

Morte encefálica: uma discussão encerrada?

Edison Moraes Rodrigues Filho¹, José Roque Junges²

Resumo

O presente artigo faz revisão narrativa dos principais autores que estabelecem objeções à utilização do conceito de morte encefálica como sinônimo de morte, com foco em suas inconsistências biológicas e filosóficas. Propõe a discussão do tema recorrendo aos conceitos epistemológicos de Popper e Kuhn. Utiliza os conceitos de biopoder e biopolítica como ferramentas de análise da morte encefálica, especialmente no que concerne a sua inevitável intersecção com a doação e transplantes de órgãos.

Palavras-chave: Morte encefálica. Bioética. Transplante.

Resumen

Muerte cerebral: ¿una discusión cerrada?

Este artículo es una revisión narrativa de los principales autores que establecen excepciones a la utilización del concepto de muerte cerebral como sinónimo de muerte, centrándose en sus inconsistencias biológicas y filosóficas. Se propone la discusión del tema usando los conceptos epistemológicos de Popper y Kuhn. Utiliza los conceptos de biopoder y de biopolítica como herramientas en el análisis de la muerte cerebral, especialmente en relación con la intersección inevitable con los trasplantes de donación de órganos.

Palabras-clave: Muerte encefálica. Bioética. Transplante.

Abstract

Brain death: a finished discussion?

This article is a narrative review of the main authors who establish objections to the use of the concept of brain death as a synonym for death. It focuses on their biological and philosophical inconsistencies of the concept and proposes the discussion of the topic using the epistemological concepts of Popper and Kuhn. The article adopts the concepts of biopower and biopolitics as tools in the analysis of brain death, especially in relation to the inevitable intersection with organ donation and transplants.

Keywords: Brain death. Bioethics. Transplantation.

1. **Doutorando** vitangel@terra.com.br 2. **Doutor** roquejunges@hotmail.com – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo/RS, Brasil.

Correspondência

Edison Moraes Rodrigues Filho – Rua da Gávea, 64/casa 3, Ipanema CEP 91760040. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

No passado, a morte era reconhecida exclusivamente por critérios cardiorrespiratórios. Os avanços tecnocientíficos do século XX, como o advento da ventilação mecânica e da medicina intensiva, tornaram possível a sustentação das funções cardiorrespiratórias em vítimas de danos neurológicos graves e irreversíveis. Paralelamente, o desenvolvimento dos transplantes de órgãos também influenciou direta e indiretamente a discussão sobre o destino desses doentes, levando à criação dos critérios neurológicos de morte. No Brasil, o diagnóstico de morte encefálica é confirmado por dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a Resolução 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM) ¹.

A maioria dos defensores da morte encefálica como sinônimo de morte do organismo compartilha o mesmo paradigma: de que o conceito “morte encefálica” se refere a um fenômeno biológico irreversível, que redundaria na interrupção definitiva da vida do organismo ². Essa premissa fornece respaldo moral à retirada de órgãos de pessoas consideradas mortas, o que é conhecido como regra do doador morto ². Também faz parte dessa visão a ideia de que a morte consiste na interrupção permanente do funcionamento integrado de um organismo e que a morte encefálica constitui critério suficiente para determinar quando essa interrupção ocorre.

A principal razão para essa crença advém do fato de o cérebro ser considerado insubstituível, como também o integrador maior de todo o organismo ². Outro argumento é que, em última instância, toda morte é cerebral, ocasionando a cessação irreversível das funções cardiorrespiratórias ³. Porém, apesar de amplamente utilizado e estabelecido em diversos países como critério de morte do organismo, tanto para efeito de suspensão do suporte vital quanto para doação de órgãos, o diagnóstico de morte encefálica ainda persiste como objeto de controvérsias acerca de sua aceitação como sinônimo de morte do organismo ⁴.

Tais divergências manifestam-se nos diferentes critérios que se utilizam em todo o mundo para definir morte encefálica. Baseados em princípios filosóficos diversos, esses parâmetros estipulam intervalos variáveis entre exames clínicos, competências diversas dos profissionais encarregados da realização desses exames e a necessidade ou não da execução de procedimentos complementares ⁵. Ainda é frequente certo mal-estar entre os profissionais envolvidos, especialmente médicos intensivistas, no momento da suspensão do suporte vital ou do preenchimento do atestado de óbito ^{6,7}.

Em que pese o fato de esse mal-estar ser em geral atribuído ao desconhecimento do método ⁸, as dúvidas filosóficas e biológicas persistem, e não devem ser subestimadas, uma vez que podem, mesmo que intuitivamente, responder por esse desconforto. Nesta revisão, discutiremos o conceito de morte, especialmente de morte encefálica, as inconsistências biológicas e epistemológicas dessa classificação, além da “necessidade” desse diagnóstico como forma de disponibilizar órgãos para fins de doação e transplantes.

O que é a morte?

Toda definição de morte deveria apreender o sentido comum da palavra, utilizada por qualquer pessoa, não sendo primariamente um termo médico ou legal ⁹. Porém, aqui nos prenderemos ao paradigma biológico, cuja definição é a perda permanente das funções críticas do *organismo em seu todo* ¹⁰. Organismo em seu todo é um antigo conceito de biologia teórica ¹¹ que diz respeito à unidade de um organismo e à sua integridade funcional, e não simplesmente à soma de suas partes – conceito esse que traz em seu bojo a noção de funções críticas ¹².

