

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Bioética

Raquel Barbosa Cintra

Visão bioética de alguns aspectos da morte e do morrer

São Paulo
2017

Raquel Barbosa Cintra

Visão bioética de alguns aspectos da morte e do morrer

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, orientada pelo Prof. Marcos de Almeida, coorientada pela Prof^a. Maria da Glória Porto Kok, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

São Paulo

2017

Cintra, Raquel Barbosa
Visão bioética de alguns aspectos da morte e do morrer / Raquel
Barbosa Cintra. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2017.
59 p.

Orientação de Marcos de Almeida

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São
Camilo, 2017.

1. Bioética 2. Cadáver 3. Morte I. Almeida, Marcos de II. Centro
Universitário São Camilo III. Título

CDD: 179.1

Raquel Barbosa Cintra

Visão bioética de alguns aspectos da morte e do morrer

São Paulo, 04/03/2017

Professor Orientador Marcos de Almeida

Professor examinador _____

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, Professor Marcos de Almeida, pela paciência e todo tempo dispendido orientando meu trabalho.

Agradeço minha co-orientadora, Professora Maria da Glória Porto Kok, pelo tempo dispendido e pela orientação dos livros de Philippe Ariés, que foram essenciais para o meu conhecimento do tema.

Agradeço a Talita Zerbini, minha sócia, amiga e irmã que a vida me deu, por todo o apoio e ajuda durante a execução do presente trabalho.

Agradeço aos meus pais e amigos que entenderam todos meus momentos de ausência enquanto me dedicava ao presente trabalho.

Resumo

CINTRA, R. B. Visão bioética de alguns aspectos da morte e do morrer. 2017. 59p. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Há duas maneiras de encarar a morte: recusando-a ou tornando-a parte da vida. Quando há a recusa, as pessoas podem se afastar o máximo possível dela ou assumir que ela acontece apenas com os outros. Todavia, quando ela é aceita, torna-se parte da sua existência, sendo considerada implacável. O objetivo do presente trabalho foi discutir quais são os aspectos bioéticos abordados quando se fala em cadáveres humanos. Foi realizada revisão narrativa-descritiva da literatura, nas bases de dados do Pubmed e do Pubmed Central, com busca de artigos sem limite de data e descritores combinados, sendo incluídos apenas os artigos originais ou de revisão. Foram localizados 35 artigos, sendo quatro sobre paternidade/maternidade após a morte (11%), sete sobre o processo de morte (20%), três sobre exposição de artes com cadáveres (9%), 16 sobre uso de cadáveres em ensino e pesquisa (46%) e cinco de doação de órgãos e tecidos (14%). O referencial bioético mais abordado e mais enfatizado nos textos encontrados foi o da autonomia, estando presente em todos os artigos. Outros referenciais citados foram os da beneficência, confidencialidade, dignidade, justiça, não maleficência, privacidade, sabedoria, serenidade e solidariedade, porém com menor ênfase.

Palavras-chave: Bioética. Cadáver. Morte.

Abstract

CINTRA, R. B. Bioethical view of some aspects of death and dying. 2017. 59p. Dissertation (Master's degree in Bioethics) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

There are two way of facing death: refusing it or becoming it part of life. When there is the refusal, people can move away as much as possible from it or assume that it happens only with others. However, when the death is accepted, it turns part of its existence, being considered implacable. The aim of this study was to discuss the bioethical aspects addressed when speaking about human cadavers. A narrative-descriptive literature review was realized, in the databases of Pubmed and Pubmed Central, with search for articles with no date limit and combined keywords, with only original or review articles were included. A total of 35 articles were found, four about paternity/maternity after death (11%), seven about the death process (20%), three about art exhibition with cadavers (9%), 16 about use of cadavers in education and research (46%) and five about donation of organs and tissues (14%). The most researched and most emphasized bioethical reference in the texts found was autonomy, being present in all articles. Other references cited were those of beneficence, confidentiality, dignity, justice, non-maleficence, privacy, wisdom, serenity and solidarity, but with less emphasis.

Keywords: Bioethics. Cadaver. Death.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos históricos	14
2 OBJETIVOS	18
3 MÉTODOS	19
3.1 Critérios de exclusão	19
3.2 Critérios de inclusão	19
3.3 Aspectos éticos	19
4 DESENVOLVIMENTO	20
4.1 Paternidade / maternidade após a morte	21
4.2 Processo de morte	24
4.3 Uso de cadáveres em exposições de arte	28
4.4 Uso de cadáveres para ensino médico e pesquisa	30
4.5 Doação de órgãos e tecidos	38
4.6 Referenciais bioéticos abordados	40
4.6.1 Beneficência e não maleficência	42
4.6.2 Confidencialidade e privacidade	43
4.6.3 Sabedoria, serenidade e solidariedade	44
4.6.4 Dignidade e Justiça	44
4.6.5 Autonomia	45
5 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE A – Lista de artigos incluídos no presente estudo	59

1 INTRODUÇÃO

Ariès (2014) explica que existem duas maneiras de encarmos a morte: a primeira seria a recusando e a segunda é fazendo-a parte da nossa vida. Com isso, as pessoas podem se queixar da morte próxima, porém exaltando a vida, mesmo que sofrida. Para Elias (2001) podemos nos afastar o máximo possível da morte ou assumir que ela só acontece com os outros. A morte deve ser vista como um fato da nossa existência, um símbolo de vida elementar, sendo considerada um fato implacável. Para fazermos a morte ser parte da nossa vida, precisamos ter maior convívio com ela, falando e estudando mais sobre o assunto. “Podemos considerar parte da nossa tarefa fazer com que o fim, a despedida dos seres humanos, quando chegar, seja tão fácil e agradável quanto possível para os outros e para nós mesmos” (ELIAS, 2001, p.7).

Quanto ao seu conceito, houve uma evolução histórica, porém ainda existe uma grande discussão a seu respeito. A *Stanford Encyclopedia of Philosophy* questiona se a morte está ligada só ao aspecto biológico ou se entram em cena outros aspectos, tais como o social, o religioso etc. (DEGRAZIA, 2011). Os conceitos de morte e vida se excluem automaticamente, não podendo haver meio termo entre eles (GOMES, 2004). Para Croce e Croce Júnior (2004, p.430) “assim como não se pode definir a vida, é teoricamente impossível conceituar a morte”.

Podemos pensar em morte no nível celular, que é considerada o evento crucial em Patologia e que afeta qualquer tipo celular. Pode ser resultado de isquemia (ausência de oxigenação), infecção, toxinas e reações imunes, entre outras. A morte celular é o resultado final da lesão celular, que ocorre devido a uma sucessão de eventos, que atingem a irreversibilidade, embora a morte celular possa ser também de caráter instantâneo (BRASILEIRO FILHO, 2011; COTRAN et al., 2000). Quando a morte celular é programada, é denominada de apoptose. Já a morte celular seguida de autólise é denominada de necrose. A autólise é a degradação enzimática dos componentes celulares após a morte celular (BRASILEIRO FILHO, 2011; BRASILEIRO FILHO, 2013).

A apoptose ocorre por ativação de um mecanismo de desmontagem celular, com a finalidade de eliminar células indesejáveis durante a nossa formação (embriogênese) ou em outros processos fisiológicos. Em alguns casos pode ocorrer acompanhada de necrose. Suas características são: “condensação e fragmentação da cromatina” (COTRAN et al., 2000, p.2). Já a necrose indica a morte celular em organismo vivo, seguida de autólise (digestão celular enzimática) (BRASILEIRO FILHO, 2013).

As diferentes células do nosso organismo podem sobreviver por tempos variados após a isquemia. As alterações decorrentes da morte celular podem levar horas para serem visualizadas. “A primeira evidência histológica de necrose miocárdica manifesta-se somente 4 a 12 h depois” (COTRAN et al., 2000, p.14), ou seja, só é possível visualizar a lesão miocárdica 4 a 12 horas após a isquemia com morte celular. O tempo de isquemia capaz de gerar necrose é variável em cada tipo de tecido: os neurônios sofrem lesão com aproximadamente 3 minutos sem oxigênio, já o miocárdio pode resistir por até 30 minutos (BRASILEIRO FILHO, 2013). Sendo assim, quando há parada cardiorrespiratória, alguns tipos de células sofreram morte celular antes de outras. Portanto, podemos dizer que a morte do indivíduo ocorre em um processo e não em um momento, tendo em vista que todas as células não morrem no mesmo instante.

Segundo Hércules (2005) o conceito clássico de morte é “a cessação irreversível da circulação e da respiração”, ou seja, um critério cardiorrespiratório. Tal conceito prevaleceu até o fim dos anos 60, quando houve o primeiro transplante cardíaco da história. Além disso, ocorreu um avanço técnico-científico com a invenção da ventilação mecânica e a evolução da medicina intensiva, tornando possível a manutenção da função cardiorrespiratória em pacientes com danos neurológicos graves e irreversíveis (RODRIGUES FILHO e JUNGES, 2015). Foi, então, levantada a discussão a respeito do conceito de morte, levando a um novo critério: o de morte encefálica. Hércules (2005) ainda afirma que a ausência de atividade cerebral sempre foi o marco da morte e que era anunciada pela parada cardiorrespiratória, tendo em vista que após certo tempo de parada, haveria inevitavelmente lesão encefálica.

Para Rodrigues et al. (2013), o critério de morte encefálica tem relação direta com a doação de órgãos para transplante, e seu diagnóstico tem distorções, gerando

debates em todo o mundo desde a sua criação em 1968 até o momento atual. Os critérios e regras são diferentes ao redor do mundo, gerando controvérsias e estudos multiprofissionais a respeito do tema (RODRIGUES et al., 2013; RODRIGUES FILHO e JUNGES, 2015). Além disso, o conceito foi criado quando não existiam tecnologias e conhecimentos tão aprofundados da fisiologia do sistema nervoso central.

Na atualidade, ambos os conceitos de morte coexistem, sendo que a morte encefálica é utilizada exclusivamente em ambiente intra-hospitalar de terapia intensiva, e o conceito clássico de morte (critério cardiorrespiratório) pode ser utilizado em qualquer local (HÉRCULES, 2005). Para França (2001) deveria existir apenas um conceito de morte, que pudesse ser utilizado em benefício da sociedade e respeitando incondicionalmente a dignidade humana, dirimindo as dúvidas a seu respeito.

Segundo Kovács (2014) para termos uma morte digna é fundamental:

ter conhecimento da aproximação da morte, controle; intimidade e privacidade; conforto para sintomas incapacitantes; escolha do local da morte; ter informação, esclarecimento, apoio emocional e espiritual; acesso aos cuidados paliativos; pessoas com quem compartilhar; acesso às DAV [diretivas antecipadas de vontade], poder decisório e poder se despedir; partir sem impedimentos (Kovács, 2014, p.101).

Os cuidados paliativos “são um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura” (PAIVA et al., 2014, p.551). Atualmente, os cuidados paliativos mostram que a morte é uma consequência da vida e tentam fazer com que ela seja aceita da melhor maneira possível, tanto pelo moribundo quanto por seus familiares. Seu principal objetivo é garantir qualidade de vida na vida que resta, tanto para os familiares quanto para o paciente, fazendo o controle da dor e demais sintomas a fim de evitar o sofrimento do paciente (PAIVA et al., 2014).

A morte pode ocorrer de modo natural ou violento. A morte natural é aquela decorrente de um processo patológico ou o envelhecimento, já a morte violenta é aquela decorrente de um evento externo, provocada por acidente, suicídio ou homicídio. Tanto uma quanto a outra podem ocorrer de maneira súbita ou agônica. Na morte súbita ela é rápida e inesperada, já na agônica ela é demorada, prevista e sofrida (GOMES, 2004; HÉRCULES, 2005).

Após a morte da pessoa, resta o cadáver, que deverá ter um destino. De acordo com Fávero (1991), os cadáveres podem ter os seguintes destinos: inumação simples, inumação após prévio embalsamamento, inumação após necropsopia, ossários, cremação, imersão e destruição por animais. O cadáver pode ser enterrado (inumado) ou cremado após todas as formalidades legais. Antes do enterro (ou cremação) pode haver necessidade de realização de exame necroscópico ou processo de conservação. Passados de 3 a 5 anos, os cadáveres inumados podem ser exumados administrativamente para que seus ossos sejam colocados nos ossários e as sepulturas reutilizadas. Já a imersão ocorre quando a morte acontece em alto mar e não há possibilidade de conservação do cadáver até que se chegue em terra firme (FÁVERO, 1991). A destruição por animais ocorria com os “devotos do masdeísmo, fiéis aos ritos dos magos e de Zaratustra, costumam entregar os seus cadáveres aos abutres para serem destruídos” (FÁVERO, 1991, p.518). No Brasil, costuma ocorrer a inumação ou cremação, independente se houve ou não processo de conservação ou exame necroscópico.

