

## Aspectos bioéticos da morte encefálica frente à diferentes religiões

### Bioethical aspects of brain death in the face of different religions

### Aspectos bioéticos de la muerte encefálica frente a diferentes religiones

Recebido: 17/02/2022 | Revisado: 24/02/2022 | Aceito: 07/03/2022 | Publicado: 13/03/2022

#### **Amanda Cristina Mosini**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7005-4192>  
Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
Associação Brasileira de Epilepsia, Brasil  
E-mail: [amandacmosini@gmail.com](mailto:amandacmosini@gmail.com)

#### **Jaime Moreira Pires**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3024-057X>  
Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
E-mail: [jaimempires@outlook.com](mailto:jaimempires@outlook.com)

#### **Maria Alice Susemihl**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8907-4361>  
Associação Brasileira de Epilepsia, Brasil  
E-mail: [masusemihl@gmail.com](mailto:masusemihl@gmail.com)

#### **Michele Longoni Calió**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4367-2283>  
Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
E-mail: [michele.longoni@unifesp.br](mailto:michele.longoni@unifesp.br)

#### **Lécio Figueira Pinto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2694-5120>  
Associação Brasileira de Epilepsia, Brasil  
Universidade de São Paulo, Brasil  
E-mail: [leciofigueira@yahoo.com.br](mailto:leciofigueira@yahoo.com.br)

#### **Resumo**

O termo Morte Encefálica (ME) foi definido na década de 60, com rápida notoriedade e a ocorrência de controvérsias e discussões bioéticas devido às diferenças culturais e religiosas. Esse trabalho buscou discutir aspectos bioéticos da determinação de ME nas diferentes religiões. Trata-se de uma revisão de literatura na base PubMed, utilizando os descritores: “*Brain death*”, “*Faith*” e “*Bioethics*”, publicados nos últimos 10 anos. Dos 36 artigos encontrados, 13 preenchem os critérios de inclusão. Observou-se variabilidade nos critérios de determinação de ME entre países e religiões. A religião católica tem mais clareza e consenso na aceitação, enquanto em outras religiões não é aceito ou não existe consenso na interpretação e aceitação. As diferenças nos critérios de ME entre países e aceitação entre religiões é complexo. Os quatro princípios da bioética (Autonomia, Beneficência, Não maleficência e Justiça) devem ser entendidos e aplicados em cada contexto cultural e religioso.

**Palavras-chave:** Morte encefálica; Bioética; Religiosidade; Fé.

#### **Abstract**

The term brain death was set during the 60s, with prominence, controversy and bioethics discussions due to cultural and religious differences. In this review, we discussed the bioethical aspects of the brain death determination of different religions. We searched through Pubmed for papers submitted using the descriptors “*brain death*”, “*faith*” and “*bioethics*”, that were published in the last 10 years. There were 36 papers, in which 13 met the inclusion criteria. The criteria for brain death determination was variable between countries and religions. The Catholic religion is more clear and has consensus over brain death acceptance, whereas other religions do not accept it or do not show any consensus on its interpretation and acceptance. The criteria for differences of brain death between countries and the acceptance between religions is complex. The four principles of bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice), should be understood and applied in each cultural and religious context.

**Keywords:** Brain death; Bioethics; Religiosity; Faith.

#### **Resumen**

El término muerte encefálica (ME) fue definido en la década de los 60's, cuando adquirió rápida notoriedad y suscitó controversias y discusiones bioéticas debido a las diferencias culturales y religiosas. Este trabajo buscó discutir los aspectos bioéticos de la determinación de ME entre las diferentes religiones. Se trata de una revisión de literatura de la base de datos PubMed, utilizando los descriptores: “*Brain death*”, “*Faith*” y “*Bioethics*”, publicados en los últimos 10 años. De los 36 artículos encontrados, 13 cumplieron los criterios de inclusión. Se observó la variabilidad en los criterios de determinación de ME entre países y religiones. La religión católica tiene más claridad y consenso en su aceptación, ya en otras religiones no es aceptado, o no existe consenso en la interpretación y aceptación. Las

diferencias en los criterios de ME entre los países, y la aceptación entre religiones, es compleja. Los cuatro principios de la bioética (Autonomía, Caridad/Altruismo, No insulto/daño y Justicia) deben ser entendidos y aplicados en cada contexto cultural y religioso.

**Palabras clave:** Muerte encefálica; Bioética; Religiosidad; Fé.

## 1. Introdução

### *Surgimento e determinação da morte encefálica*

Por milhares de anos, o termo “morte” correspondeu a uma parada irreversível da atividade cardiorrespiratória, até que na década de 50, o desenvolvimento de respiradores artificiais e da ressuscitação cardiopulmonar permitiu que indivíduos em estados profundos de coma fossem mantidos com respiração e batimentos cardíacos ativos, fazendo com que a morte pudesse ser “reversível” (Laureys & Fins, 2008). Este fato também fez com que pacientes em estados permanentes de coma pudessem ser tratados, ficando dependentes de máquinas de suporte artificial de vida. Com o avanço paralelo da tecnologia médica e o aumento da capacidade de manter a homeostase metabólica e celular após a perda da funcionalidade do sistema nervoso, este conceito foi trazido para discussão acadêmica, fato de extrema importância (Biel & Durrant, 2020).