Funções críticas são aquelas sem as quais o organismo não pode funcionar em seu todo, a saber, o controle da respiração e da circulação, a regulação homeostática, neuroendócrina e a consciência. A morte, portanto, significaria a perda irreversível de todas essas funções ¹³.

O conceito vigente de morte implica a perda irreversível da função cardiorrespiratória ou do cérebro (cérebro “em seu todo” ou tronco cerebral, conforme o país em questão) como condição para atingir a perda de todas essas funções críticas ¹⁰. É interessante salientar que a perda irreversível da função cardiorrespiratória tem de ser natural, uma vez que é possível mantê-la artificialmente – o que não raro acontece na prática – por períodos de tempo variáveis ⁹.

Outro aspecto fundamental, mas de difícil resposta, é se a morte constitui um evento ou um processo. O Comitê da Harvard Medical School influuiu decisivamente nessa questão, quando, em 1968, optou por defini-la como evento ¹⁴. Não é surpreendente que depois dessa decisão, diversas legislações e diretrizes médicas tenham adotado a mesma classificação ¹⁵.

Um dos problemas que podem afligir os profissionais envolvidos em tais situações é que a morte como evento parece ferir o senso comum.

Isso também se reflete na literatura, tendo em vista a extensa retomada da discussão da morte como processo¹⁶⁻¹⁹. De maneira extremamente ampla, pode-se dizer que a morte inicia-se no nascimento. De maneira mais prática, contudo, seria possível considerar que, mesmo quando extremamente breve, esse processo ainda ocupa um lapso temporal, não pontual, na visão linear do tempo.

Inconsistências do diagnóstico biológico de morte encefálica

Há várias formas pelas quais as funções dos diferentes órgãos e subsistemas do organismo podem ser integradas, a fim de manter a homeostase e resistir à entropia. A integração pode ocorrer a partir de um integrador central, um órgão que recebe sinais de vários outros órgãos e subsistemas, processa-os e, então, retorna esses sinais aos subsistemas, coordenando as funções das diversas partes do organismo². Os defensores da morte encefálica argumentam que o único integrador central possível é o cérebro, pois é insubstituível na execução dessas funções regulatórias¹⁰.

Outra forma possível de integrar as funções dos vários órgãos é mediante a interação descentralizada, na qual essas partes atingem a coordenação pela capacidade de sentir, receber e processar sinais entre si². Shewmon²⁰ argumenta que essa forma de integração e funcionamento descentralizado pode ocorrer entre as partes de um organismo sem nenhuma participação do cérebro. O autor cita numerosos casos envolvendo secção cervical alta, isolamento do cérebro pela síndrome de Guillain-Barré, ou mesmo cérebros mortos com respiração induzida artificialmente, nos quais se verificou alto grau de integração funcional na ausência de regulação pelo cérebro ou por qualquer outro integrador central.

Shewmon²⁰ completa seus exemplos mencionando que organismos com cérebro morto apresentam as mesmas funções de doentes inquestionavelmente vivos internados em unidades de terapia intensiva (UTI), conseguindo manter essas funções com pouco suporte externo. Também é digno de nota que estudo realizado mediante observações histopatológicas sugeriu que, mesmo quando as diretrizes clínicas de morte encefálica foram adequadamente aplicadas, mais de 60% dos doadores não apresentavam ou somente possuíam mínimas alterações estruturais do tronco cerebral nas autópsias²¹.

O risco de uma declaração incorreta de morte encefálica aumenta quanto maior é a pressão por “ganhar” tempo na retirada de órgãos potencialmente viáveis para doação. Nesse cenário, não surpreende que defensores dos transplantes venham preconizando a não realização de testes confirmatórios, a fim de evitar a demora²². Mais preocupante é o que revelou um estudo enfocando 142 doadores pediátricos com coração batendo, nos quais, após terem passado por 294 exames neurológicos, se verificou que somente em 1 deles a documentação de todos os componentes do exame estava completa, apenas 26% tinham o teste de apneia adequadamente realizado, só 15% tinham os dois exames clínicos com intervalo de tempo apropriado entre si e apenas 58% haviam sido submetidos à angiografia confirmatória²³. Resultados similares também foram descritos em estudo com doadores adultos²⁴. Não foram identificados dados publicados que demonstrem tais inconsistências no Brasil.

A questão básica é que o diagnóstico de morte encefálica na verdade pode ser apenas um prognóstico de irreversibilidade arbitrariamente situado em um período que antecede a morte biológica e que se estende em um espectro que oscila desde a simples realização de um exame clínico compatível com morte encefálica, como na Finlândia, até a realização de três exames clínicos em um período de 24 horas, acompanhados de exame complementar, como na Grécia^{5,25}. Portanto, para caracterizar a mesma situação, essa escala corresponde desde a simples aceitação da morte do tronco cerebral como diagnóstico de morte encefálica e, por consequência, de morte do organismo até a exigência da morte do cérebro em seu todo⁵.

Morte do cérebro em seu todo como critério de morte encefálica

A visão da morte do cérebro em seu todo preconiza que a perda da atividade integradora desse órgão sobre os demais subsistemas levará inexoravelmente ao colapso cardiorrespiratório, visto que essa perda estabelece um estado progressivo de entropia e desintegração orgânica. No entanto, diversas outras funções resultantes de atividades integradas entre subsistemas do organismo não dependentes do controle cerebral persistem por tempo indeterminado, de acordo com o tipo de insulto neurológico e do grau de suporte crítico oferecido. Vale a pena mencionar as funções que subsistem a despeito do diagnóstico de morte encefálica: circulação, equilíbrio hormonal, controle da

temperatura, digestão e metabolismo, eliminação de resíduos, cicatrização profunda, combate a infecções, crescimento e maturação sexual em crianças e adolescentes²⁶, e até mesmo a capacidade de levar uma gestação a termo, em vítimas de eventos encefálicos catastróficos²⁷.