Para que o cadáver possa ser inumado ou cremado, é necessário que seja preenchido um documento dizendo que aquela pessoa está morta. O Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002) determina que os óbitos tenham registros públicos, sendo os cartórios de registro civil responsáveis por emitir a Certidão de óbito a partir da apresentação, pela família, da Declaração de óbito (DO), preenchida e assinada por um médico (HÉRCULES, 2005; BRASIL, 1973). Nas localidades sem médicos, a DO será preenchida por duas pessoas que tenham presenciado ou verificado a morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Em outras palavras após a morte da pessoa, para que possam ocorrer os ritos fúnebres e o enterro ou cremação, é necessário que seja preenchida a DO e assentado o óbito em cartório. Sendo assim, todos os óbitos devem ter DO. Vale lembrar que existem normas legais que ora impendem e ora obrigam o médico a preencher a DO (HÉRCULES, 2005).

Em 1976, os atestados de óbito foram uniformizados no Brasil e passaram a ser chamados de Declaração de óbito. A DO é um documento feito em três vias (branca, amarela e rosa), fornecido pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com numeração controlada pelo Ministério da Saúde (FRANÇA, 2001; HÉRCULES, 2005). O preenchimento em sua totalidade é de responsabilidade do médico que a assina, sendo que a parte onde consta a causa do óbito é conhecida como Atestado de óbito

(FRANÇA, 2001; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005). A figura 1 aponta a parte da DO conhecida como atestado de óbito.

Figura 1. Atestado de óbito

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	Devido ou como consequência de :				
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
b	Devido ou como consequência de :				
c	Devido ou como consequência de :				
d	Devido ou como consequência de :				
PARTE II					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
				Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID

Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

A DO pode ser preenchida pelo médico assistente quando se sabe a causa do óbito e ela não é violenta (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). Nos casos de morte natural, caso tenha havido atendimento por médico socorrista, ele deve constatar o óbito e só atestar se souber a causa (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015). Porém, em mortes naturais, caso não se saiba a causa do óbito, o cadáver deve ser encaminhado para um serviço de patologia que será responsável por examinar o cadáver, evidenciar a causa do óbito e emitir a DO. Tal serviço é chamado de Serviço de Verificação de Óbito (SVO) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Nesses casos, para que se possa proceder a autópsia, é necessária a autorização da família (HÉRCULES, 2005). Caso tenha havido atendimento médico pré-hospitalar, sem evidência de violência, e a família não autorize a realização da autópsia, o médico deve atestar o óbito como causa indeterminada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015). Porém, em casos de morte violenta ou suspeita o cadáver obrigatoriamente deve ser encaminhado para o Instituto Médico Legal (IML) para execução da autópsia e posterior preenchimento da DO. Nesses casos, não há necessidade de autorização da família, pois o Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) determina que seja realizado o exame cadavérico.

Essa manipulação do cadáver, tanto em mortes naturais quanto em mortes violentas, em ambiente intra ou extra-hospitalar ou em serviços de autópsias, pode gerar algum desconforto entre os familiares, inclusive relacionados às crenças

religiosas. Além disso, com o passar dos tempos existiram diversas maneiras de destinar o cadáver.

1.1 Aspectos históricos

Nos romances da Távola Redonda, as mortes ocorriam com um ritual, no qual havia tempo para a pessoa perceber que estava morrendo. Os mortos sempre estavam presentes entre os vivos, mas apenas os moribundos é que eram sensíveis a eles. Para que houvesse o aviso da morte, ela não poderia ser súbita. A morte súbita (chamada de *mors repentina*) “era considerada infamante e vergonhosa” (ARIÈS, 2014, p.12), “feia e desonrosa” (ARIÈS, 2014, p.13), e não se falava dela. O cristianismo tentou combater essa crença, porém de maneira tímida; e considerava que essa morte ocorria por um “simples julgamento de Deus” (ARIÈS, 2014, p.13).

Por muito tempo acreditou-se que na morte as pessoas estavam dormindo, aguardando a ressurreição. O local onde elas dormiam costumava ser um jardim florido. Posteriormente, acreditou-se que os mortos vagavam invisíveis pela terra. Mais à frente, passou-se a acreditar que as almas iam descansar no “além”. Com essa crença, as orações voltavam-se para o repouso das almas (ARIÈS, 2014). “O medo de nossa própria transitoriedade é amenizado com ajuda de uma fantasia coletiva de vida eterna em outro lugar” (ELIAS, 2001, p.44). Para tanto, temos que acreditar que existem duas partes: corpo e alma, e que para existirmos, esses dois elementos devem estar juntos. Sendo assim, se um deixar de existir, a pessoa não mais existe, portanto, morre.

Na Antiguidade, o cristianismo avaliava a morte como um renascimento, desejando-a com alegria por considerá-la como uma entrada à vida eterna. Sendo assim, a morte era facilmente aceita pelas pessoas e tinha uma simplicidade familiar. Aliás, a morte ocorria em público e nunca se estava só neste momento (ARIÈS, 2014). Entretanto, Elias (2001) discorda de Ariès e diz que “ele tenta transmitir sua suposição de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas” (ELIAS, 2001, p.19), mas que as pessoas podem ter mortes agônicas, com sofrimento.

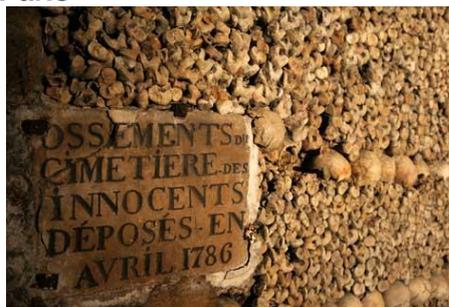
Com o avançar da Medicina, as pessoas passaram a morrer sós e dentro dos hospitais (PESSINI e BERTACHINI, 2006), fazendo com que a morte se distanciasse da vida, falando-se cada vez menos dela. “A morte se tornou distante, asséptica, silenciosa e solitária” (KOVÁCS, 2014, p.95). “Nem mesmo hoje a arte da medicina avançou o suficiente para assegurar a todos uma morte sem dor. Mas avançou o suficiente para permitir um fim mais pacífico para muitas pessoas que outrora teriam morrido em terrível agonia” (ELIAS, 2001, p.21). Aceitar que a morte é um processo natural ajuda a diminuir o sofrimento de quem vive.

Desde a Antiguidade o homem tem a preocupação do que fazer com os mortos, sendo que o destino do cadáver pode ser variado, porém o enterramento é o método mais praticado ao redor do mundo. Algumas grutas e as áreas da igreja eram utilizadas para o sepultamento (GIMENEZ e TATSUI, 2013). Até o século XVIII, os mortos eram inumados nas suas propriedades, o que era condenável na Idade Antiga. Para os cristãos, o cemitério era um lugar sagrado, destinado à oração pelas almas que ali repousavam. Era também considerado um lugar público e frequentado, e não um lugar solitário (ARIÈS, 2014).

No período compreendido entre a Idade Média e o século XVIII, os mortos continuaram a ser sepultados nos cemitérios próximos a cidades ou vilas, nas imediações ou no interior de igrejas, mosteiros e conventos, no solo ou em sarcófagos de pedra, dependendo da situação socioeconômica e política dos familiares (GIMENEZ e TATSUI, 2013, p.27).

No século XIV surgiu o hábito do reuso da sepultura, retirando-se os ossos dessecados, dando lugar para novos cadáveres. Essas ossadas eram guardadas em outros lugares, podendo permanecer expostas. Já as valas comuns utilizadas nessa época eram recobertas por terra para seu fechamento, e para ter acesso aos restos mortais bastava retirar a terra, o que era feito por animais ou por ladrões, que furtavam os corpos para os amadores da dissecação. Devido à grande quantidade de ossos nos cemitérios, eles passaram a ser expostos artisticamente. Além disso, houve a desativação do Cemitério dos Inocentes em Paris no ano de 1785, sendo que as ossadas foram dispostas artisticamente em algumas catacumbas nos anos seguintes (ARIÈS, 2014). Essas catacumbas hoje são, em parte, abertas ao público para visitação. A figura 2 mostra uma foto desse local.

Figura 2 – Catacumbas de Paris



Fonte: http://www.voyagesphotosmanu.com/Complet/images/ossos_gr.jpg

No século XIX essas transferências de ossadas foram proibidas. Nasceu um novo sentimento de que os ossários deveriam ser individualizados, constituídos pela “caixa de crânio”. Tais caixas continham uma abertura pela qual era possível visualizar o crânio do cadáver. Inicialmente os carneiros eram apenas um depósito, porém passaram a ser considerados lugares de exposição (ARIÈS, 2014).

“A morte tornou-se o lugar em que o homem melhor tomou consciência de si mesmo” (ARIÈS, 2012, p.61), ou seja, é no momento da morte que o homem se conscientiza da sua finitude. A “morte talvez seja ruim quando continuar a viver teria sido bom, mas seja bom quando continuar a viver teria sido ruim” (LUPER, 2010, p.14). Para algumas pessoas, continuar a vida sem qualquer qualidade pode ser muito ruim, e nestes casos alguns consideram que o melhor seria morrer. “Talvez devêssemos falar mais aberta e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério. A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa” (ELIAS, 2001, p.77). Sendo assim, devemos estudar melhor a morte para que possamos melhor entendê-la e aceitá-la.

Apesar das diversas mudanças que ocorreram ao longo dos anos, a atitude diante da morte permaneceu a mesma, sendo algo familiar, próximo, insensível – denominada morte domada (ARIÈS, 2014). Isso difere muito da visão atual da morte, sendo algo temerário, o que faz com que algumas pessoas nem pronunciem a palavra “morte”. Elias (2001) explica que o medo de morrer é decorrente do medo de perder algo que a pessoa considera importante. Existe ainda uma associação entre morte e sentimento de culpa, sendo que a morte poderia ser mais fácil se essa associação pudesse ser enfraquecida ou extinta. Hoje a morte súbita costuma causar extrema comoção, sendo ela de causa natural ou violenta.

Para que o medo da morte e do morrer diminuam, é necessário que a morte volte a ser assunto corriqueiro e esteja mais presente em nossa vida. Além disso, o cadáver gera medo nas pessoas. Sendo assim, é importante que a morte seja estudada em todos os seus aspectos, inclusive em relação à manipulação de cadáveres. O presente trabalho irá abordar uma discussão bioética a respeito da manipulação de cadáveres em algumas situações no período próximo à morte em ambiente hospitalar e uso de cadáveres em ensino e pesquisa.

2 OBJETIVOS

Discutir quais são os aspectos bioéticos abordados em publicações científicas quando há referência a cadáveres humanos.

3 MÉTODOS

Foi feita revisão narrativa-descritiva da literatura nas bases de dados PubMed e PubMed Central, com busca de artigos sem limite de data, com os seguintes descritores e seus respectivos termos em inglês: “morte” (*death*), “bioética” (*bioethics*) e “cadáver” (*cadaver*). A busca foi feita utilizando os três termos em conjunto.

3.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis de forma gratuita e on-line; em língua portuguesa ou inglesa; que não versavam sobre bioética relacionada à morte ou cadáveres humanos, que versavam sobre problemas relacionados aos transplantes, que abordavam apenas aspectos religiosos ou que versavam exclusivamente sobre legislação.

3.2 Critérios de inclusão

Foram incluídos apenas artigos originais ou de revisão.

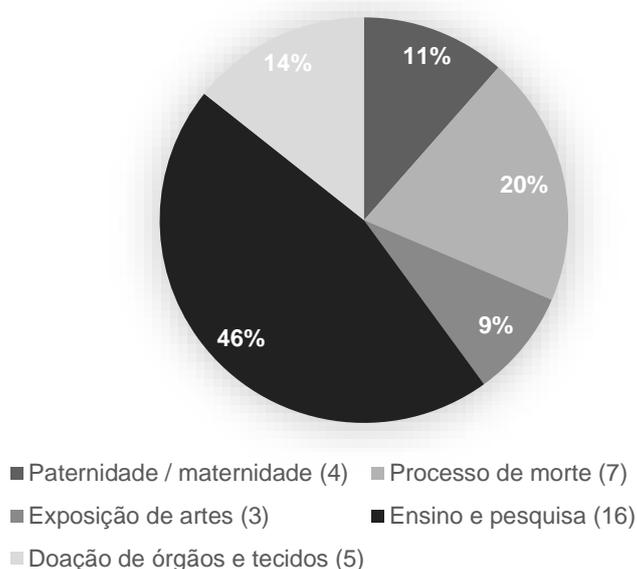
3.3 Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão narrativa-descritiva da literatura, não houve necessidade de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

4 DESENVOLVIMENTO

Feita a busca no Pubmed, foram encontrados 146 artigos. Destes, três artigos foram excluídos por estarem em língua diversa do inglês ou português, 38 por não estarem disponíveis gratuitamente on-line, 33 por não serem artigos originais ou de revisão e 47 por não falarem sobre o assunto em questão (discussão bioética envolvendo cadáveres). Da pesquisa feita no Pubmed, restaram 25 artigos. Já a busca no Pubmed Central encontrou 115 artigos. Destes, 76 não falavam sobre o assunto em questão e 27 não eram artigos originais ou de revisão. Da pesquisa feita no Pubmed Central, restaram 12 artigos. Dois artigos constavam nas duas listagens, sendo assim restaram, no total, 35 artigos. Os artigos foram lidos na íntegra e agrupados por tipo de assunto predominantemente abordado, nos seguintes grupos: 1) paternidade / maternidade após a morte; 2) processo de morte; 3) uso de cadáveres em exposições de arte; 4) uso de cadáveres para ensino médico e pesquisa, e 5) doação de órgãos e tecidos. O gráfico 1 mostra a porcentagem de artigos em cada categoria. Também foram anotados quais os princípios ou referenciais bioéticos que foram abordados em cada artigo, como mostra o quadro 1 (apêndice A). Após a abordagem das categorias apresentadas acima, será incluído um tópico a respeito dos referenciais bioéticos abordados, com especial ênfase à autonomia, tendo em vista que foi o único referencial bioético discutido em todos os artigos lidos.