A partir disso, o conceito de ME foi introduzido pela primeira vez, pelos médicos franceses Mollaret e Goulon (1959). Esta ideia evoluiu como resultado do avanço de diferentes parâmetros, como nas ressuscitações e cuidados assistenciais, pesquisas que abordavam a fisiologia da consciência e a ética do cuidado ao fim da vida (Georgia, 2014). Com o passar dos anos, o tema morte encefálica tornou-se um assunto de interesse público, sendo coberto amplamente pela mídia. Isto resultou rapidamente no início da aplicação de testes médicos para que fosse feita a comprovação da ME e no desenvolvimento de orientações que permitiam caracterizá-la como o fim da vida (Bernat, 2014). Este fato é baseado na premissa de que um indivíduo com ME perde as funções do seu organismo como um todo, mesmo que suas funções vitais sejam mantidas com apoio tecnológico (Bernat, 2018).

Como mencionado anteriormente, a primeira definição de ME foi realizada na década de 60, sendo definida por lesão irreversível do cérebro e tronco cerebral, caracterizada por coma arreativo e não perceptivo, apneia e ausência de reflexos, com causa conhecida e irreversível (Harvard Committee Report, 1968). Desde então, várias definições de ME foram determinadas, existindo grandes diferenças em seu conceito entre países e até mesmo dentro de um mesmo país, como ocorre em diversos estados dos EUA (Greer et al., 2016; Wang et al., 2017).

No Brasil, o conceito de ME corresponde a interrupção irreversível das funções encefálicas, condição nitidamente relacionada à parada circulatória cerebral (Seifi et al., 2020). Este conceito carrega em si fortes implicações médicas, legais e éticas. Como consequência, os critérios de diagnóstico devem ser claros, concisos, validados, reproduzíveis e indiscutíveis (Wijdicks et al., 2010).

Segundo 1º artigo da Resolução Nº 2.173, de 23 de novembro de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (CFM-Brasil, 2017), a ME é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico, sendo diagnóstico de certeza. A determinação da ME deverá ser realizada de forma padronizada, com especificidade de 100% (sem falso diagnóstico), sendo que qualquer dúvida na determinação da ME impossibilita seu diagnóstico.

Para isso, os procedimentos para determinação de ME devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal (podem ocorrer movimentos reflexos mesmo em pacientes em ME), apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos:

- a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica;
- b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica;

- c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas e;
- d) temperatura corporal (esofágica, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg para adultos, ou conforme a tabela específica para menores de 16 anos.

Já no artigo 2º salienta-se a obrigatoriedade da realização mínima dos seguintes procedimentos para que a ME seja determinada:

- a) dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico;
- b) teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios e;
- c) exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

O artigo 3º trata claramente das definições de como devem ser feitos os exames clínicos. Aponta-se que devem ser demonstradas, de forma inequívoca, a existência de coma aperceptivo, com ausência de reatividade supraespinhal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse. Como dito, dois exames clínicos deverão ser realizados, por médicos distintos, que sejam capacitados a realizar os procedimentos para a determinação de ME. Na própria definição estão especificados os critérios para que o médico seja considerado capacitado, a saber: um ano de experiência, no mínimo, no atendimento de pacientes em coma; e que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME ou curso de capacitação para determinação em ME. Ainda, um dos médicos especificamente capacitados deverá ter uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. Contudo, na indisponibilidade de qualquer um dos especialistas anteriormente citados, o procedimento deverá ser concluído por outro médico especificamente capacitado.

Para crianças com menos de dois anos o intervalo mínimo de tempo entre os dois exames clínicos varia conforme a faixa etária (CFM-Brasil, 2017).

No Brasil, a realização de um exame complementar é obrigatória. Segundo o artigo 5º da Resolução do CFM, o exame complementar deve comprovar de forma inequívoca uma das condições:

- a) ausência de perfusão sanguínea encefálica ou
- b) ausência de atividade metabólica encefálica ou
- c) ausência de atividade elétrica encefálica.

Os exames aceitos para tais comprovações são o eletroencefalograma, angiografia cerebral, Doppler transcraniano e a cintilografia (Paraná, 2018).

A ME pode ser o resultado de diferentes processos, como parada cardiorrespiratória, traumatismo cranioencefálico, hemorragia subaracnóide espontânea, hemorragia intracerebral, infecções ou tumores cerebrais (Diagnosis of brain death, 1976).