Um paradoxo fundamental da definição de morte por critérios encefálicos, identificado por Joffe²⁸, consiste em dizer que a parada das funções cerebrais é o evento final das três formas de morte (cardíaca, respiratória e cerebral propriamente dita) e, ao mesmo tempo, afirmar que a morte encefálica leva à morte por perda de integração, com consequente parada respiratória e colapso circulatório, porque, se a morte encefálica leva à morte, então não se trata da morte do organismo propriamente dita.

Shemie²⁹, por exemplo, contrapõe a argumentação dos críticos da morte encefálica, afirmando que esses desejariam a existência de uma linha divisória inequívoca de morte, o que, nos termos exigidos, só poderia ocorrer, segundo o autor, com a morte de todas as células. Porém, aparentemente, o desejado pelos críticos do conceito de morte encefálica constitui uma linha divisória inequívoca de morte do organismo mediante a perda irreversível da capacidade integrativa, condição que hoje só continua possível de ser realmente definida pela parada circulatória²⁸.

Morte do tronco cerebral como morte encefálica

Joffe³⁰ discute o critério de morte do tronco cerebral como critério suficiente de morte encefálica, caracterizado pela perda irreversível da capacidade de consciência associada à perda também irreversível da capacidade de respirar. Tal critério revela-se problemático, pois é inquietante que a consciência possa estar preservada, porém inacessível em função da etiologia do dano neurológico. Além disso, segundo o autor, nem sempre se deixa claro que a perda da capacidade de respirar deva ser espontânea.

Critério ontológico de morte encefálica

Segundo Joffe³⁰, o critério ontológico de morte tampouco é isento de problemas, ao pretender diagnosticar a morte pela perda das características que nos tornam humanos, sendo também conhecido como morte neocortical. Para o autor, não se dispõe de nenhum método confiável que avalie a ausência dessas características, além de ser impossível determinar o potencial de reversibilidade de casos como esses.

Objetivamente, esse parâmetro exige somente a perda irreversível da consciência. No entanto, aceitar tal condição acarretaria inúmeros problemas teóricos e práticos, entre os quais admitir que o indivíduo poderia ser declarado morto antes mesmo de seu organismo estar morto, situação que implicaria autorizar o enterro, a cremação ou a realização de autópsias em doentes em estado vegetativo permanente, a despeito de estarem respirando, apresentando movimentos ou mesmo abertura ocular espontânea³¹.

Doadores com coração parado

A possibilidade de recorrer a doadores com coração parado e à morte assistida traz dimensões ainda mais discutíveis do ponto de vista ético, já que busca interferir diretamente no processo de morte, antecipando o evento final com vistas à retirada de órgãos potencialmente viáveis para doação. A questão da retirada de órgãos após a morte do organismo nesses casos é “resolvida” pelo estabelecimento de um critério temporal arbitrário de ausência de autorressuscitação após a parada cardiorrespiratória assistida²⁸.

Tal período, segundo Joffe²⁸, pode variar de 2 minutos, como em Pittsburgh, nos Estados Unidos, a mais de 20 minutos, na Suécia. Para o autor, essa morte vinculada à doação de órgãos, manipulada temporalmente, também fere o critério de irreversibilidade, que deve ser entendido como impossibilidade de reversão, e não como decisão prévia de não tentar a reversão de uma parada cardiorrespiratória. Bernat^{10,32} sugere reservar o termo *irreversível* para a impossibilidade de reversão, característica da morte encefálica, e *permanente* para as situações em que a reversão não será tentada, condição na qual se “encaixaria” a doação com coração parado.

É importante salientar que a reintrodução do conceito de doador com coração parado resulta da redução progressiva dos doadores em morte encefálica em alguns países, consequente à exigência de utilização de capacetes por ciclistas e motociclistas e à melhoria nos cuidados das vítimas de traumatismo cranioencefálico grave³³.

A morte encefálica é um dogma?

É possível buscar na filosofia da ciência algumas considerações epistemológicas para embasar

essa discussão. Inicialmente, caberá destacar a contribuição original de Karl Popper³⁴ na abordagem dos problemas da indução de Hume e da demarcação de Kant. Na confluência dessas duas análises, Popper concluiu que a indução não seria um método científico confiável no campo das ciências naturais, uma vez que a ocorrência reiterada de eventos no passado não é garantia de sua repetição futura.

Quanto ao problema da demarcação entre ciência e pseudociência, a contribuição de Popper³⁴ foi entender que o conhecimento, para ser considerado ciência, jamais pode ser permanentemente validado, devendo sempre estar aberto à potencial refutação. Para o filósofo austro-britânico, quando a refutação (ou falseabilidade) não ocorre, as teorias não seriam consideradas definitivamente verdadeiras, mas apenas temporariamente corroboradas. Em sua visão, um conhecimento que não está aberto a um teste de hipóteses não pode ser concebido como científico.