Gráfico 1 – Artigos encontrados classificados por categoria



4.1 Paternidade / maternidade após a morte

Nelson (1994) apresenta um caso de uma mulher que teve a morte encefálica diagnosticada, entretanto, foi mantida ligada a aparelhos para que sua gravidez continuasse e o feto adquirisse maturidade para ter condições de vida extrauterina. Aponta que parece estranho manter um cadáver ligado a máquinas para que o feto possa se desenvolver. Em alguns casos, essa requisição (de manter os equipamentos funcionando e a gestação) vem do pai da criança, em outros momentos dos avós maternos da criança. No caso apresentado, logo após o parto, a mulher foi tirada do respirador e seus batimentos cardíacos logo se encerraram. O custo de manter essa grávida em UTI em 1993 foi de U\$3,200 por dia. Durante todo o período em que essa mulher permaneceu na UTI, diversos procedimentos invasivos foram realizados. O autor questiona que talvez essa mulher, se tivesse sido perguntada em vida, não aceitasse viver essa situação e que não devemos assumir que todas as mulheres querem que a gestação vá até o fim, tendo em vista que algumas gestações podem ser não desejadas. Outro ponto que o autor discute é que essas crianças podem ter diversos problemas por conta da prematuridade, e novamente mencionou os custos.

O único artigo encontrado sobre a continuidade da gestação em mulheres com diagnóstico de morte encefálica abordou a autonomia dessa mulher, além da não-maleficência. Também foram abordadas a beneficência e não-maleficência em relação ao feto. Outro ponto que pode levantar questões bioéticas seria a respeito dos custos envolvidos em tal manutenção, entretanto, problemas bioéticos relacionados ao financiamento de procedimentos médicos não fazem parte da presente discussão. Acreditamos que o mais adequado seria conhecer a opinião da gestante e, caso ela concordasse em ser mantida ligada a aparelhos após ser diagnosticada em morte encefálica, tal gestação deveria ser mantida. Entretanto, caso a gestante não quisesse ser submetida a todos os procedimentos necessários, o melhor seria desligar os aparelhos e aceitar sua morte, juntamente com a do feto. Eventualmente, dependendo da idade gestacional, a criança poderia nascer prematura, tendo a mesma chance de vida das demais crianças com a mesma idade gestacional.

Murphy (1995) mostra que existem diversas técnicas de fertilização assistidas e que, eventualmente, podem ser utilizadas com esperma colhido após a morte do doador. Informa que é possível, de maneira fácil, coletar esperma de um homem em morte encefálica. Uma das principais questões levantada pelo autor é quem seria a pessoa a tomar a decisão da coleta pós-morte. Explica que essa coleta não causaria qualquer dano ao falecido, portanto, o consentimento para coleta poderia ser presumido. Caso o falecido não quisesse que isso acontecesse, ele deveria deixar por escrito a sua negativa, que deveria ser respeitada. Isso aumentaria a preocupação dos homens que não querem ter filhos. O consentimento presumido pode ferir a autonomia dos homens que não querem ter filhos e não deixaram por escrito, portanto, não deve ser aceito.

Kerr et al. (1997) informam que a primeira coleta de esperma pós-morte relatada foi em 1980, feita por Rothman. Desde então, algumas técnicas foram desenvolvidas. Os autores apontam que há necessidade da discussão desse tipo de procedimento tendo em vista que uma criança que o pai já morreu seria gerada, sem seu conhecimento ou consentimento. Caso o consentimento seja necessário, quem poderia dá-lo no lugar do falecido, quando este não tenha deixado um consentimento escrito? Caso outra pessoa possa consentir, pode haver decisões diferentes daquela que o falecido tomaria, portanto, ferindo sua autonomia.

Landau (2004) critica as diretrizes para obtenção póstuma de esperma para inseminação *in vitro* publicada pelo Procurador-Geral do Governo de Israel. Segundo a diretriz, não há problema em usar o esperma criopreservado pós-morte se houver consentimento anterior. Já se houver o desejo de não utilizar seu esperma, isso deve ser respeitado. Entretanto, a diretriz mostra que quando o desejo do homem não é sabido, leva-se em consideração a vontade de sua parceira. Casais que vivem juntos ou são casados naturalmente querem ter filhos em algum momento, segundo a diretriz, e isso seria suficiente para a coleta de esperma. Dessa maneira, novamente a autonomia do falecido poderia não ser respeitada.

Os três artigos apresentados quanto à coleta de esperma pós-morte discutiram a autonomia do recém-cadáver quanto ao procedimento. Gottenger e Nagler (1999) desencorajam a coleta de esperma pós-morte, a não ser que exista o consentimento prévio do falecido. Rothman (1999) aponta como o principal problema saber se o

falecido queria ter filhos e se há consentimento para essa coleta. Landau (2004) afirma que se o falecido não queria se tornar pai após morrer, que ele não irá se tornar. A coleta de esperma após a morte encefálica ou cardiorrespiratória é um procedimento invasivo. Sendo assim, sugerimos que tal procedimento não seja realizado sem o consentimento prévio, que deve ser fornecido pela própria pessoa ainda em vida. De qualquer forma, no Brasil a coleta *post mortem* não é permitida, como consta na resolução CFM nº 2.1.21/2015, portanto, o consentimento prévio concedido em vida não teria validade.

No Brasil, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.121/2015, “é permitida a reprodução assistida *post mortem* desde que haja autorização prévia específica do(a) falecido(a) para o uso do material biológico criopreservado”, mas não há menção quanto à coleta de esperma de pacientes terminais ou recém-cadáveres. Para a realização de procedimentos de fertilização assistida após a morte de um dos cônjuges, deve ser utilizado material criopreservado e deve haver consentimento por escrito do falecido. Dessa maneira é possível respeitar a autonomia do falecido, já que a coleta de espermatozoide em vida foi feita com o consentimento dele e ele declarou que seus espermatozoides poderiam ser utilizados após a sua morte. Portanto, não é possível a coleta de espermatozoide pós-morte no Brasil, diferente do apontado por Murphy (1995), Kerr et al. (1997) e Landau (2004). Concordamos com a resolução do CFM que não permite a coleta de espermatozoides pós-morte, tendo em vista que pode haver conflito com a autonomia do falecido, já que não podemos afirmar que todos os homens gostariam de procriar.

Gottenger e Nagler (1999) fazem um paralelo com a doação de órgãos e enfatizam que na doação de órgãos vidas são salvas, já na coleta pós-morte do esperma vidas são geradas. Assim sendo, acreditamos que tal prática (coleta de espermatozoides pós-morte) não deve ser encorajada, mas se o falecido deixou espermatozoides criopreservados e autorizou seu uso após a morte, não há problemas em utilizá-los, já que seria respeitada a sua autonomia.

4.2 Processo de morte

Pollock (1989) inicialmente apresenta alguns conceitos de bioética e posteriormente discute a morte e o morrer. Questiona se o paciente tem o direito de morrer e apresenta certa preocupação quanto à imunidade dos médicos em processos criminais e civis relacionados ao fim da vida. Apresenta o ponto de vista do paciente terminal, que deveria ter sua autonomia respeitada. Porém, mostra que alguns interesses devem ser preservados, tais como a vida e a integridade do médico. Todavia, afirma que a autonomia do paciente geralmente prevalece. Os desejos do paciente terminal devem estar em um documento escrito, chamado de testamento vital. Porém, se não houver tal documento, é possível acatar o desejo do paciente se alguém, ou ele mesmo, puder expressar sua vontade. Caso contrário, alguns testes podem ser aplicados para que a decisão de continuidade, ou não, dos tratamentos seja tomada. Lembrando que “o gasto emocional, físico ou financeiro em prolongar a morte do paciente pode ser tão devastador para os familiares que os interesses da família e do paciente podem divergir” (Pollock, 1989, p.522). Caso o paciente não tenha condições de expressar sua vontade e não as deixou por escrito (testamento vital), alguém terá que fazê-lo. Esse alguém pode ser um tutor, um familiar ou o cônjuge, a depender da legislação local.

O referencial bioético mais discutido por Pollock (1989) foi a autonomia. A autonomia pode ser considerada uma forma de liberdade pessoal de agir, que determina o melhor interesse da pessoa. O documento que mostra o respeito à autonomia do paciente, no contexto médico, seria o consentimento informado. Os adultos competentes têm o direito de determinar aquilo que deve, ou não, ser feito em seu próprio corpo, o que estaria no consentimento. Aplicando-se a autonomia no processo de captação de órgãos, quando há necessidade de consentimento dos familiares, eles deveriam acatar a vontade do falecido. Pollock (1989) cita o *Anatomical Gift Act*, no qual consta que se o desejo da família for diferente do falecido, prevalecerá o do falecido.

Na legislação brasileira, quanto à transplante de órgãos, há exigência do consentimento da família e, caso esse seja diferente da vontade do falecido, irá prevalecer o que a família decidiu (Brasil, 1997). Além disso, para a doação de órgãos

com coração batendo, o conceito de morte que deverá ser utilizado é o de morte encefálica, independente se o falecido aceitava ou não tal critério.

Hoshino (1993) mostra que os japoneses só passaram a considerar a morte encefálica em 1992, quando foi feito um relatório que a definia. Entretanto, o autor aponta alguns motivos pelos quais a população japonesa tem dificuldade de aceitá-la, tais como: medo de diagnósticos precoces e errados; a maioria dos comitês de ética das escolas médicas não concordam com o transplante de órgãos de doadores com morte encefálica; e o médico legista só pode realizar seu exame após a morte cardiorrespiratória. Eles chamam a morte encefálica de “morte invisível” pois ela só é diagnosticada por meio do uso de alguns equipamentos e pela equipe médica, sendo que a morte cardiorrespiratória pode ser vista por todos. Essa dificuldade em visualizar a morte também prejudica a aceitação da morte encefálica.

A resolução CFM nº 1.480/1997 dispõe sobre os critérios de morte encefálica e afirma que “a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial” (CFM, 1997), ou seja, a morte encefálica equivale a morte cardiorrespiratória no Brasil. Outra consideração que o CFM faz é que existe um grande ônus nos casos de prolongamento do uso de recurso extraordinários quando a morte encefálica é diagnosticada, devendo tais recursos serem interrompidos após o diagnóstico e comunicação à família. Portanto, de acordo com a resolução, a família deve ter ciência da morte antes de desligar os aparelhos, e não concordância.

Já a resolução CFM nº 1.995/2012 versa sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, ou seja, o paciente pode deixar documento por escrito manifestando sua vontade quanto a medidas desproporcionais que podem prolongar sua vida que quer, ou não, receber. Tal resolução foi necessária tendo em vista “a atual relevância da questão da autonomia do paciente” (CFM, 2012) no contexto da terminalidade.

Tanto a morte pode ser diagnosticada por critérios cardiorrespiratórios, quanto por critérios encefálicos, sendo que ambos os conceitos coexistem. Não há ainda consenso quanto ao conceito de morte, sendo que diversas pessoas não aceitam a morte encefálica, como demonstrado por Hoshino (1993). França (2001) afirma que se existisse apenas um conceito de morte, que pudesse ser utilizado em benefício da

sociedade e respeitando incondicionalmente a dignidade humana, seria mais fácil termos a sua aceitação.

Kerridge et al. (2002) fazem uma revisão histórica do conceito de morte encefálica e mostram que esse conceito está atrelado à doação de órgãos para transplante. Eventualmente tal conceito não é aceito por medo de que o tratamento adequado não seja dado, de que o diagnóstico seja precoce ou esteja errado, conforme apontado por Hoshino (1993). Mostram que a emissão de uma declaração de óbito é habitualmente feita por médicos e que tal documento tem as seguintes finalidades: epidemiológica, sucessão, permite inumação ou cremação, nexos entre a patologia e/ou violência e a morte.

