalo superior, como do inferior. Portanto, a denominação mais adequada seria "morte encefálica". A diferença entre as duas expressões já foi explicada acima. Atualmente o critério aceito é o de morte encefálica como a cessação de funcionamento de todo o encéfalo, apesar de toda repercussão existente em torno dos casos de pacientes em estado vegetativo persistente, nos quais há perda apenas das funções do encéfalo superior, ou seja, morte cerebral. A grande questão envolvida na diferença da aplicação desses dois termos, como equivalente de morte, é se valorizamos a vida somente como veículo para manifestações da consciência ou se atribuímos algum valor à vida de vida humana mesmo que diante de uma situação permanente e irreversivelmente inconsciente.

Em nome do referencial da dignidade humana, analisado nesta dissertação, pode-se considerar imoral tanto tratar o vivo como morto, como tratar o morto como vivo. Portanto, é importante e essencial delimitar a fronteira entre a cessação da terapêutica do paciente terminal e o início dos procedimentos para um transplante.

Considerando que atualmente, mesmo com o avanço da medicina e o desenvolvimento de importantes estudos, como o ocorrido nas Universidades de

Cambridge e Liège, é impossível detectar e diagnosticar o exato instante da perda irreversível da consciência e das funções vitais, afim de declarar a morte do paciente, ainda não é possível afirmar com segurança tal ocorrência. Em meio a tantas interrogações e discussões a respeito do momento da morte, e considerando que a mesma, assim como a vida, é um acontecimento divino, talvez nunca tenhamos a resposta para esta questão. Não sabemos se a morte é a separação entre corpo e alma, ou a perda da capacidade cardiorrespiratória, ou ainda a perda da consciência. Analisando sob esse aspecto, a questão da morte encefálica é considerada um problema, visto que não sabemos se ainda e como seremos capazes de resolver.

Ocorre que na prática, obrigatoriamente, devemos apresentar uma resposta para esta questão. Até quando vale a pena preservar a vida de uma pessoa? E quando é correto definir uma pessoa como morta? A resolução dessas perguntas faz-se necessária em primeiro lugar para declarar a morte do indivíduo, mas também, e não menos importante e fundamental, para não cometer abusos decorrentes de um diagnóstico precoce e errôneo de morte, com a extração de órgãos para transplantes, e nem um prolongamento extraordinário e desnecessário da vida, por meio de suporte artificial. Se declarada de forma precipitada, corremos o risco de matar pacientes que ainda respiram, sangram ou até mesmo, pensam. Por outro lado, se prolongamos o diagnóstico da morte, iludimos os entes queridos dos pacientes à espera de um “milagre” e ocupamos os leitos das UTIs desnecessariamente, mantendo tal paciente terminal com altíssimo custo, tirando o lugar de outros pacientes mais necessitados, e perdendo a viabilidade de órgãos para transplante. Como podemos ver, o diagnóstico de morte encefálica, que na teoria é considerado um problema, na prática se torna um dilema, já que merece uma resposta. As duas alternativas, desligar ou não o suporte artificial do paciente nessa condição, são opostas e irreduzíveis. Eleger a alternativa com a maior utilidade e com a maximização dos resultados, neste caso não é algo simples. Diante da complexidade da questão e da particularidade de cada situação, o melhor caminho talvez seja tentar responder essa questão valendo-se da deliberação moral, proposta por Diego Gracia. Para uma decisão prudente, é necessário analisar todas as saídas morais possíveis. Neste caso, deve haver um diálogo entre instituições as sociais, legais, médicas e religiosas, buscando a melhor solução para cada paciente em particular. O atual conceito de morte deve ser respeitado: a perda irreversível

das funções do organismo como um todo devido à destruição do seu sistema crítico, o encéfalo, o que propicia as condições necessárias e suficientes para definição de morte.

Os referenciais bioéticos dignidade e prudência devem ser aliados à deliberação moral no caso do diagnóstico da morte encefálica. A descontinuação do tratamento nos casos de morte encefálica adequadamente diagnosticada significa “permitir morrer com dignidade”, visto que todos os recursos médicos já foram tentados e esgotados. A prudência é essencial para uma definição segura e confiável de morte encefálica, o que possibilita a correta declaração da morte do paciente e assim viabiliza a remoção de órgãos para transplante. Se utilizados adequadamente todos os critérios citados para o diagnóstico correto de morte encefálica, a crescente demanda de órgãos para transplante poderá ser mais facilmente atendida.