Embora seja difícil imaginar até que ponto a teoria da morte encefálica como morte do organismo pode ser submetida ao teste de hipóteses, o fato de não poder ser amplamente discutida traz um questionamento quanto ao seu *status* científico, considerando a visão de Popper do que é e do que não é científico³⁴.

Posteriormente, Thomas Kuhn³⁵ também contribuiu decisiva e originalmente para a filosofia da ciência, ao acrescentar generosa dose de irracionalidade ao procedimento científico. Segundo o autor, determinado conhecimento frequentemente assume características de dogma (paradigma), denominado ciência normal. Trata-se de uma fase da ciência em que não são geradas novas hipóteses capazes de refutar as teorias dominantes, de modo que os cientistas trabalham em linhas de pesquisa preestabelecidas, nas quais não raro são iniciados por outros pesquisadores. É preocupante que o atual estatuto adquirido pela morte encefálica, como sinônimo de morte do organismo, tenha se tornado dogma em nosso meio.

Outra forma de aceitação da morte encefálica como sinônimo de morte do organismo dá-se por má-fé. O significado de “má-fé” aqui se reporta à forma originalmente descrita por Jean-Paul Sartre no célebre capítulo 2 de “O ser e o nada”³⁶. No contexto deste trabalho, a má-fé consiste no mascaramento de uma verdade desagradável³⁷, entendida em nosso meio como o encerramento precoce da discussão a respeito da morte encefálica tomada como sinônimo de incontestabilidade. Se, por um lado, promove a doação e o transplante

de órgãos, por outro, cerceia o debate científico continuado.

O paradoxo da má-fé, que a torna diferente da mentira, está no fato de o enganador e o enganado serem a mesma pessoa, já que se trata de uma mentira que se conta para si próprio. O verdadeiro problema, segundo Sartre³⁶, vem de que a má-fé também é um dogma³⁷.

Biopoder, biopolítica, morte encefálica e doação de órgãos

A “necessidade” de reificar esse dogma, ocultando as dúvidas não resolvidas, decorrentes da utilização do conceito de morte encefálica como sinônimo de morte do organismo, atua em paralelo com a promoção da doação e do transplante de órgãos. Essa necessidade pode ser abordada mediante o auxílio do arcabouço teórico dos conceitos de biopoder e biopolítica.

Tais conceitos foram cunhados originalmente por Michel Foucault³⁸, no primeiro volume da “História da sexualidade”. A ideia de biopoder veio se juntar às reflexões desse autor sobre as práticas disciplinares como técnicas de exercício de poder, particularmente a partir dos séculos XVIII e XIX. Foucault chamou de “biopoder” a gestão da vida em seu todo por meio das técnicas de poder sobre a dimensão biológica, e de “biopolítica” a ação do homem sobre a vida natural e os mecanismos do biopoder destinados a controlá-la.

No início desse período, o poder exercido pela medicina sobre a vida humana não se restringiu à adoção de várias medidas específicas, como a criação de regras para o controle da natalidade, contenção de doenças e endemias, construção de hospitais e alocação dos “doentes mentais” em “asilos para loucos”, mas estendeu-se à sexualidade de modo geral. Posteriormente, o biopoder passou a penetrar o próprio corpo dos sujeitos e seus diversos modos de vida³⁸. O corpo sujeitou-se aos ditames do biopoder e da biopolítica, com a interligação da ideia de vida à ideia de morte. Por outro lado, a biopolítica passou a ser o meio pelo qual se exercem as resistências às tentativas do biopoder de neutralizar as pessoas³⁹.

No passado, o morrer ou o matar eram uma dádiva dos soberanos, que detinham o poder sobre a vida e a morte da população. Para Foucault³⁸, a mudança da noção de morte no Ocidente estabeleceu o poder da morte sobre a vida, por intermédio do biopoder. De forma sintética, pode-se dizer que o

biopoder se refere aos dispositivos efetivos aos quais se recorre para a obtenção de poder sobre a vida, enquanto a biopolítica é a política cujo objetivo consiste em pôr em prática e administrar o biopoder⁴⁰. No que concerne à morte em sentido geral e à morte encefálica em nosso caso, a biopolítica adquire o papel de tanatopolítica.

No primeiro volume de “Homo sacer: o poder soberano e a vida nua”, Giorgio Agamben⁴¹ retoma o conceito de biopolítica de Foucault³⁸, valendo-se de uma figura obscura do direito romano, o *homo sacer* (“homem sagrado”, em latim), pessoa destituída de todos os direitos civis, podendo ser morta por qualquer um, sem que houvesse punição pela sua morte; paradoxalmente, porém, sua vida era considerada “sagrada”, não podendo ser sacrificada em rituais religiosos⁴¹.

A essa condição Agamben denominou vida nua, uma forma de vida sobre a qual não incide nenhum direito e nenhum dever, e que vai além de sua forma biológica. Exemplos de vida nua podem ser encontrados em refugiados, em prisioneiros de campos de concentração, em cobaias humanas, em presos políticos, ou ainda em pessoas cuja autonomia sobre a própria vida não é mais possível, caso de indivíduos em coma e em morte encefálica⁴¹.

Foucault³⁸ identificou que, no transcurso da modernidade, a vida natural passou a ser gerida pelo poder do Estado e a política transformou-se em biopolítica, à medida que a dimensão biológica da vida foi ocupando paulatinamente o centro da cena política moderna. Para Agamben⁴¹, interessa como ocorreu essa transformação da vida em biopolítica. Se antes o poder do soberano *fazia morrer e deixava viver*, agora, o Estado *faz viver e deixa morrer*³⁸.