No Brasil, a declaração de óbito tem fins epidemiológicos. Ela deve ser entregue no cartório para liberação da inumação ou cremação. O cartório emite a certidão de óbito, este documento é que dá origem à sucessão. Caso a morte tenha sido violenta, o nexo entre a violência e a morte também é feito no laudo médico pericial, que fará parte dos autos, diferente da declaração de óbito (FRANÇA, 2001; HÉRCULES, 2005).

MacDonald (2017) também apresenta uma revisão histórica da mudança do conceito de morte cardiorrespiratória para a morte encefálica. Aponta que já existiam discussões sobre o assunto antes da realização do primeiro transplante cardíaco, realizado por Barnard na África do Sul. Na época do início dos transplantes houve exposição dos pacientes, diferente do que ocorre no momento atual em que a privacidade do doador e receptor são preservadas, respeitando a confidencialidade. O autor afirma que a morte é um processo gradual no qual partes do corpo morrem antes de outras partes.

Setta e Shemie (2015) apresentam um artigo explicando como as diversas religiões viam o conceito da morte, se elas aceitavam a morte encefálica e se concordavam em tirar medidas extremas de manutenção de vida em casos terminais. O catolicismo romano entendia que na morte a alma deixa o corpo, já no budismo a morte era vista como um momento em que há sutilmente a perda da consciência do corpo. O judaísmo, cristianismo e islamismo eram consideradas tradições ocidentais e que entendiam a morte como a cessação de funções corporais, tais como as do coração, pulmões ou encéfalo. No judaísmo a vida era um presente de Deus que deve

ser protegida, e o corpo pertencia à Deus. A maioria dos judeus aceita a morte encefálica. Para o catolicismo romano, a morte pode ser entendida como a morte encefálica. Os ortodoxos acreditam que a morte não pode ser definida. Os protestantes aceitam o conceito e, inclusive, são a favor da doação de cadáveres. Os luteranos têm grande respeito pela autonomia da pessoa.

O islamismo tem um profundo respeito pela medicina e ciência, e aceitam o conceito de morte encefálica (SETTA e SHEMIE, 2015). Rady e Verheijde (2013) exploram o conceito de morte encefálica na comunidade muçulmana. Eles afirmam que o conceito costuma ser aceito, mas que a morte encefálica não representaria a morte completa, pois a alma ainda não teria deixado o corpo. Sendo assim, a dignidade do processo de morrer deve ser respeitada e não deveríamos utilizar processos que prolongassem o sofrimento. Caso a morte encefálica seja aceita, a comunidade muçulmana acredita que a pessoa não deve ser tratada como cadáver. Isso só deve ocorrer após a cessação da respiração e circulação, quando a alma deixa o corpo (RADY e VERHEIJDE, 2013). Neste momento é possível pontuarmos a seguinte ambiguidade: eles aceitam o conceito de morte encefálica, mas enquanto não houver parada cardiorrespiratória não tratam a pessoa como morta.

Quando vamos tentar definir o conceito de morte do ponto de vista científico, podemos ter diversas pessoas que podem não aceitar tal conceito tendo em vista suas crenças, valores morais e culturais. Sendo assim, se conseguirmos falar sobre a morte e seu conceito, poderemos ter uma maior aceitação do conceito de morte encefálica, podendo levar ao aumento de doação de órgãos e cadáveres. Vale lembrar que França (2001) afirma que se tivéssemos apenas um conceito de morte no mundo, seria muito mais fácil das pessoas o entenderem e o aceitarem. Porém, como temos mais de um conceito, continuamos a ter diversos conflitos.

Muramoto (2016) aponta que a determinação da morte encefálica é o primeiro passo para a captação de órgãos para transplante. Entretanto, como diversas pessoas não aceitam esse conceito, o autor sugere que antes do início da aplicação do protocolo de morte encefálica, a família seja informada e esclarecida, assine o termo de consentimento concordando, ou não, com tal procedimento. Caso a família não concorde, o protocolo não é iniciado. Ele faz um paralelo com diversos outros métodos diagnósticos usados em medicina em que há necessidade do consentimento. Afirma

que eventualmente a família se nega a consentir por desconhecimento e que há necessidade de informações e esclarecimentos. Além disso, ele aconselha que, caso a família se negue hoje, que daqui a alguns dias ela pode ser novamente procurada, outras informações podem ser passadas, as dúvidas podem ser sanadas e tentado novamente o consentimento para início do protocolo. Inicialmente essa nova política sugerida pode diminuir um pouco o número de doações, entretanto, como ela também é educativa, com o passar do tempo a tendência seria aumentar. Todavia a necessidade de consentimento respeitaria a autonomia, a dignidade e a serenidade daquela família. Quando a pessoa não tiver deixado sua vontade por escrito, concordamos com o autor e sugerimos que seja solicitado o consentimento da família para o início do protocolo. Isso evitaria problemas ao final de sua aplicação, pois se a família não aceita o conceito de morte encefálica e a conclusão final é de que há morte, haveria uma imensa briga para que não se desligasse a aparelhagem, conforme orientação da resolução CFM nº 1.480/1997. Porém, para que o consentimento seja necessário, deveria haver uma mudança na referida resolução, que não faz essa exigência para abertura do protocolo. Caso o diálogo sobre a morte fosse mais frequente em nosso cotidiano, seria possível sabermos se a pessoa acredita, ou não, no conceito de morte encefálica, facilitando assim o respeito da sua autonomia.

4.3 Uso de cadáveres em exposições de arte

Miah (2004) mostra em seu artigo que Gunter von Hagens realizou uma autópsia pública em 20/11/2002. O procedimento pôde ser assistido *in loco* ou por um canal de televisão que passou um vídeo editado. O procedimento durou aproximadamente 2 horas e o vídeo, transmitido pelo canal de televisão, tinha aproximadamente 30 minutos. Tal exibição teria o intuito de mostrar como o procedimento é realizado, a fim de dirimir alguns mitos sobre o assunto. Porém, durante a autópsia não foram feitas explicações suficientes para que pessoas leigas entendessem o que estava acontecendo. Miah (2004) aponta que a autonomia, privacidade e dignidade humana podem ser violadas quando tal procedimento tem exibição pública. Entretanto, o autor diz que a morte é algo que se tornou distante e

estranho das pessoas, mas que é um assunto fascinante e pode ser explorado artisticamente. Vale ressaltar que não foi abordado se havia consentimento da pessoa para o uso de seu cadáver dessa maneira.

Barilan (2006) apresenta algumas obrigações e deveres das pessoas ao redor do mundo, de maneira genérica, e faz contrapontos com a exposição de cadáveres plastinados de Gunter von Hagens. Ele aponta que os cadáveres não reclamados que tenham família não deveriam ser usados na exposição, mas que se o cadáver não reclamado não tiver família, ele não vê problema. Depois ele expõe algumas histórias sobre roubos e venda de cadáveres em outros séculos, que eram usados para fins anatômicos, e diz que von Hagens deveria apresentar documentos comprovando que os cadáveres foram doados, e que isso deveria ser uma preocupação de todos. Quanto ao destino do cadáver, ele diz que deve ser respeitada a cultura e o desejo individual. Para garantir que o desejo do indivíduo era ser exposto após a plastinação, ele diz que seria necessário o termo de consentimento no qual deveria estar previsto isso. Os apontamentos bioéticos recaem sobre a autonomia, dignidade e privacidade.

Raikos et al. (2012) informa que cadáveres plastinados começaram a ser exibidos artisticamente por Gunter von Hagens e atraíram muito sucesso e controvérsias, constituíram um tributo a técnica de conservação (plastinação) e exposição pública da Anatomia Humana, uma das ciências médicas. Os autores questionam se a utilização dos cadáveres plastinados em exposições de arte tem caráter educacional e se ferem a dignidade humana. Essas exposições geraram diversas discussões, inclusive se as pessoas estariam capazes para enfrentar tal exposição. Lembrem, ainda, o simbolismo que existe a respeito do corpo morto e se essa exposição não seria considerada um “show de horror” (“*freakshow*”) (RAIKOS et al., 2012, p.437). Mas também afirmam que a exposição do corpo morto poderia encorajar as pessoas a lidarem melhor com a morte. É possível identificar os seguintes referenciais bioéticos neste artigo: autonomia, dignidade, sabedoria e serenidade. A dignidade estaria evidente no respeito aos cadáveres, a autonomia tanto dos cadáveres expostos, quanto dos visitantes, e uma maior aproximação com a morte e o morrer, com serenidade e sabedoria.

Os artigos apresentados discutiram a autonomia, tanto de quem visita as exposições, quanto de quem doa o corpo para ser exposto. Miah (2004) afirma que a

autopsia pública tinha diversos problemas, mas que um deles era se o falecido tinha autorizado tal exposição. Schmidt (2000) aponta que o enfretamento da morte poderia causar algum distúrbio, mas lembra que a decisão de ir à exposição faz parte da autonomia das pessoas. Além disso, fala que os doadores dos cadáveres deram consentimento para seu uso, não ferindo a dignidade humana na exposição. Entretanto, ele lembra que esses documentos não são públicos. Raikos et al. (2012) fazem a mesma observação, e acrescentam que essas exposições poderiam ser um tipo de comercialização da morte, o que pode ferir a dignidade humana.

Vale lembrar que exposição de partes de cadáveres humanos são feitas há séculos, como nas Catacumbas de Paris, criadas após a desativação do Cemitério dos Innocentes em Paris em 1785 (ARIÈS, 2014). Entretanto, nessa época a questão da autonomia não era discutida, diferente do que acontece atualmente. No Brasil, no que se refere à doação de corpos, não há previsão legal do seu uso em exposições de arte. Porém, caso seja do interesse da pessoa, sugerimos que no termo de doação de seu cadáver a pessoa exponha a sua vontade.

Quanto à exposição de artes de cadáveres dissecados, acreditamos que, caso tenha consentimento do doador do corpo para tal uso, não haveria problemas. Porém, as visitas deveriam ser guiadas e os aspectos anatômicos explicados aos visitantes. Caso as visitas não sejam guiadas, acreditamos que tal exposição não seja útil do ponto de vista educativo, e concordamos que seria apenas um “show de horror” (RAIKOS et al., 2012).

Quanto a autopsias públicas, há necessidade de consentimento do falecido. Todavia, não concordamos que tais procedimentos devam ser realizados de maneira pública, tendo em vista a necessidade de preservação da dignidade e privacidade do falecido. Alguns procedimentos realizados durante a autopsia podem parecer ferir a dignidade, mas são realizados com absoluto respeito ao cadáver e à técnica.

4.4 Uso de cadáveres para ensino médico e pesquisa

“Mudanças culturais, progresso científico, e novas diretrizes no ensino médico tem modificado o papel da dissecação no ensino da anatomia, atualmente, nas escolas médicas” (ELIZONDO-OMAHÑA et al., 2005, p.11). Antigamente, a dissecação era proibida e considerada uma blasfêmia. No século XIV e XV alguns professores franceses e italianos começaram a utilizar a dissecação de cadáveres em suas aulas. Nesse momento, os cadáveres eram considerados como livros nos quais os estudantes podiam aprender. Entretanto, mesmo no século XVIII havia uma escassez de cadáveres e ocorriam aquisições ilegais. Em 1968, nos Estados Unidos da América (EUA), por meio da *Uniform Anatomical Gift Act* (UAGA) passou-se a incentivar a doação de cadáveres para estudo. Elizondo-Omaña et al. (2005) concluem seu estudo afirmando que a dissecação continua sendo um importante método de ensino da anatomia, que sobreviveu a todo o avanço tecnológico. Os autores mostram que nos EUA a maior parte dos cadáveres utilizados em dissecação foram doados, sendo que a doação deve ser feita em documento escrito, de livre vontade e voluntariamente. Os autores lembram que nos EUA a intenção de doar é irrevogável pela família, respeitando a sua autonomia. Já no Brasil a última palavra é do responsável legal, que pode ir contra o desejo da pessoa. De acordo com Fontana-Rosa e Oliveira (2008), cada situação determina um responsável legal: os menores de idade têm os pais como responsáveis, caso os pais tenham algum impedimento, pode ser um tutor designado judicialmente; já os maiores de idade com discernimento comprometido têm como responsável um curador designado judicialmente.

Wilkinson (2012) diz que os cadáveres podem ser usados em partes ou inteiros para o ensino de anatomia. Ele questiona em que momento esses cadáveres poderiam ser usados: quando houve consentimento, quando a pessoa queria que seu cadáver fosse utilizado, quando supostamente ela queria, quando ela apenas não se opôs ao uso, ou em outra situação. Outro questionamento que o autor faz é “como devemos respeitar os direitos das pessoas quando elas não mais conseguem expressar suas vontades por que estão mortas” (WILKINSON, 2012, p.447). O autor discute a respeito da necessidade de um consentimento formal escrito e do respeito a autonomia da pessoa.

De acordo com Roberts et al. (2000), muitos médicos aprenderam anatomia, patologia e fisiopatologia junto a uma mesa de autópsia. Fragmentos de tecidos são retirados durante autópsias e ajudam a diagnosticar e entender algumas doenças.