Marinho Junior, em um artigo escrito para Folha de São Paulo, no ano de 2001, parafraseia, sensível e genialmente, o discurso sobre o Juízo Final do Novo Testamento, encontrado em Mateus 25:36: “Estava doente e cuidaram de mim”, em relação à importante e delicada questão atual dos transplantes:

“Meu coração estava doente e me deram o seu, antes que o meu parasse”
Estava numa máquina de diálise e me deram o seu rim antes que eu morresse.
Estava em coma hepático e me doaram seu fígado, que me acordou para o mundo.
Morria eu asfixiado e você me deu seus pulmões e voltei a respirar. Estávamos todos condenados à morte, mas ressuscitamos para a vida”. (2001, p. A-3).

REFERÊNCIAS

ADORNO, Roberto. **Bioética y dignidad de la persona**. Madrid: Tecnos Madrid, 1998.

AGOSTINHO, Santo. **De Trinitate**: libri quindecim. Disponível em: <<http://www.augustinus.it/latino/trinita/index2.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2013a.

_____. **De vera religione**. <http://www.augustinus.it/latino/vera_religione/index.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013b.

ALCORÃO. Português. **Nobre Alcorão**. Tradução de Helmi Nasr. São Paulo: [S.n., s.d.].

ALMEIDA, Marcos de. **Death**: a new proposal of conceptual reform. Apresentado no V Congresso Mundial de Bioética, Londres, Inglaterra, 2000. Digitado.

ALVES, Cristiane Avancini. Linguagem, Diretivas Antecipadas de Vontade e Testamento Vital: uma interface nacional e internacional. **Bioethikós**, São Paulo, v. 7, n.3, p. 259-270, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1810.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY. Practice Parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state. Disponível em: <www.aan.com/guidelines/home/getguidelinecontent/83>. Acesso em: 06 nov. 2015.

ANDRADE, Almir Ferreira de et al. Critérios de avaliação neurológica e exames complementares no diagnóstico de morte encefálica. **Jornal Brasileiro de neurocirurgia**, v. 18, n.1, p. 21-27, 2007. Disponível em: <www.abnc.org.br/ed_art_down.php?id=296>. Acesso em: 06 nov. 2015.

AQUINO, Tomás de Suma de Teología. 4. ed. Madri: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001.

ASSOCIATED PRESS. **Woman in iron lung turns 60**. 22 fev. 2007. Disponível em: <http://www.sptimes.com/2007/02/22/news_pf/Worldandnation/Woman_in_iron_lung_tu.shtml>. Acesso em: 23 nov. 2015.

BARRETO, Carlos. **Vontade de viver**. 29 maio 2008. Disponível em: <<http://blogflanar.blogspot.com.br/2008/05/vontade-de-viver.html>>. Acesso em: 23 nov. 2015

BECCHI, Paolo. **Morte cerebrale e trapianto di organi**. Una questione di etica giuridica. Brescia: Morcelliana, 2008.

BENTO XVI. **Discurso ao Parlamento Federal**. Berlim, 22 set. 2011. Disponível em: <https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/pt/speeches/2011/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20110922_reichstag-berlin.html>. Acesso em: 16 out. 2015.

BÍBLIA. Português. **Bíblia de Jerusalém**. Tradução de Euclides Martins Balancin et al. São Paulo: Paulinas, 1985. 2366 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm29>. Acesso em: 10 maio 2015.

CAFFARRA, Carlo. **La persona umana: aspetti teologici**. 15 dic. 1996. Disponível em: <http://www.caffarra.it/personau_96.php>. Acesso em: 12 out. 2015.

CAMELLO, Maurílio José de Oliveira. A noção de pessoa em S. Tomás de Aquino. In: RAMPAZZO, Lino; SILVA, Paulo Cesar da Orgs.). **Pessoa, Justiça Social e Bioética**. Campinas: Alínea, 2009. p. 43-67.

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Saber Acadêmico**, Uniesp, n. 6, p. 73-80, dez. 2008.

CARNEIRO, A. V.; ANTUNES, J. L.; FREITAS, A. F. **Relatório sobre o Estado Vegetativo Persistente**. Lisboa, 2005. Disponível em: <http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/422FD00A-8B59-4700-9F99-6890C135199B/0/P045_RelatorioEVP.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015

CBWNews. **Power failure kills woman in iron lung**. Disponível em: <<http://www.cbsnews.com/news/power-failure-kills-woman-in-iron-lung/>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n. 1480/97, de 8 de agosto de 1997. Dispõe sobre os critérios de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, 21 ago. 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 02 jun. 2015.

DENZINGER, H.; SCHÖNMETZER, A. **Enchiridion Symbolorum: Definitionum et Declarationum de rebus fidei et morum**. 35. ed. Roma: Herder, 1973.