É essa ideia de soberania e “sacralidade” da vida que Agamben⁴¹ utiliza para definir o conceito de vida nua, valendo-se do fenômeno do Holocausto como exemplo em que o biopoder e o *homo sacer* se manifestaram de forma marcante. O poder biopolítico sobre a vida e a morte transferiu-se para o Estado por intermédio da medicina. Agamben entende que a politização da vida e, principalmente, a politização da morte ocorrem a partir do momento em que se passa a compreender a dimensão biológica da vida e suas necessidades como parte integrante da política, na medida em que o corpo constitui o novo sujeito da política na democracia moderna.

Para Agamben⁴¹, com a valorização do corpo biológico, a biopolítica converteu-se em tanatopolítica, entendida como o conjunto de dispositivos que permitem a interação da medicina

com o direito mediante o uso das novas tecnologias de prolongamento da vida, transformando a morte em epifenômeno da tecnologia. Como consequência, o biopoder passou das mãos do soberano para as mãos do médico e do cientista, e desses, para as mãos do Estado. O Estado, por sua vez, converteu a biopolítica em biopoder e, a seguir, em tanatopolítica, decidindo quem pode viver e quem deve morrer, e fazendo crer que organismos vivos pertencem, de fato, ao poder público.

A tanatopolítica trouxe como consequência a “necessidade” de legislar sobre a vida e a morte, que constitui a questão básica de nossa discussão sobre o que é morte biológica, especialmente morte encefálica. A situação do doador em morte encefálica lembra a do *homo sacer* de Agamben⁴¹: é sagrado, na medida em que pode salvar diversas vidas nessa situação, e ao mesmo tempo pode ser declarado morto sem que isso signifique uma infração; ou seja, sua condição é tanto inviolável quanto violável. É como se o indivíduo fosse um mero corpo sem sentido, passível de se tornar um meio, e não um fim em si mesmo.

Agamben⁴¹ entende que os indivíduos identificados com a vida nua, a vida física pura e simples, estão expostos às dinâmicas da biopolítica. Seguindo essa linha de reflexão, pode-se dizer que o indivíduo declarado com morte encefálica é reduzido à vida nua, uma vez que perde seu direito de personalidade, que é transferido para a família, como define o artigo 4º da Lei 10.211/2001⁴². Isso significa passar ao âmbito das ações da biopolítica.

A relação entre a bioética e a biopolítica é estreita, já que o nascimento de ambos os conceitos está relacionado com o contexto das experiências nazistas. Porém, os caminhos que trilham são inconciliáveis: a biopolítica é generalizante e desnuda o homem, consistindo na manifestação mais extrema e agressiva da política, enquanto a bioética se preocuparia com a vida natural e a autonomia dos indivíduos⁴³.

Maldonado⁴⁴ também considera a bioética e a biopolítica inconciliáveis, pois concebe a primeira a partir da ótica do humanitário e a segunda, como associada à ideia de violência⁴⁴. Cabe ainda salientar a posição de Schramm⁴⁰, que defende o papel de resistência da bioética diante da tentativa de submetê-la às “necessidades” pragmáticas do realismo político, o que entendemos ser o foco desta discussão, ao tentarmos debater um tema que pode ser visto como uma forma de “atrapalhar” o processo de doação e transplantes de órgãos.

Considerações finais

Inicialmente, existiam duas razões básicas pelas quais a definição de morte encefálica passou a ser aceita pela sociedade: permitir a interrupção do suporte vital em doentes com lesões neurológicas extremamente graves e facultar a doação de órgãos para transplantes sem que os responsáveis fossem acusados de assassinato¹⁴. A primeira razão já não é mais necessária, visto que a suspensão do suporte vital em doentes com prognóstico de dano neurológico irreversível e qualidade de vida inaceitável pode ser feita mediante o consentimento prévio do doente ou por seus familiares (na ausência de uma diretiva previamente firmada pelo doente). No entanto, a segunda razão permanece necessária para dar cumprimento à “regra do doador morto”³⁰.

A equiparação da morte encefálica à morte do organismo tornou-se um mecanismo “necessário” a fim de facilitar a aceitação da sociedade e legalizar a busca e a retirada de órgãos em doadores com o coração batendo⁴⁵. Embora a morte encefálica e o transplante de órgãos tenham apresentado trajetórias históricas independentes⁴⁶, a partir do momento em que esses dois conceitos confluíram, o impacto do segundo sobre o primeiro não pôde mais ser subestimado.

Médicos que trabalham em instituições cujo renome se deve ao fato de salvar vidas por meio dos transplantes frequentemente deparam tanto com candidatos a transplantes sofrendo e morrendo à espera de órgãos quanto com a melhora significativa da qualidade de vida de pacientes submetidos a transplante bem-sucedido³⁰. Além disso, também são influenciados pelo sentimento de futilidade ao continuar o suporte cardiorrespiratório em doentes com morte encefálica, já que muitas vezes esses profissionais atuam premidos por um contexto de escassez de recursos³⁰.

Tais questões operam de forma consciente ou inconsciente como conflitos de interesse, inibindo a contestação, por parte dos profissionais, do critério de morte encefálica como morte do organismo³⁰. Também é possível que os médicos simplesmente aceitem a definição de morte encefálica como verdadeira, sem conhecer seu substrato teórico e seus potenciais problemas conceituais³⁰. A morte determinada por critérios neurológicos é uma morte paradoxal, pelo fato de estar associada à imagem física do funcionamento normal do corpo, o que cria conflitos emocionais e cognitivos para muitos profissionais da saúde e familiares do paciente⁴⁷.