Como as autopsias patológicas tem sido cada vez mais negadas pelos familiares, a autopsia médico-legal tem sido utilizada para pesquisa e ensino. Entretanto, diversos aspectos éticos podem ser questionados. Vale lembrar que a autopsia médico-legal ocorre por uma obrigação formal legal, sendo desnecessária a obtenção de consentimento dos familiares. Porém no contexto de ensino e pesquisa, tal consentimento é fundamental. Roberts et al. (2000) apontam ainda que, ao solicitar o consentimento de familiares para ensino e pesquisa, pode haver confusão dos limites da autopsia médico-legal, e sugerem que tal consentimento seja solicitado por uma terceira pessoa que não seja da equipe de autopsia.

Nos três artigos apresentados sobre o ensino de anatomia, o referencial bioético da autonomia foi discutido. Todos os autores concordaram que para o uso de cadáveres no ensino anatômico é essencial o consentimento do falecido e/ou familiares. Elizondo-Omaña et al. (2005) frisam que nos EUA, caso o falecido tenha deixado por escrito sua vontade de doar seu corpo para ensino, a família não tem qualquer poder sobre essa vontade.

No Brasil pode ser feita a doação do cadáver para fins de pesquisa e ensino. De acordo com o artigo 14 do Código Civil vigente (BRASIL, 2002) a doação (disposição gratuita) do corpo, em todo ou em parte, é válida. Ou seja, caso alguém queira doar seu corpo para fins de estudo ou pesquisa, é possível, desde que seja gratuita. Entretanto, é necessário o consentimento da família, que pode ser contrária a vontade do falecido, ferindo sua autonomia, diferente do que ocorre nos EUA (ELIZONDO-OMANÍA et al., 2005).

Christensen (2006) afirma que a espécie humana é a única que pode contemplar a sua própria morte, o que geraria medo e fascinação por ela. Existem alguns destinos para o cadáver, sendo que a sua doação para pesquisa e estudo é considerada um ato moderno de solidariedade. Apresenta o centro de pesquisa antropológica da Universidade do Tennessee, que estuda a decomposição cadavérica humana. Os cadáveres são provenientes de doação (pela família ou pela própria pessoa ainda em vida), cadáveres não reclamados ou de outras fontes, tais como escolas médicas. Algumas pessoas defendem que o consentimento para essa doação deveria ser presumido, mas outros dizem que isso tiraria o altruísmo e generosidade do ato. Além do mais, o autor aponta algumas legislações que proibiriam esse

consentimento presumido nos EUA. Apesar do UAGA exigir o consentimento, ele permite o uso dos cadáveres não reclamados para pesquisa e ensino. O autor questiona se o uso de cadáveres não reclamados viola a autonomia deles.

De acordo com a lei nº 8.501/1992 (BRASIL, 1992), os cadáveres não reclamados podem ser destinados para as escolas médicas para fins de estudo e pesquisa. Essa destinação pode ferir a autonomia do falecido, já que a sua vontade não é sabida e não é possível conhecê-la, assim como afirmou Christensen (2006). Outra observação importante é que a doação só pode ser feita para escolas médicas, entretanto, outros cursos da área da saúde também precisam estudar anatomia.

Além do uso em anatomia, os cadáveres podem ser utilizados para o ensinamento prático de alguns procedimentos médicos. Sperling (2004) aponta quais seriam os procedimentos de ressuscitação que poderiam ser aprendidos em recém-cadáveres: intubação endotraqueal, colocação de cateter venoso central, acesso venoso cirúrgico, toracotomia, pericardiocentese, cricotiroidotomia, biópsia hepática e punção intraóssea. O autor explica que isso é necessário, pois tais procedimentos não podem ser treinados em quem está vivo ou em quem já morreu há um tempo. Entretanto, tais práticas costumam acontecer de maneira secreta e sem consentimento dos familiares. Um dos pontos que o autor aborda é o dilema ético em que se encontra o médico: a obrigação de ensinar e a obrigação de proteger a integridade do paciente e seus familiares. Sperling (2004) aponta que há necessidade do consentimento para uso de recém-cadáveres em ensino médico, tanto do ponto de vista ético quanto legal, e que os próprios médicos podem ficar desconfortáveis em realizar os procedimentos se não tiverem a permissão da família e/ou do falecido.

Iseron (1993) abaliza que no passado era comum o uso de recém-cadáveres para aprendizado de alguns procedimentos médicos. Entretanto, diversos argumentos religiosos, legais e éticos mostram que tal prática não deveria ser executada. Em algumas religiões, o que é feito no corpo após a morte pode afetar sua vida após a morte, portanto, devemos respeitar a crença das pessoas. Para que possamos utilizá-los é necessário o consentimento, respeitando sua autonomia e/ou de seus familiares. Essa manipulação do cadáver para ensino não é considerada desrespeitosa, entretanto deve respeitar a autonomia. Vale lembrar que com o avanço tecnológico existem outras alternativas para o ensino de alguns procedimentos, mas não de todos.

Ardagh (1997) explica que a intubação endotraqueal seria a colocação de um tubo na traqueia do paciente, usada para manter a via aérea pérvia. Os médicos praticam tal procedimento em recém-cadáveres, já que nesse momento as condições de intubação seriam semelhantes às da vida real. Apesar de tal prática ser considerada antiética por alguns, outros dizem que melhor seria treinar nessa população do que em pessoas que estão vivas e necessitam de uma correta intubação para manutenção da vida. Além disso, seria uma prática que não deixa qualquer marca. O grande problema é que, na maioria das vezes, tal prática é feita sem o consentimento da família e/ou da pessoa, ferindo sua autonomia.

Berger et al. (2002) dizem que a prática de alguns procedimentos médicos, tais como intubação endotraqueal e inserção de cateter venoso central, são comumente treinados em pacientes recém-cadáveres e que isso geralmente é feito sem o consentimento dos familiares. Afirmam que alguns médicos prolongavam as manobras de ressuscitação cardiopulmonar a fim de que outros pudessem treinar tais procedimentos, o que seria considerado antiético. Apontam que o respeito ao cadáver é um dever dos médicos. Concluem que para que o recém-cadáver seja utilizado em treinamento de procedimentos, é mandatório o consentimento dos familiares.

Iseron (2005) aponta que a Medicina é ciência e arte, sendo que alguns procedimentos importantes para salvar vidas precisam ser ensinados, e a intubação endotraqueal é um deles. O autor questiona se seria ético e legalmente possível praticar e ensinar procedimentos não invasivos e minimamente invasivos em recém-cadáveres da unidade de emergência ou de tratamento intensivo; se existiria alguma alternativa para o ensino e prática de tais procedimentos e a necessidade de consentimento para tanto. Quando as manobras de ressuscitação falham e o paciente morre, os membros da equipe, por alguns minutos, treinam procedimentos que deixam pequenas marcas (como punções venosas) ou não deixam marcas (intubação endotraqueal). Segundo o autor, todos os procedimentos são realizados com respeito à pessoa que acabou de falecer, mas raramente é solicitado consentimento para tais procedimentos. Ele fez um paralelo com procedimentos que habitualmente são realizados na preparação do cadáver para os ritos fúnebres. Aborda a autonomia, beneficência e dignidade. Conclui que o uso de recém-cadáveres para ensino é ético e não há necessidade de consentimento da família, diferente do que ele havia concluído a mais de 10 anos (ISERSON, 1993). Discordamos dessa posição, tendo

em vista que acreditamos que a autonomia é um referencial bioético que deve ser respeitado. Aqui também seria desrespeitada a dignidade, já que tais procedimentos continuariam a ser secretos.

Gomes et al. (2010) afirmam que a formação do médico é complexa e envolve a “aquisição de uma cultura profissional específica, a qual inclui uma base cognitiva especializada, habilidades, competências e valores profissionais”. Para tanto, há necessidade de aprendizado em serviço com o treinamento prático. Durante a formação médica, deveria existir grande preocupação com a ética, trabalhando-se a humanização dos serviços e assistência médica. Vale lembrar que os estudantes devem ser sensibilizados para pensar bioeticamente, já que podem ter certo desprezo, e ignoram a possibilidade de crescimento, pelo estudo da bioética. Os autores apontam que o uso de recém-cadáveres para o ensino é fato corriqueiro, porém gera desconforto. Eles apresentam alguns pontos favoráveis e desfavoráveis ao uso, inclusive entrando na ceara religiosa no Brasil. E concluem que há necessidade da obtenção de consentimento da família quanto aos procedimentos que poderiam ser realizados no cadáver, respeitando a autonomia e dignidade.

Segundo Marques Filho (2012), o uso de recém-cadáveres no ensino de procedimentos médicos é um tema pouco discutido na literatura, porém que ocorre com certa frequência no Brasil e em outros países. O autor afirma que durante a formação médica há necessidade de treino em modelos e posterior treino em pacientes. Ele reitera que “do ponto de vista bioético, somente tem fundamentação através do adequado e indispensável consentimento da família” (MARQUES FILHO, 2012, p.75). Aponta que a principal questão bioética, nesses casos, é se existe justificativa suficiente para submeter a família ao constrangimento de solicitar a autorização para o procedimento logo após a morte de uma pessoa querida. Afirma que a discussão bioética atual é sobre o respeito ao cadáver, que embora não seja mais um cidadão, merece tratamento respeitoso por sua biografia. Os aspectos bioéticos abordados pelo autor são autonomia e dignidade.

Oman et al. (2002) estudam uma população de média de idade de 74,5 anos. Concluem que essa população acha importante o treinamento com o uso de recém-cadáveres, mas que há necessidade do consentimento da família para tal uso.

Novamente o referencial bioético da autonomia foi o mais discutido nos artigos referentes ao uso de recém-cadáveres. Concordamos com a maioria dos autores de que há necessidade do consentimento dos familiares ou do falecido para tal uso. Caso tais práticas sejam realizadas sem o devido consentimento, elas devem ser consideradas antiéticas. Uma solução proposta para tal problema seria o de colocar em algum documento que os cadáveres daquele hospital poderiam ser utilizados para fins de ensino, sem qualquer prejuízo ao andamento dos ritos fúnebres, desde que devidamente autorizado. Isso poderia constar do termo de consentimento de internação, por exemplo.

Já Downie (2003) expõe que nos anos 1999 e 2000, no Reino Unido, após a realização de autópsias em algumas crianças, os pesquisadores retiraram tecidos e órgãos para análise, porém, sem o consentimento dos pais. Após esse problema, foram feitas algumas recomendações para esses casos, sendo que o consentimento informado é uma delas. O autor questiona se, em situações tristes como a morte de uma criança, em que há um interesse científico que pode beneficiar outras crianças, há necessidade de consentimento dos pais para a realização de autópsias. Ele questiona se o termo “consentimento” seria adequado neste caso.

Tomasini (2009) aponta um problema que ocorreu na Inglaterra com a falta de consentimento para retirada de partes de órgãos pós-morte, o mesmo problema relatado por Downie (2003). Apesar da existência do *Human Tissue Act* (HTA) desde 1961, que estabelecia a necessidade de consentimento para a retirada de órgãos, tecidos ou partes do corpo para fins terapêuticos ou médico educacionais ou pesquisas, em um hospital infantil foi feita coleta de material em pessoas falecidas sem o consentimento da família. Com isso, houve uma transgressão a alguns princípios bioéticos, tais como a dignidade, autonomia e não-maleficência. O autor discute se seria possível causar dano a alguém morto, porém mostra que deveríamos questionar se é possível causar dano aos familiares dependendo de como tratamos o cadáver de um falecido querido.

Walker et al. (2014) fazem pesquisas sobre genoma. Eles gostariam de estudar as células de todos os diferentes tecidos e fluídos que temos para verificar a expressão genética de cada uma delas. Como o estudo seria muito invasivo, o ideal é que utilizassem como sujeito da pesquisa um cadáver. A coleta seria feita de um

cadáver com coração batendo, ou seja, que tinha sido declarado morto pelos critérios encefálicos. Nesse momento, eles se depararam com o seguinte dilema: a autorização do *Institutional Review Board* não é necessária em pesquisas com cadáveres, porém se aplica o UAGA, que não aborda as pesquisas genéticas. No consentimento de doação de cadáver para estudos e pesquisas, não há expressamente a pesquisa genômica. A *Organ Procurement Organization* sugere que a pesquisa genômica passe a fazer parte do consentimento informado. Além desse problema, os autores apontam que o anonimato seria perdido, tendo em vista que o perfil genético seria estudado. Outro ponto discutido pelos autores é o dano póstumo que poderia ocorrer, como por exemplo, no caso da descoberta de uma doença. Isso aumentaria a preocupação de quem tivesse que tomar a decisão de doar o cadáver para pesquisa. É possível identificar os seguintes referenciais bioéticos neste artigo: autonomia, confidencialidade, privacidade, dignidade e não-maleficência.