ELIZARI, F. Javier. Dignidad en el morir. **Moralia**, Madrid, XXV, p. 410-411, 2002.

FACURE, José Jorge. Morte cerebral, ou morte encefálica: o que é? **ABC.MED.BR**, 25 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/564197/morte-cerebral-ou-morte-encefalica-o-que-e.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2015.

FDEZ DE CAÑETE, Pedro Ramos. **Reflexiones en torno a la calidad asistencial en el proceso de muerte**. Motril (Granada): Uned, 2010.

FERNANDES, Regina Maria França; TAKAYANAGUI, Osvaldo Massaiti. **Coma e morte encefálica**. Ribeirão Preto: USP. [s.d.]. Disponível em: <disciplinas.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=187750>. Acesso em: 5 out. 2015.

FERREIRA, Joel Antonio. Antropologia semítica de Paulo Apóstolo em confronto com a antropologia grega. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 14, n. 2, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2015.

GARDINER, D. et al. International perspective on the diagnosis of death. **Oxford Journals, Medicine & Health, BJA**, v. 108, Issue Suppl 1, p. i14-i28, 2012. Disponível em: <http://bj.oxfordjournals.org/content/108/suppl_1/i14.full>. Acesso em 05 jul. 2014.

GOGLIANO, Daisy. Pacientes terminais - morte encefálica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 145-156, 1993.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e Interdisciplinaridade**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/biosubj.htm>>. Acesso em: 10 maio 2015a.

_____. **Caso Nancy Cruzan**: retirada de tratamento. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nancy.htm>>. Acesso em: 12 nov 2015b.

_____. **Caso Terri Schiavo**: retirada de tratamento. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/terri.htm>>. Acesso em: 12 nov 2015c.

GOMES, Cirilo Folch. **A doutrina da Trindade Eterna**: o significado da expressão “três pessoas”. Rio de Janeiro: Lumen Christi, 1979.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la éticaclinica. **Med Clin**, Barcelona, v. 117, n. 1, p. 18-23, 2001.

IDÍGORAS, J. L. **Vocabulário Teológico para a América Latina**. Tradução de Álvaro Cunha. São Paulo: Paulinas, 1983.

JONAS, Hans. **Técnica, Medicina e Ética**: sobre a prática do princípio responsabilidade. Tradução do Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos**. Tradução de Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2005.

LAMB, David. **Ética, morte e morte encefálica**. Tradução de Jorge Curbelo e Rogéria Cristina Dias. São Paulo: Office Editora, 1996.

LÉON-DUFOUR, Xavier. **Vocabulário de Teologia Bíblica**. Tradução de Simão Voigt. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MACHADO, C. et. al. The Declaration of Sydney on human death. **J Med Ethics**, n. 33, p. 699-703, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598225/pdf/699.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

MAGISTER, Sandro. **Trapianti e morte cerebrale**: "L'Osservatore Romano" ha rotto il tabu. 5 set. 2008. Disponível em: <<http://chiesa.espresso.repubblica.it/articolo/206476>>. Acesso em: 31 maio. 2015.

MARINO JUNIOR, Raul. O Milagre dos Transplantes. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 15 maio 2001. Caderno Tendências e Debates, p. A-3.

_____. **A religião do cérebro**: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana. São Paulo: Gente, 2005.

_____. **Avaliação de métodos confirmatórios e complementares do diagnóstico da morte encefálica**: aspectos clínicos, éticos e bioéticos. 70 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp042364.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. **Bioética global** : princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo : Hagnos, 2009.

_____. Neuroética: o cérebro como órgão da ética e da moral. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 109-120, 2010.

_____. Comentários acerca do artigo "A morte cerebral é a verdadeira morte? Um problema aberto". **Bioethikós**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88-89, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/99/carta2.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

MARITAIN, Jacques. **A filosofia moral**. Tradução de Alceu Amoroso Lima. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1973.

MARTINS, Antonio Gentil. O médico e a eutanásia. **Alameda Digital**, ano 1, n. 4, dez. 2006. Disponível em: < http://www.alamedadigital.com.pt/n4/medico_e_eutanasia.php>. Acesso em: 31 maio. 2015.

MENDONÇA, Márcia Helena; SILVA, Marco Antonio Monteiro da. Vida, dignidade e morte: cidadania e Mistanásia. **Iusgentium**, UFSC, v. 9, n. 6, p. 151-190, edição extra, 2014. Disponível em: < <http://www.grupouninter.com.br/iusgentium/index.php/iusgentium/article/view/150>>. Acesso em: 12 out. 2015.