Para Miller e colaboradores⁴⁸, esses conflitos tácitos podem ter como consequência prática o mal-estar presente entre os profissionais e a discrepância entre práticas e normas na questão da doação após morte encefálica ou parada cardiorrespiratória, ou seja, na utilização de órgãos segundo a “regra do doador morto”. Os autores qualificam tal discrepância como uma ficção moral, identificada pela afirmativa de que só são retirados órgãos de doadores com morte diagnosticada, visto que, ao fazer tal afirmação, ou se está negando a dúvida razoável da base biológica do diagnóstico de morte encefálica como morte do organismo, ou se está admitindo confundir irreversibilidade após parada cardiorrespiratória com a decisão de não tentar a reversão dessa parada, no que concerne ao doador com coração parado.

Há três soluções possíveis para superarmos essa ficção moral: mudar as práticas, mudar as normas, ou, o que habitualmente ocorre, continuar agindo como se esses conflitos bioéticos não existissem⁴⁸ – medida essa que provavelmente é responsável pela frequente manutenção de indivíduos em morte encefálica não doadores, sob suporte intensivo até a parada cardíaca. Uma alternativa de mudança da norma seria definir morte encefálica como prognóstico indubitável de morte do organismo, e não como diagnóstico de morte propriamente dito. Outra possível mudança da norma é a solução adotada no Japão desde 1997, que permite que os indivíduos e seus familiares definam o tipo de morte que consideram aceitável conforme suas crenças e valores e, de forma independente, se pretendem doar órgãos ou não⁴⁹.

Não deixa de ser paradoxal que a biologização do diagnóstico de morte com o intuito de defini-la objetivamente esfacelou a morte em quatro alternativas possíveis: morte cardiorrespiratória, morte do cérebro em seu todo, morte do tronco cerebral e morte ontológica. Outro paradoxo dessa busca de objetividade está no fato de a morte ter se tornado subjetiva na primeira pessoa, pois a perda irreversível da consciência somente é importante para quem morre – o que, segundo Holland⁵⁰, já havia sido percebido por Schopenhauer em “O mundo como vontade e representação” –, sem se tornar objetiva na terceira pessoa, isto é, aquela que deve constatar a morte de outrem.

Portanto, a morte encefálica, definida tecnicamente como evento ao término do terceiro exame (seja clínico ou complementar), continua a representar um desafio como conceito válido de morte humana, já que a evidência científica se

mostra insuficiente e o racional filosófico, ainda menos convincente³³. Alguns autores chegam mesmo a considerar que os parâmetros neurológicos ou circulatórios atualmente utilizados para a constatação de morte e busca de órgãos transplantáveis dissimulam a prática da morte médico-assistida³³. A expressão “morte médico-assistida” designa ações intencionais no fim da vida, realizadas tanto por consentimento (como a eutanásia ou o suicídio médico-assistido) quanto aquelas praticadas sem consentimento explícito⁵¹.

Reduzir qualquer definição de morte a critérios exclusivamente neurobiológicos implica ignorar suas dimensões antropológicas, culturais e religiosas, às quais muitas pessoas dão valor maior. Desse modo, as políticas e práticas de busca de órgãos devem ser compatíveis com os aspectos profundamente enraizados nessas dimensões³³. O conceito de morte não é simplesmente de natureza biomédica, mas também é resultado de importantes influências sociológicas⁵², sendo, em parte, uma construção social. A construção da morte encefálica como sinônimo de morte do organismo obedece à visão utilitarista da morte, talvez de forma demasiada. Parafraseando Bernard Williams, se o utilitarismo estiver certo, será melhor que as pessoas não acreditem no utilitarismo⁵³.

Este artigo não pretende ser um libelo contra a doação e o transplante de órgãos, mas sim uma proposta de retomada da discussão, tornada tácita, acerca do embasamento da premissa da morte encefálica como sinônimo de morte do organismo. Também pretende advertir quanto aos limites que devem ser resguardados em relação ao biopoder e à biopolítica, no que tange a sua influência sobre vida e morte. Procura ainda apontar outro aspecto negativo da biopolítica: o fato de que, mesmo quando se aceita a morte encefálica como diagnóstico de morte do organismo, na prática se perpetua – de maneira não pouco frequente – o suporte intensivo de mortos não doadores.

Entretanto, são esses mesmos biopoder e biopolítica que, ao gerenciar o destino dos corpos, permitem que vidas sejam salvas mediante a doação de órgãos e a realização de transplantes. Tal ambiguidade reforça o potencial teórico desses conceitos na análise de questões bioéticas. As dúvidas primordiais, como não poderiam deixar de ser, permanecem sem respostas: o que é a morte? A morte encefálica é sinônimo de morte do organismo? A quem pertence o direito de definir o desenlace do processo de morte? Será que os transplantes de órgãos, embora fundamentais na atualidade, devem ser construídos com base em uma premissa nebulosa?