Os danos que poderiam ocorrer ao cadáver seriam aqueles que podem transformar sua estética, prejudicando os ritos fúnebres. Entretanto, as manipulações dos cadáveres, sem a devida informação e anuência dos familiares, podem gerar danos psíquicos aos entes queridos, que podem entender alguma situação que seja corriqueira no lidar com cadáveres, como desrespeitosa. Sugerimos que todos os procedimentos a que o cadáver será submetido sejam informados aos familiares, assim como o motivo pelo qual são necessários. Em caso de pesquisas em que possa ter algum interesse na parte genética, é importante que tal informação esteja presente no consentimento.

Os artigos apresentados colocaram como ponto primordial da discussão bioética a autonomia. Na opinião de Marques-Filho (2012), no Brasil a competência para decidir o que fazer com o cadáver é da família, o que está de acordo com nossa legislação. Entretanto, acreditamos que devemos sempre seguir a autonomia da pessoa, mesmo que vá contra o que sua família decidiu, como prevê o UAGA vigente nos EUA. Para tanto, seria essencial que tal vontade estivesse expressa em algum documento.

Já Sparrow (2006) questiona se o corpo das pessoas consideradas em morte cortical poderia ser usado em cirurgias experimentais. Nessa situação, o aprendizado estaria o mais próximo possível de uma situação real. Algumas cirurgias

experimentais são realizadas em outras espécies que possuem analogia e homologia com a nossa espécie. De acordo com Di Dio (1998), analogia é a semelhança funcional dos órgãos e homologia é a mesma situação e origem, independente da função. Sparrow (2006) afirma que para esse uso seria necessário o consentimento da pessoa e/ou de sua família. Discordamos do uso dessas pessoas para pesquisa em cirurgias experimentais, tendo em vista que a morte cortical não equivale a morte encefálica e que a pessoa estaria em um estado vegetativo persistente e poderia sofrer algum dano corporal decorrente de tais pesquisas.

Marques-Filho (2012) inicia uma outra discussão sobre o respeito ao cadáver “que embora juridicamente perca o *status* de cidadão, merece tratamento respeitoso por toda biografia e significado para aqueles que com ele conviveram” (Marques Filho, 2012, p.75). Segundo o Código Civil, em seu artigo 6º, a existência da pessoa se encerra com a sua morte (BRASIL, 2002). Portanto, o cadáver não é mais considerado uma pessoa e sim uma “coisa” *sui generis*. Ou seja, o cadáver é uma coisa específica, que está sob tutela de sua família e que não pode ser comercializado. Além disso, merece especial respeito pela sua biografia. Todas as pessoas que lidam com o cadáver deveriam ter conhecimento disso para que tratassem os cadáveres com o mais profundo respeito.

4.5 Doação de órgãos e tecidos

Kleinman e Lowy (1989) mostram que, como as pessoas morrem muito esperando órgãos doados, os cadáveres de morte cardiorrespiratória poderiam doar alguns órgãos. A doação deve ser um ato voluntário e consentido, sendo que o consentimento pode ser obtido do falecido e/ou da família. O consentimento presumido não deve ser encorajado tendo em vista que pode ferir a autonomia do falecido, que tem direito a sua integridade corporal.

Paris (2002) mostra que existe uma disparidade entre o número de transplantes feitos e a necessidade de novos procedimentos, sendo que uma das soluções para essa procura seria o uso de órgãos de doadores cadáveres sem coração batendo, que ele chama de *non-heartbeating cadaver donors* (NHBCD), que seria a mesma

solução apontada por Kleinman e Lowy (1989). Para o autor o tempo de isquemia dos órgãos, nestes casos, seria crucial para o sucesso do procedimento. Entretanto, o autor chama atenção para os conflitos éticos nesses casos e faz os seguintes questionamentos: - Como você pode declarar morto por cessação irreversível da respiração e da circulação, quando, na verdade, você pode reiniciar a circulação e a respiração com o uso de medicamentos?; - Como o paciente está morto, se o coração volta a bater novamente?; - Qual é o real significado de cessação irreversível? Além disso, o autor aponta que o problema ético determinante nestes casos é em relação à determinação da morte.

Spital e Taylor (2008) defendem que a retirada de órgãos de cadáveres para transplante deve ser rotineira e que isso ajudaria a diminuir as filas de transplante, salvando muitas vidas. Eles rebatem argumentos feitos por Glannon e concluem que a retirada rotineira é viável e com o tempo e a educação, seria aceita. Os autores afirmam que tal captação “poderia eliminar o trágico desperdício de recursos humanos e aumentaria o número de vidas salvas, mas com o risco de exacerbar o sofrimento emocional dos membros da família que perderam uma pessoa querida” (SPITAL e TAYLOR, 2008, p.342). Entretanto, vale ressaltar que a autonomia do doador pode ser ferida, sendo assim, somos contra a retirada rotineira dos órgãos.

Glannon (2008) rebate argumentos criados por Spital a respeito da retirada rotineira de órgãos de cadáveres para transplante. O autor afirma que há necessidade de um consentimento feito em vida expressando a vontade da retirada dos órgãos para transplante, ou seja, respeitando a autonomia. Os órgãos também podem ser retirados se familiares permitirem. Assim sendo, Glannon afirmou que “quando pacientes ou familiares não consentem a retirada de órgãos, muitos órgãos transplantáveis são perdidos” (GLANNON, 2008, p.330). O autor mostra os possíveis conflitos que poderiam existir caso houvesse a retirada rotineira e, inclusive, aponta que a medicina poderia voltar a ter um aspecto paternalista, diminuindo a autonomia do paciente. Ele conclui dizendo que o consentimento presumido não deve ser ainda adotado nos EUA. Concordamos com o autor que diz que o consentimento é necessário para a retirada dos órgãos.

Hammami et al. (2012) mostram que diversos tipos de sistemas de consentimento para doação de órgãos existem ao redor do mundo. Eles concluem

que o consentimento presumido pode gerar danos psicológicos quando doações contrárias a vontade do falecido são feitas, tais danos podem ser piores do que a não-doação por falta de consentimento de alguém que queria doar. Além disso, o consentimento presumido pode ferir a autonomia do falecido. Os autores lembram que a doação de órgãos deve ser um ato de altruísmo, voluntário.

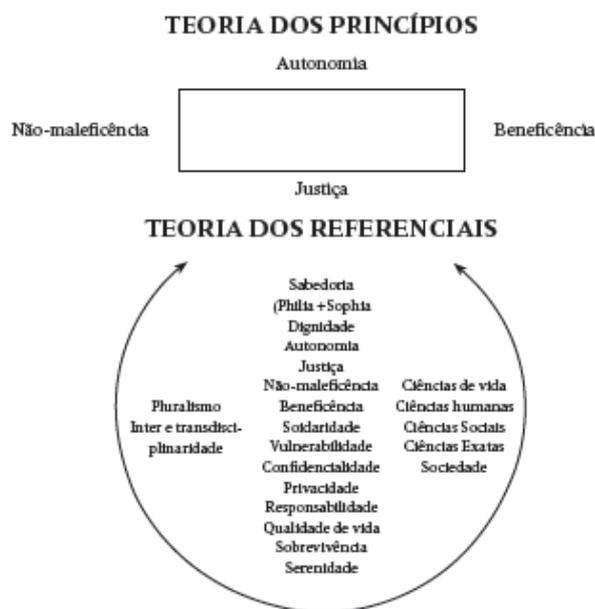
Existem alguns órgãos que podem ser doados com o coração parado e outros que podem ser doados com o coração batendo. Sendo assim, independente do critério utilizado, a família poderá ser abordada para questionar se há ou não consentimento para doação. Nesse momento, a família pode ir contra o desejo do falecido, ferindo sua autonomia. No Brasil, a lei dos transplantes (BRASIL, 1997) já fere a autonomia do falecido ao exigir o consentimento da família para doação de órgãos, diferente do que ocorre em outros países em que a vontade do falecido é soberana a manifestação da família. Vale lembrar que foi tentado o consentimento presumido no Brasil, mas não deu certo.

4.6 Referenciais bioéticos abordados

Beaucham e Childress publicaram uma obra em 1979, que deu origem à Bioética. Eles criaram a teoria dos princípios, pautada em 4 princípios básicos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (COSTA et al., 1998).

Hossne (2006) mostra que a teoria dos princípios bioéticos seria insuficiente para discutir todos os problemas, e formula a teoria dos referenciais, na qual diversos outros conceitos são abordados. A figura 3 mostra a teoria dos princípios e a dos referenciais. De acordo com o autor, os referenciais permitem uma discussão mais abrangente a respeito do problema bioético. No presente trabalho optamos por adotar a teoria dos referenciais.

Figura 3. Teoria dos princípios e dos referenciais da Bioética



Fonte: (HOSSNE, 2006)

O único referencial bioético abordado em todos os artigos citados foi a autonomia da pessoa. Os demais referenciais citados foram os da beneficência, confidencialidade, dignidade, justiça, não maleficência, privacidade, sabedoria, serenidade e solidariedade, porém com menor ênfase. A tabela 1 mostra quantas vezes cada referencial apareceu, sendo que diversos artigos abordaram mais de um referencial.

Tabela 1. Referenciais bioéticos abordados

Referencial	Quantidade
Autonomia	35
Beneficência	4
Confidencialidade	3
Dignidade	17
Justiça	1
Não maleficência	5
Privacidade	6
Sabedoria	2
Serenidade	2
Solidariedade	2

4.6.1 Beneficência e não maleficência

A beneficência significa fazer o bem e a não maleficência é não fazer o mal. Os dois referenciais não são excludentes, mas sim complementares. A beneficência é uma regra norteadora da Medicina e de outras áreas da saúde, não devendo ser confundida com a caridade (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2008). A não maleficência seria a obrigação de não causar danos (COSTA et al., 1998). Ao informarmos ao doente suas reais condições de saúde, podemos contribuir para fazer o bem, assim como não falar pode ser considerado não fazer o mal. Com base nas informações recebidas, o paciente deverá tomar sua decisão sobre continuar ou não o tratamento, por exemplo. Sendo assim, ambos os princípios podem estar conectados à autonomia. Vale lembrar que

sob o aspecto da beneficência, de forma geral, dizer a verdade contribuiria para uma tomada de decisões devidamente fundamentada no que se refere ao tratamento, à administração dos bens, às relações humanas, ao sentido da vida e possíveis crenças religiosas (COSTA et al., 1998).

A beneficência foi bastante abordada por Nelson (1994), que versou sobre o caso da gestante diagnosticada com morte encefálica. Nesse caso, foi discutida a beneficência para a criança que ainda estava sendo formada. Já a não maleficência foi a respeito de não causar dano póstumo (WALKER et al., 2014), sendo discutido se é possível causar dano ao cadáver ou se o dano seria aos parentes próximos (TOMASINI, 2009). Iserson (2005) questiona o que acontece com o corpo depois da morte, para onde ele seria levado dentro do hospital e que ele sai da cama hospitalar para uma maca, que não possui colchão e é feita de aço inoxidável, podendo chocar alguns familiares.

Quanto à abordagem do cadáver, acreditamos que é possível causar algum dano físico ao cadáver, que pode comprometer sua estética, inviabilizando o velório com urna aberta ou urna com visor. Por exemplo, em autopsias médico-legais, caso seja necessária a coleta de algum material que prejudicaria a estética do cadáver, pode ser optado por não realizar a coleta naquele momento, e caso seja necessário o estudo daquele material, o cadáver poderá ser exumado em momento oportuno. Assim seria possível realizar o rito fúnebre da nossa cultura, com velório e posterior inumação. Nestes casos, não seria possível autorizar a cremação do cadáver.

O uso de cadáveres para ensino e pesquisa pode ser visto como um ato de beneficência, tendo em vista que profissionais da área da saúde poderiam aprender diversos procedimentos, que, posteriormente, serão utilizados para cuidar da saúde de alguém. Pode também gerar a não maleficência por contribuir com a técnica e permitir que o médico ou outro profissional seja mais gabaritado para realizar aquele procedimento sem gerar dano.

4.6.2 Confidencialidade e privacidade

Segundo Costa et al. (1998) a confidencialidade é um dos princípios morais mais antigos da Medicina, porém continua sendo um tema extremamente atual. É um dos pilares da relação médico-paciente. A confidencialidade é a “garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada” (COSTA et al., 1998) e a privacidade é a “limitação do acesso às informações de uma dada pessoa” (COSTA et al., 1998), com a preservação do anonimato e dos segredos.

Novamente podemos atrelar esses dois referenciais ao da autonomia, uma vez que a pessoa deve saber suas condições de saúde para que possa tomar a melhor decisão. Essa pessoa pode solicitar que nenhuma pessoa seja informada a respeito do seu real estado de saúde, por exemplo.

No presente trabalho, a confidencialidade e privacidade foram referenciais importantes quando abordamos o uso de cadáveres, tanto em exposições de arte, quanto para o ensino e pesquisa. Em ambos os casos devemos primar pela privacidade das pessoas que resolveram, de maneira altruísta, doar seus cadáveres e pela confidencialidade de seus dados.