MILANO, Andrea. Trinità. In: BARBAGLIO, Giuseppe; DIANICH, Severino (Orgs.). **Nuovo Dizionario di Teologia**. 4. ed. Milano: Paoline, 1985. p. 1782-1808.

MONDIN, Battista. **O homem: quem é ele?** : elementos de antropologia filosófica. Tradução de L. Leal Ferreira; M. A. S. Ferrari. 11. ed. São Paulo: Paulus, 2003a.

_____. **Curso de Filosofia.** Tradução de Benôni Lemos. 11. ed. São Paulo: Paulus, 2003b. v. 1

MONTI, Martin M et al. Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. **The New England Journal of Medicine**, n. 362, p. **579-589**, **28 february 2010**. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0905370>>. Acesso em: 12 out. 2015.

MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. Uma nova morte. **Superinteressante**, n. 221, dez. 2005. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/uma-nova-morte>>. Acesso em 05 jul. 2015.

PAPINI, Federico. Dal caso Quinlan al caso Englaro. **Bios&bios**, 31 ottobre 2010. Disponível em:<<http://www.bios-bios.it/novita/dal-caso-quinlan-al-caso-englaro/>>. Acesso em: 12 out. 2015.

PARTLAN, Paul Mc. Persona. In: LACOSTE, Jean-Yves (Org.). **Dizionario Critico di Teologia**. Roma: Borla; Città Nuova, 2005. p. 1031-1035.

PEREIRA, Barbara Martins; ALARCON, Pietro de Jesús Lora. **Vida Humana e dignidade:** a polêmica eutanásia. Bauru: Unitoledo. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1997/2167>>. Acesso: 6 nov. 2015.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. 8. ed. rev. e ampl. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

PUCA, Antonio. A morte cerebral é uma verdadeira morte? Um problema aberto. Tradução de Adail Sobral. **Bioethikós**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 321-334, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/96/8.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

RAMPAZZO, Lino. A contribuição da teologia patrística na formulação do conceito de pessoa: base para o reconhecimento jurídico. In: RAMPAZZO, Lino; SILVA, Paulo Cesar da Orgs.). **Pessoa, Justiça Social e Bioética**. Campinas: Alínea, 2009.

RATZINGER, Joseph. Lettera a Marcello Pera. In: PERA, Marcello; RATZINGER, Joseph. **Senza Radici:** Europa, relativismo, cristianesimo, islam. 6. ed. Milano: Mondadori, 2005. p. 97-122.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZA, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Bioethikós**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 271-281, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

SANVITO, Wilson Luiz. A morte dessacralizada. **Arquivos Médicos**: Hosp. Fac. Ciênc. Med. Santa Casa, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 48-50, 2012. Disponível em: <<http://www.fcmscsp.edu.br/files/10-Ponto%20de%20Vista02.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

SCHMAUS, M. **A fé da Igreja**. Tradução de Marçal Versiani. Petrópolis: Vozes, 1977. v. 3.

SCHRAMM, Fermin Roland. Questões conceituais e metaéticas da Bioética Clínica: uma introdução. **Bioethikós**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 125-132, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a1.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SCHÜTZ, Christian; SARACH, Rupert. O homem como pessoa. In: FEINER, Johannes; LÖHRER, Magnus (Ed.). **Mysterium Salutis**: Compêndio de dogmática histórico-salvífica. Tradução de Bernardo Lenz. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1980. v. II/3. p. 73-89.

SGREGGIA, Elio. **Manual de Bioética**: I - Fundamentos e Ética Biomédica. Tradução de Orlando Soares Moreira. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SHAKESPEARE, W. **Rei Lear**. Tradução de Millôr Fernandes. Disponível em: <<http://www.encontrosdedramaturgia.com.br/wp-content/uploads/2010/10/Shakespeare-Rei-Lear.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

SHEWMON, DA. 'Brainstem Death', 'Brain Death' and Death: a critical re-evaluation of the Purported Equivalence. **Issues Law Med**. v. 14, n. 2, p. 125-145, 1998.

SILVA JUNIOR, Valter J.; HOOSNE, William Saad; SILVA, Franklin Leopoldo e. Dignidade Humana e bioética. **Bioethikós**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.50-64, 2008.

THE MULTI-SOCIETY TASK FORCE ON PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. **The New England Journal of Medicine**, n. 330, p. 1499-1508, 26 may 1994. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199405263302107>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

WITTIG, Ehrenfried Othmar. **O pulmão de aço**. 2014. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/viewFile/644/628>>. Acesso em: 23 nov. 2015.