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. Diário Oficial da União. 21 ago 1997;seção 1:227-8.
2. McMahan J. An alternative to brain death. *J Law Med Ethics*. [Internet]. 2006 [acesso 10 jan 2015];34(1):44-8. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2006.00007.x
3. Bernat JL. How do physicians prove irreversibility in the determination of death? In: Sorondo MS, editor. *The signs of death: the proceedings of Working Group 11-12 September 2006*. [Internet]. Vatican City: The Pontifical Academy of Science; 2007 [acesso 28 jul 2015]. p. 159-76. (*Scripta Varia*, 110). Disponível: <http://www.casinapioiv.va/content/dam/accademia/pdf/sv110/sv110.pdf>
4. Whetstone LM. Bench-to-beside review: when is dead really dead, on the legitimacy of using neurologic criteria to determine death. *Crit Care*. [Internet]. 2007 [acesso 30 jul 2015];11(2):208. DOI: 10.1186/cc5690
5. Haupt WF, Rudolf J. European brain death codes: a comparison of national guidelines. *J Neurol*. [Internet]. 1999 [acesso 21 dez 2014];248(6):432-7. DOI: 10.1007/s004150050378
6. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO *et al*. Brain death: medical management in seven Brazilian pediatric intensive care units. *J Pediatr (Rio)*. [Internet]. 2007 [acesso 21 dez 2014];83(2):133-40. DOI: 10.2223/JPED.1594
7. Moraes EL, Carneiro AR, Araújo MN, Santos FS, Massarollo MCKB. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. *Revista Bioethikos*. [Internet]. 2011 [acesso 28 jul 2015];5(4):419-26. Disponível: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A8.pdf>
8. Ríos A, López-Navas AI, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alán J *et al*. Knowledge of the brain death concept by personnel in spanish and latin-american healthcare centers. *Int J Artif Organs*. [Internet]. 2014 [acesso 30 dez 2014];37(4):336-43. DOI: 10.5301/ijao.5000305
9. Gert B. Definition of death. *APA Newsletter; Newsletter on Philosophy and Medicine*. [Internet]. 2009 [acesso 29 jul 2015];9(1):6-9. Disponível: <http://c.ygcdn.com/sites/www.apaonline.org/resource/collection/250A3149-F981-47C2-9379-618149806E75/v09n1Medicine.pdf>
10. Bernat JL. A defense of the whole-brain concept of death. *Hastings Center Report*. [Internet]. 1998 [acesso 26 dez 2014];28(2):14-23. DOI: 10.2307/3527567

11. Loeb J. The organism as a whole. [Internet]. New York: G. P. Putnam's Sons; 1916 [acesso 30 jul 2015]. Disponível: http://www.columbia.edu/cu/lweb/digital/collections/cul/texts/ldpd_6121971_000/ldpd_6121971_000.pdf
12. Korein J, Machado C. Brain death. In: Machado C, Shewmon DA, editors. Brain death and disorders of consciousness. New York: Kluwer Academic/Plenum; 2004. p. 1-21.
13. Laureys S. Death, unconsciousness and the brain. *Nat Rev Neurosci*. [Internet]. 2005 [acesso 28 dez 2014];6(1):899-909. DOI: 10.1038/nrn1789
14. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Jama*. [Internet]. 1968 [acesso 21 dez 2014];205(6):337-40. DOI: 10.1001/jama.1968.03140320031009
15. Youngner SJ, Arnold RM. Philosophical debates about the definition of death: who cares? *J Med Philos*. [Internet]. 2001 [acesso 21 dez 2014];26(5):527-37. DOI: 10.1076/jmep.26.5.527.3002
16. Botkin JR, Post SG. Confusion in determination of death: distinguishing philosophy from physiology. *Perspect Biol Med*. [Internet]. 1992 [acesso 21 dez 2014]; 36:129-38. DOI: 10.1353/pbm.1993.0060
17. Emanuel LL. Reexamining death: tThe asymptotic model and a bounded zone definition. *Hastings Cent Rep*. [Internet]. 1995 [acesso 28 dez 2014];25(4):27-35.
18. Halevy A, Brody B. Brain death: reconciling definitions, criteria, and tests. *Ann Intern Med*. [Internet]. 1993 [acesso 23 dez 2014];119(6):519-25. DOI: 10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00013
19. Wovk B. The future of death. *J Crit Care*. [Internet]. 2014 [acesso 21 dez 2014];29(6):1111-3. DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.08.006
20. Shewmon A. Chronic "brain death": meta-analysis and conceptual consequences. *Neurology*. [Internet]. 1998 [acesso 29 dez 2014];51(6):1538-45. Disponível: <http://www.neurology.org/content/51/6/1538.full>
21. Wijdicks EF, Pfeifer EA. Neuropathology of brain death in the modern transplant era. *Neurology*. [Internet]. 2008 [acesso 22 dez 2014];70(15):1234-7. DOI: 10.1212/01.wnl.0000289762.50376.b6
22. Greer DM, Varelas PN, Haque S, Wijdicks EF. Variability of brain death determination guidelines in leading US institutions [author reply]. *Neurology*. [Internet]. 2008 [acesso 21 dez 2014];71(14):1126. DOI: 10.1212/01.wnl.0000334352.27463.49
23. Mathur M, Petersen L, Stadler M, Rose C, Ejike JC, Petersen F *et al*. Variability of pediatric brain death determination and documentation in Southern California. *Pediatrics*. [Internet]. 2008 [acesso 27 dez 2014];121(5):988-93. DOI: 10.1542/peds.2007-1871
24. Greer DM, Varelas PN, Haque S, Wijdicks EF. Variability of brain death determination guidelines in leading US institutions. *Neurology*. 2008 [acesso 21 dez 2014];70(4):284-9. DOI: 10.1212/01.wnl.0000296278.59487.c2
25. Evans DW. Seeking an ethical and legal way of procuring transplantable organs from the dying without further attempts to redefine human death. *Philos Ethics Humanit Med*. [Internet]. 2007 [acesso 30 jul 2015];2:11. DOI: 10.1186/1747-5341-2-11
26. Truog RD. Brain death: too flawed to endure, too ingrained to abandon. *J Law Med Ethics*. [Internet]. 2007 [acesso 10 jan 2015];35(2):273-81. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2007.00136.x
27. Yeung P, McManus C, Tchabo JG. Extended somatic support for a pregnant woman with brain death from metastatic malignant melanoma: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med*. [Internet]. 2008 [acesso 11 jan 2015];21(7):509-11. DOI: 10.1080/14767050802086560
28. Joffe AR. The ethics of donation and transplantation: are definitions of death being distorted for organ transplantation? *Philos Ethics Humanit Med*. [Internet]. 2007 [acesso 30 jul 2015];2:28. DOI: 10.1186/1747-5341-2-28
29. Shemie SD. Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: was 'dead' really so clear before organ donation? *Philos Ethics Humanit Med*. [Internet]. 2007 [acesso 30 jul 2015];2:18. DOI: 10.1186/1747-5341-2-18
30. Joffe AR. Is there good justification for the universal medical acceptance of brain death as death? *APA News Philo Med*. [Internet]. 2009 [acesso 30 jul 2015];9(1):9-12. Disponível: <http://c.yumcdn.com/sites/www.apaonline.org/resource/collection/250A3149-F981-47C2-9379-618149806E75/v09n1Medicine.pdf>
31. DeGrazia SD. Identity, killing, and the boundaries of our existence. *Philos Public Aff*. [Internet]. 2003 [acesso 26 dez 2014];31(4):413-42. DOI: 10.1111/j.1088-4963.2003.00413.x
32. Bernat JL. How the distinction between "irreversible" and "permanent" illuminates circulatory-respiratory death determination. *J Med Philos*. [Internet]. 2010 [acesso 21 dez 2014];35(3):242-55. DOI: 10.1093/jmp/jhq018
33. Verheijde JL, Rady MY, McGregor JL. Brain death, states of impaired consciousness, and physician-assisted death for end-of-life organ donation and transplantation. *Med Health Care Philos*. [Internet]. 2009 [acesso 30 jul 2015];12(4):409-21. DOI: 10.1007/s11019-009-9204-0
34. Popper K. Os dois problemas fundamentais da teoria do conhecimento. São Paulo: Editora Unesp; 2013.
35. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 10ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2010. (Coleção Debates).
36. Sartre J-P. O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. Capítulo 2, A má-fé; p. 92.