4.6.3 Sabedoria, serenidade e solidariedade

Hossne (2006) aponta que a sabedoria, a serenidade e a solidariedade podem ser referenciais bioéticos. A solidariedade pode ser considerada uma característica do Homem, um comportamento moral, em que há a busca do bem individual e do bem comum. É um dos princípios organizadores da sociedade (LEONE et al., 2001). A serenidade pode ser conceituada como tranquilidade. A sabedoria foi abordada quando se falou da aceitação da morte encefálica no Japão (HOSHINO, 1993). Na exposição de cadáveres foi abordada a sabedoria e a serenidade (RAIKOS et al., 2012). A solidariedade foi abordada quando se falou em doação de órgãos para transplante (RADY e VERHEIJDE, 2013).

Acreditamos que as pessoas devem ter serenidade para falar da morte com sabedoria. Além disso, devem ter solidariedade para apoiar as pessoas que estão sofrendo pela perda de uma pessoa querida. Tais referenciais também podem ser aplicados à doação de órgãos para transplante e de cadáver para ensino e pesquisa. É necessário que se tenha sabedoria, serenidade e solidariedade para que se possa doar o corpo em todo ou em partes para transplante ou ensino e pesquisa. Tal gesto é considerado altruísta.

4.6.4 Dignidade e Justiça

A justiça é considerada tanto um princípio quanto um referencial bioético. Segundo Fortes (2008), a justiça é um princípio secular e se refere às interações com as outras pessoas, pensando na coletividade. Do ponto de vista bioética, a justiça pode ser vista como uma justa distribuição de recursos em saúde, visando a equidade (FORTES, 2008). A justiça foi abordada apenas em um artigo que estudou o uso de cadáveres em ensino e pesquisa e versou sobre o uso de recém-cadáveres em ensino médico (SPERLING, 2004).

“O termo ‘dignidade’ indica um atributo universalmente comum a todos os homens, sem cujo reconhecimento não poderá haver liberdade nem, muito menos, justiça ou paz, uma característica específica nossa e que nos coloca

num grau superior em relação a todos os outros seres existentes na Terra” (LEONE et al., 2001).

O respeito à dignidade humana passou a ser discutido após a Declaração Universal dos Direitos Humanos e consta na Constituição Federal. Esse é um princípio bastante discutido na área do Direito. A dignidade pode ser encarada como o respeito ao ser humano, que não deve ser exposto em posição desigual em relação aos outros seres humanos (SILVA, 2010). Também está diretamente ligada a autonomia, pois para exercê-la é necessário que a pessoa não seja tratada de maneira desigual.

4.6.5 Autonomia

A autonomia é atualmente um dos referenciais mais discutidos, tendo sido abordado nos 35 artigos estudados. Para que possa exercer sua autonomia, a pessoa deve ser esclarecida dos fatos, e assim conseguirá tomar a melhor decisão possível. Por isso que Hossne (2006) lembra que a autonomia seria a autodeterminação. Segundo Segre e Cohen (2002) “a ideia de autonomia é conquista recente”.

No caso de doentes terminais, é importante que o médico assistente saiba até que ponto ele deve chegar em seu tratamento. Para tanto, ele deve conversar com o seu paciente. O CFM formulou resolução que versa sobre as diretivas antecipadas de vontade (DAV), que também são conhecidas como testamento vital (CFM, 2012). Lá o paciente informará quais são os procedimentos que ele quer, ou não, que sejam feitos em seu término de vida. Caso ele não tenha tempo de formular a DAV, mas encontra-se consciente, ele pode ser questionado, após o devido esclarecimento, sobre quais procedimentos quer que sejam, ou não, realizados.

Caso não exista DAV e a pessoa esteja inconsciente, deve-se verificar com o responsável legal quais seriam tais procedimentos. O ideal é que esse responsável saiba quais eram as vontades da pessoa enquanto ela estava consciente. Entretanto, é sabido que isso nem sempre acontece, principalmente quando se fala de terminalidade da vida, tendo em vista o medo que as pessoas têm de falar sobre a morte.

Se tivermos uma conversa mais aberta sobre a morte e finitude da vida, será mais fácil conhecer a vontade das pessoas e será mais fácil das pessoas se posicionarem a respeito das suas vontades no final da vida. Outro aspecto que será conhecido é o que fazer com o cadáver humano. Algumas pessoas gostariam de doar seus órgãos, vontade que deveria ser respeitada pela família. Aqui fazemos uma ressalva de que a legislação brasileira considera válida a vontade da família, podendo ferir a autonomia da pessoa. Outras pessoas gostariam de doar o cadáver para ensino e pesquisa, vontade que deveria ser respeitada. Entretanto, vale a mesma ressalva de que a vontade da família tem maior peso em relação à autonomia da pessoa.

Sendo assim, sugerimos que as pessoas falem mais a respeito da morte e expressem quais são as suas vontades, independente se elas têm ou não doença terminal, assim, caso qualquer evento inesperado aconteça, a sua vontade poderá ser respeitada. Para que a autonomia da pessoa prevaleça, sugerimos que a legislação seja revista e permita que a vontade do falecido, expressa ainda em vida, tenha maior peso do que a vontade do seu responsável legal.

5 CONCLUSÃO

Após o falecimento da pessoa, deve haver respeito ao cadáver, tendo em vista toda sua biografia. Além disso, a sua autonomia, expressa ainda em vida, deveria sempre ser respeitada, principalmente em relação aos procedimentos médicos invasivos a que poderia ter sido submetido, a destinação do seu corpo, doação de órgãos e tecidos para transplante, doação de corpo para ensino e pesquisa e utilização de gametas para fertilização assistida pós-morte (caso tenha sido feita coleta ante-morte).

Em todos os artigos analisados a questão da autonomia foi abordada. Os demais referenciais bioéticos abordados foram: beneficência, confidencialidade, dignidade, justiça, não maleficência, privacidade, sabedoria, serenidade, solidariedade.

REFERÊNCIAS

ARDAGH, Michael. May we practise endotracheal intubation on the newly dead? **J Med Ethics.** 1997;23(5):289-94. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377367/pdf/jmedeth00310-0027.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

ARIÈS Philippe. **História da morte no ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. 290p.

ARIÈS Philippe. **O homem diante da morte**. Tradução de Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora Unesp, 2014. 837p.

BARILAN, Y. Michael. Bodyworlds and the ethics of using human remains: a preliminar discussion. **Bioethics.** 2006;20(5):233-247. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2006.00500.x/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

BERGER, Jeffrey T.; ROSNER, Fred; CASSELL, Eric J. Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. **J Gen Intern Med.** 2002;17:774-778. DOI 1525-1497,10.1046/j.1525-1497.2002.11139.x. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1046%2Fj.1525-1497.2002.11139.x>>. Acesso em 17 jan. 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União, 1941 out 13. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm>. Acesso em 29 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, 2002 jan 11. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 09 fev. 2016.

BRASIL. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1973 dez 31. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm>. Acesso em 04 fev. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992. Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científicas e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1992 dez 01. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8501.htm>. Acesso em 27 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1997 fev 05. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm>. Acesso em 14 jan. 2017.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1501p.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo – Patologia geral**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 463p.

CAMPBELL, Courtney S. Religion and the body in medical research. **Kennedy Inst Ethics J**. 1998;8(3)275-305. Disponível em <<https://muse.jhu.edu/article/18594>>. Acesso em 17 jan. 2017.

CHRISTENSEN, Angi M. Moral considerations in body donation for scientific research: a unique look at the University of Tennessee's anthropological research facility. **Bioethics**. 2006;20(3):136-145. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2006.00487.x/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF) 05 dez. 2005. Seção 1, p.121. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm>. Acesso em 04 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília (DF) 21 ago. 1997. Seção 1, p.18.227-8. Disponível em

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em 25 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília (DF) 24 set. 2009. Seção I, p.90-92. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em 09 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília (DF) 31 ago. 2012. Seção I, p.269-270. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>>. Acesso em 14 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.121, de 16 de julho de 2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília (DF) 24 set. 2015. Seção I, p.117. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2121>>. Acesso em 14 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.132, de 12 de novembro de 2015. Altera o artigo 23 da Resolução CFM nº 2.110/2014, publicada no D.O.U. de 19 de novembro de 2014, Seção I, p. 199. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2015. Seção I, p.67. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2132_2015.pdf>. Acesso em 26 abr. 2016.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302p.

COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. **Robbins Patologia Estrutural e Funcional**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.1252p.

CROCE, Delton; CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de Medicina Legal**. 5ª edição. São Paulo: Editora Saraiva; 2004. 839p.

DEGRAZIA, David. The Definition of Death. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Fall 2011 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponível em <<http://plato.stanford.edu/entries/death-definition/>>. Acesso em 24 jul. 2016.

DI DIO, Liberato J. A. **Tratado de Anatomia Aplicada**. Volume 1. São Paulo: Editora Póluss, 1998. 287p.

DOWNIE, R. S. Research on dead infants. **Theor Med Bioeth**. 2003;24(2):161-75. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1024698929766>>. Acesso em 17 jan. 2017.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de “Envelhecer e morrer”**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 107p.

ELIZONDO-OMANA, Rodrigo E.; GUZMÁN-LÓPEZ, Santos; GARCÍA-RODRÍGUEZ, Maria de Los Angeles. Dissection as a teaching tool: past, presente, and future. **Anat Rec B New Anat**. 2005;285(1):11-15. DOI 10.1002/ar.b.20070. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ar.b.20070/epdf>>. Acesso em 16 nov. 2016.

FÁVERO, Flamínio. **Medicina Legal**. 12ª edição. Belo Horizonte: Villa Rica, 1991. 1150p.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**. 2008;16(1):25-39. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/53/56>. Acesso em 12 fev. 2017.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina Legal**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 580p.

GIMENEZ, Sonia Maria Nobre; TATSUI, Carla Brito. **Morte: implicações ambientais e culturais**. Londrina: Eduel, 2013. 78p.

GLANNON, Walter. The case against conscription of cadaveric organs for transplantation. **Camb Q Healthc Ethics**. 2008;17(3):330-336. DOI 10.1017/S0963180108080407. Disponível em

<<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/div-classtitlethe-case-against-conscription-of-cadaveric-organs-for-transplantationdiv/048C16A26442E9ECFF0767BFDDAD592E>>. Acesso em 16 nov. 2016.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Análise bioética do uso de recém-cadáveres na aprendizagem prática em medicina. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2010;56(1):11-16. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/08.pdf>>. Acesso em 31 out. 2016.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 33ª edição. Rio de Janeiro: Bastos Editora; 2004. 563p.

GOTTENGER, E. E.; NAGLER, H. M. The quagmire of postmortem sperm acquisition. **J Androl.** 1999;20(4):458-462. DOI 10.1002/j.1939-4640.1999.tb02543.x. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1939-4640.1999.tb02543.x/epdf>>. Acesso em 16 nov. 2016.

HAMMAMI, Muhammad M.; ABDULHAMEED, Hunaida M.; CONCEPCION, Kristine A.; EISSA, Abdullah; HAMMAMI, Sumaya; AMER, Hala; AHMED, Abdelraheem; AL-GAAI, Eman. Consenting options for posthumous organ donation: presumed consent and incentives are not favored. **BMC Med Ethics.** 2012;13:32. DOI 10.1186/1472-6939-13-32. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519501/pdf/1472-6939-13-32.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

HÉRCULES, Hygino de Carvalho. **Medicina Legal – Texto e Atlas**. 1ª edição. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. 714p.

HOSHINO, Kazumasa. Legal status of brain death in Japan: why many Japanese do not accept “brain death” as a definition of death. **Bioethics.** 1993;7(2-3):234-238. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.1993.tb00289.x/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

HOSSNE, William Saad. Bioética – princípios ou referenciais? **O Mundo da Saúde São Paulo.** 2006;30(4):673-676. Disponível em <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/41/20_bioetica_principio.pdf>. Acesso em 18 jan. 2017.

ISERSON, Kenneth V. Postmortem procedures in the emergency department: using the recently dead to practise and teach. **J Med Ethics**. 1993;19(2):92-98. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376195/pdf/jmedeth00287-0030.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

ISERSON, Kenneth V. Teaching without harming the living: performing minimally invasive procedures on the newly dead. **J Health Care Law Policy**. 2005;8(2):216-231. Disponível em <<http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1101&context=jhclp>>. Acesso em 17 jan. 2017.

KERR, Susan M.; CAPLAN, Arthur; POLIN, Glenn; SMUGAR, Steve; O'NEILL, Kathryn; UROWITZ, Sara. Postmortem sperm procurement. **J Urol**. 1997;157(6):2154-8. Disponível em <[http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(01\)64700-1/pdf](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(01)64700-1/pdf)>. Acesso em 17 jan. 2017.

KERRIDGE, I. H.; SAUL, P.; LOWE, M.; MCPHEE, J.; WILLIAMS, D. Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death. **J Med Ethics**. 2002;28(2):89-94. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733560/pdf/v028p00089.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

KLEINMAN, Irwin; LOWY, Frederick H. Cadaveric organ donation: ethical considerations for a new approach. **CMAJ**. 1989;141(2):107-110. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1269332/pdf/cmaj00195-0021.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.** 2014;22(1):94-104. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a11v22n1.pdf>>. Acesso em 04 ago. 2016.

LANDAU, R. Posthumous sperm retrieval for the purpose of later insemination or IVF in Israel: an ethical and psychosocial critique. **Hum Reprod**. 2004;19(9):1952-1956. DOI 10.1093/humrep/deh360. Disponível em <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/19/9/1952>>. Acesso em 16 nov. 2016.

LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Aparecida: Editora Santuário; 2001. 1162p.

LUPER, Steven. **A filosofia da morte**. Tradução de Cecília Bonamine. São Paulo: Madras; 2010. 272p.

MACDONALD, Helen. Crossing the Rubicon: Death in 'The Year of the Transplant'. **Med Hist.** 2017;61(1):107-127. DOI 10.1017/mdh.2016.103. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5206940/pdf/S0025727316001034a.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

MARQUES FILHO, José. É eticamente aceitável o uso de recém-cadáveres no ensino de procedimentos médicos? **Rev. Col. Bras. Cir.** 2012;39(1):74-76. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n1/a14v39n1.pdf>>. Acesso em 31 out. 2016.

MIAH, A. The public autopsy: somewhere between art, education, and entertainment. **J Med Ethics.** 2004;30(6):576-579. DOI 10.1136/jme.2003.003079. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733967/pdf/v030p00576.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Nacional da Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 41p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do ministério. Portaria nº 1.405 de 29 de junho de 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405_29_06_2006.html>. Acesso em 06 fev. 2017.

MURAMOTO, Osamu. Informed consent for the diagnosis of brain death: a conceptual argument. **Philos Ethics Humanit Med.** 2016;11(1):8. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5062821/pdf/13010_2016_Article_42.pdf>. Acesso em 11 jan. 2017.

MURPHY, Timothy F. Sperm harvesting and post-mortem fatherhood. **Bioethics.** 1995;9(5):380-398. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.1995.tb00313.x/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

NELSON, Hilde Lindemann. The architect and the bee: some reflections on post-mortem pregnancy. **Bioethics**. 1994;8(3):247-267. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.1994.tb00257.x/epdf>>.

Acesso em 17 jan. 2017.

OMAN, Kathleen S.; ARMSTRONG, John David; STONER, Martha. Perspectives on practicing procedures on the newly dead. **Acad Emerg Med**. 2002;9(8):786-790. DOI 10.1197/aemj.9.8.786. Disponível em

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.9.8.786/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.** 2014;22(3):550-60. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2016.

PARIS, John J. Harvesting organs from cadavers: an ethical challenge. **America (NY)**. 2002;186(14):9-12. Disponível em

<<http://www.americamagazine.org/issue/370/article/harvesting-organs-cadavers-ethical-challenge>>. Acesso em 16 nov. 2016.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. 8ª edição revista e ampliada. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola; 2008. 776p.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus; 2006. 70p.

POLLOCK, Stewart G. Life and death decisions: who makes them and by what standards? **Rutgers Law Rev.** 1989;41(2):505-540. Disponível em

<<http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/rutlr41&div=17&id=&page=>>>. Acesso em 16 nov. 2016.

RADY, Mohamed Y.; VERHEIJDE, Joseph L. Brain-Dead Patients are not Cadavers: The Need to Revise the Definition of Death in Muslim Communities. **HED Forum**. 2013;25(1):25-45. DOI 10.1007/s10730-012-9196-7. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574564/pdf/10730_2012_Article_9196.pdf>. Acesso em 11 jan. 2017.

RAIKOS, Athanasios; PARASKEVAS, George K.; TZIKA, Maria; KORDALI, Panagiota; TSAFKA-TSOTSKOU, Fani; NATSIS, Konstantinos. Human body exhibitions: public opinion of young individuals and contemporary bioethics. **Surg. Radiol. Anat.** 2012;34(5):433-440. DOI 10.1007/s00276-011-0925-4. Disponível em <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00276-011-0925-4>>. Acesso em 16 nov. 2016.

ROBERTS, Laura Weiss; NOTLE, Kurt B.; WARNER, Teddy D.; MCCARTY, Teresita; ROSENBAUM, Lizabeth Stolz; ZUNWALT, Ross. Perceptions of the ethical acceptability of using medical examiner autopsies for research and education. **Arch Pathol Lab Med.** 2000;124(10):1485-1495. Disponível em <<http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/0003-9985%282000%29124%3C1485%3APOTEO%3E2.0.CO%3B2>>. Acesso em 21 jan. 2017.

RODRIGUES FILHO, Edilson Moraes; JUNGES, José Roque. Morte encefálica: uma discussão encerrada? **Rev. Bioét.** 2015;23(3):485-94. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0485.pdf>>. Acesso em 04 ago. 2016.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; STYCHNICKI, Adriano Seikiti; BOCCALON, Bernardo; CEZAR, Guilherme da Silva. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos.** 2013;7(3):271-81. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>>. Acesso em 22 fev. 2015.

ROTHMAN, Cappy Miles. Live sperm, dead bodies. **J Androl.** 1999;20(4):456-457. DOI 10.1002/j.1939-4640.1999.tb02542.x. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.1939-4640.1999.tb02542.x/epdf>>. Acesso em 16 nov. 2016.

SEGRE, Marcos; COHEN, Claudio (Org.). **Bioética.** 3ª edição revista e ampliada. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2002. 218p.

SETTA, Susan M.; SHEMIE, Sam D. An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death. **Philos Ethics Humanit Med**. 2015;10:6. DOI 10.1186/s13010-015-0025-x. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396881/pdf/13010_2015_Article_25.pdf>. Acesso em 17 jan. 2017.

SILVA, Henrique Batista. O princípio da dignidade humana na Constituição brasileira. **Revista Bioética**. 2010;18(3):573-587. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/586/592>. Acesso em 12 fev. 2017.

SPARROW, R. Right of the living dead? Consent to experimental surgery in the event of cortical death. **J Med Ethics**. 2006;32(10):601-605. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563321/pdf/601.pdf>>. Acesso em 11 jan. 2017.

SPERLING, Daniel. Breaking through the silence: illegality of performing resuscitation procedures on the “newly-dead”. **Ann Health Law**. 2004;13(2):393-426. Disponível em <<http://lawcommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1211&context=annals>>. Acesso em 16 nov. 2016.

SPITAL, Aaron; TAYLOR, James S. In defense of routine recovery of cadaveric organs: a response to Walter Glannon. **Camb Q Healthc Ethics**. 2008;17(3):337-343. DOI 10.1017/S0963180108080419. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/div-classtitlein-defense-of-routine-recovery-of-cadaveric-organs-a-response-to-walter-glannondiv/A8F5F6B908DBC6C7701BAA6A7EBC23EA>>. Acesso em 16 nov. 2016.

TOMASINI, Floris. Is post-mortem harm possible? Understanding death harm and grief. **Bioethics**. 2009;23(8):441-449. DOI 10.1111/j.1467-8519.2008.00665.x. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2008.00665.x/epdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

WALKER, Rebecca L.; JUENGST, Eric T.; WHIPPLE, Warren; DAVIS, Arlene M. Genomic research with the newly dead: a crossroads for ethics and policy. **J Law Med**

Ethics. 2014;42(2):220-231. DOI: 10.1111/slme.12137. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/jlme.12137>>. Acesso em 17 jan. 1027.

WILKINSON, T. M. Consent and the use of the bodies of dead. **J. Med. Philos.** 2012;37(5):445-463. DOI 10.1093/jmp/jhs041. Disponível em <<http://jmp.oxfordjournals.org/content/37/5/445.long>>. Acesso em 16 nov. 2016.

APÊNDICE A – Lista de artigos incluídos no presente estudo

Quadro 1 – Artigos incluídos no presente estudo

Nº	Autor	Título	Ano	Categoria	Referenciais
1	Pollock	Life and death decisions: who makes them and by what standards?	1989	Processo de morte	Autonomia
2	Kleinman e Lowy	Cadaveric organ donation: ethical considerations for a new approach.	1989	Doação de órgãos e tecidos	Autonomia / dignidade
3	Hoshino	Legal status of brain death in Japan: why many Japanese do not accept "brain death" as a definition of death	1993	Processo de morte	Autonomia / dignidade / sabedoria
4	Iserson	Postmortem procedures in the emergency department: using the recently dead to practise and teach.	1993	Ensino e pesquisa	Autonomia
5	Nelson	The architect and the bee: some reflections on postmortem pregnancy	1994	Paternidade / maternidade	Autonomia / beneficência / não-maleficência
6	Murphy	Sperm harvesting and post-mortem fatherhood	1995	Paternidade / maternidade	Autonomia
7	Ardagh	May we practise endotracheal intubation on the newly dead?	1997	Ensino e pesquisa	Autonomia
8	Kerr et al.	Postmortem sperm procurement	1997	Paternidade / maternidade	Autonomia
9	Roberts et al.	Perceptions of the ethical acceptability of using medical examiner autopsies for research and education: a survey of forensic pathologists	2000	Ensino e pesquisa	Autonomia / confidencialidade / privacidade
10	Berger et al.	Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients	2002	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade
11	Oman et al.	Perspectives on practicing procedures on the newly dead	2002	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade
12	Paris	Harvesting organs from cadavers: an ethical challenge.	2002	Doação de órgãos e tecidos	Autonomia
13	Kerridge et al.	Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death	2002	Processo de morte	Autonomia
14	Downie	Research on dead infants	2003	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade / privacidade
15	Sperling	Breaking through the silence: illegality of performing resuscitation procedures on the "newly-dead".	2004	Ensino e pesquisa	Autonomia / beneficência / não-maleficência / justiça
16	Landau	Posthumous sperm retrieval for the purpose of later insemination or IVF in Israel: an ethical and psychosocial critique	2004	Paternidade / maternidade	Autonomia
17	Miah	The public autopsy: somewhere between art, education, and entertainment	2004	Exposição de artes	Autonomia / dignidade / privacidade
18	Iserson	Teaching without harming the living: performing minimally invasive procedures on the newly dead	2005	Ensino e pesquisa	Autonomia / beneficência / dignidade

19	Elizondo-Omaña et al.	Dissection as a teaching tool: past, present, and future	2005	Ensino e pesquisa	Autonomia
20	Barilan	Bodyworlds and the ethics of using human remains: a preliminary discussion	2006	Exposição de artes	Autonomia / dignidade / privacidade
21	Christensen	Moral considerations in body donation for scientific research: a unique look at the University of Tennessee's anthropological research facility	2006	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade / solidariedade
22	Sparrow	Right of the living dead? Consent to experimental surgery in the event of cortical death	2006	Ensino e pesquisa	Autonomia
23	Spital e Taylor	In defense of routine recovery of cadaveric organs: a response to Walter Glannon	2008	Doação de órgãos e tecidos	Autonomia
24	Glannon	The case against conscription of cadaveric organs for transplantation	2008	Doação de órgãos e tecidos	Autonomia
25	Tomasini	Is post-mortem harm possible? Understanding death harm and grief	2009	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade / não-maleficência
26	Gomes et al.	Bioethical analysis of the use of newly dead patients in medical learning	2010	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade
27	Raikos et al.	Human body exhibitions: public opinion of young individuals and contemporary bioethics	2012	Exposição de artes	Autonomia / dignidade / sabedoria / serenidade
28	Wilkinson	Consent and the use of the bodies of the dead	2012	Ensino e pesquisa	Autonomia
29	Marques Filho	Is the use of newly deceased ethically acceptable for teaching medical procedures?	2012	Ensino e pesquisa	Autonomia / dignidade
30	Hammami et al.	Consenting options for posthumous organ donation: presumed consent and incentives are not favored	2012	Doação de órgãos e tecidos	Autonomia
31	Rady e Verheijde	Brain-Dead Patients are not Cadavers: The Need to Revise the Definition of Death in Muslim Communities	2013	Processo de morte	Autonomia / beneficência / dignidade / não-maleficência / solidariedade
32	Walker et al.	Genomic research with the newly dead: a crossroads for ethics and policy	2014	Ensino e pesquisa	Autonomia / confidencialidade / dignidade / não-maleficência / privacidade
33	Setta e Shemie	An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death	2015	Processo de morte	Autonomia / dignidade
34	Muramoto	Informed consent for the diagnosis of brain death: a conceptual argument	2016	Processo de morte	Autonomia / dignidade / serenidade
35	MacDonald	Crossing the Rubicon: Death in 'The Year of the Transplant'	2017	Processo de morte	Autonomia / confidencialidade / privacidade