37. Lecourt D. Prefácio. In: Gouyon PH, Lecourt D, Memmi D, Thomas J-P, Thouvenin D. A bioética é de má-fé? São Paulo: Loyola; 2002. p. 7-14.
38. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
39. Negri A. Cinco lições sobre Império. Rio de Janeiro: DPA; 2003.
40. Schramm FR. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. Rev. bioét. (Impr.). [Internet]. 2010 [acesso 30 jul 2015];18(3):519-35.
Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/583/588
41. Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Vol. 1. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
42. Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. [Internet]. 2001 [acesso 30 jul 2015].
Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm
43. Kottow M. Bioética y biopolítica. Revista Brasileira de Bioética. [Internet]. 2005 [acesso 30 jul 2015];1(2):110-32. Disponível: <http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>
44. Maldonado CE. Biopolítica de la guerra. Bogotá: Universidad El Bosque; 2003.
45. Giacomini M. A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. Soc Sci Med. [Internet]. 1997 [acesso 21 dez 2014];44(10):1465-82.
Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953696002663>
46. Machado C, Korein J, Ferrer Y, Portela L, García MC, Manero JM. The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants. J Med Ethics. [Internet]. 2007 [acesso 22 dez 2014];33:197-200. DOI: 10.1136/jme.2006.016931
47. Long T, Sque M, Addington-Hall J. Conflict rationalization: how family members cope with a diagnosis of brain stem-death. Soc Sci Med. [Internet]. 2008 [acesso 21 dez 2014];67(2):253-61.
Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608001822>
48. Miller FG, Truog RD, Brock DW. The dead donor rule: can it withstand critical scrutiny? J Med Philos. [Internet]. 2010 [acesso 20 dez 2014];35(3):299-312. DOI: 10.1093/jmp/jhq019
49. Bagheri A. Individual choice in the definition of death. J Med Ethics. [Internet]. 2007 [acesso 19 dez 2014];33:146-9. DOI: 10.1136/jme.2006.016014
50. Holland S. Bioética: enfoque filosófico. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2008.
51. Thimoty E, Quill TE. Legal regulation of physician-assisted death: the latest report cards. N Engl J Med. [Internet]. 2007 [acesso 20 dez 2014];356(19):1911-3. DOI: 10.1056/NEJMp078061
52. Kellehear A. Dying as a social relationship: a sociological review of debates on the determination of death. Soc Sci Med. [Internet]. 2008 [acesso 21 dez 2014];66(7):1533-44.
Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607006818>
53. Williams B. Moral: uma introdução à ética. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Participação dos autores

Edison Moraes Rodrigues Filho e José Roque Junges escreveram e revisaram o artigo conjuntamente.