Diferentes achados fisiopatológicos são encontrados de acordo com a causa da morte encefálica (Kirschen et al., 2021). A questão do diagnóstico de ME têm importância ética, legal e de ordem prática para a equipe médica, em especial a não realização de intervenções desnecessárias, como o prolongamento do sofrimento e da angústia da família. Por outro lado, as mortes encefálicas diagnosticadas acabam promovendo a possibilidade da doação de órgãos, podendo salvar dezenas de outras vidas a partir de um doador.

Contudo, muitas pessoas em ME não tem um exame realizado de forma precoce e uniforme, o que motivou a nova Resolução do CFM definir que os procedimentos para determinação de ME devam ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, com ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, desde que atendam a todos os pré-requisitos estabelecidos (CFM-Brasil, 2017).

Segundo Kirschen et al. (2021), nos Estados Unidos estima-se que cerca de 2% de todas as mortes hospitalares de adultos internados tenham como causa a ME. Adicionalmente, acredita-se que cerca de 20% dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) que evoluem ao óbito sejam em decorrência da ME.

A despeito da importância e necessidade de critérios bem estabelecidos para ME, existe uma grande variabilidade entre os países. Para se ter uma ideia da questão, recentemente foi realizada uma força-tarefa composta por importantes sociedades médicas para elaborar recomendações (Greer et al., 2020). Essas variações de critérios são tão marcantes ao ponto que grandes diferenças nas diretrizes de ME acontecem entre os principais hospitais neurológicos dos Estados Unidos, causando situações delicadas, como a possibilidade de um indivíduo ser declarado morto em um estado americano enquanto que em outro ele ainda está vivo (Greer et al., 2008).

A grande discrepância nos critérios de determinação de ME torna sua discussão ainda mais complexa quando se refere ao aspecto religioso, como será discutido adiante.

Um aspecto importante que deve ser considerado é que a ME é a principal fonte de doação de órgãos. Com o passar dos anos e com a evolução das técnicas de captação de órgãos, anualmente, centenas de indivíduos recebem órgãos provenientes de pacientes que sofreram morte cerebral (Pestana et al., 2013). De acordo com o registro brasileiro de transplantes, foram realizados no Brasil, no período de janeiro a março de 2021, cerca de 1.562 transplantes de órgãos (coração, fígado, pâncreas, pulmão, rim ou multivisceral) e 2.560 de tecidos (córnea), sendo que dos transplantes de órgãos, 1.435 foram provenientes de doadores falecidos. Vale ressaltar, que os profissionais envolvidos nos procedimentos de constatação da ME e doação de órgãos e tecidos precisam, além de educação continuada, desenvolver habilidades e competências em comunicação interpessoal e aprender sobre aspectos éticos envolvidos nesses processos (Furtado et al., 2021).

A ME, apesar de bem definida do ponto de vista legal, é um tema delicado, pois engloba valores pessoais, religiosos e bioéticos. Sendo assim, trata-se de uma questão que deve ser melhor estudada e compreendida pelos médicos e demais profissionais da saúde, visando uma íntegra relação e comunicação entre profissional e familiares.

### ***Religião e Espiritualidade***

Por muito tempo cultivou-se no campo da medicina uma ideia que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológica orgânica. No entanto, o ser humano é muito mais do que sua materialidade biológica. Poderíamos assim dizer que essa ideia desencadeou uma crise da medicina técnico-científica e que favoreceu o nascimento de um novo modelo, do paradigma biopsicossocial. É a partir desta visão antropológica que podemos introduzir a dimensão espiritual do ser humano como um componente importante de ser trabalhado na área de cuidados no âmbito da saúde (Pessini, 2009; Siqueira, 2000).

O ser humano é o único que pode de maneira consciente escolher a direção de seus atos e ações, tornando claras as intenções de sua essência e, por meio de suas atitudes, demonstrar o valor de suas palavras, o poder de seus pensamentos e o calor de seus sentimentos em tudo o que realiza (Aquino et al., 2009).

Historicamente, o ser humano ainda confronta e busca respostas para um grande dilema: vida e morte, tentando a todo custo o prolongamento da vida sob o pretexto de evitar a morte (Menezes, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a vida e a morte devem ser compreendidas sob o mesmo prisma de dignidade, afirmando que a assistência ao paciente e aos familiares deve enfatizar o alívio dos sintomas angustiantes por tantas vezes presentes, integrando os aspectos físicos, psicossociais e espirituais.

A saúde sempre esteve ligada às práticas religiosas. A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes, como também dos seus familiares e da equipe de saúde que está diretamente envolvida neste processo (Pedrão & Beresin, 2010; Brandão, 2000).

A espiritualidade e religiosidade em saúde é um claro paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária. É fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (Melo Junior et al., 2015).

Enquanto a espiritualidade é uma aptidão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem aquilo que pode ser real e concreto - um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal; a religiosidade é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos traçados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Melo Junior et al., 2015).

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

As dimensões espirituais e/ou religiosas podem contribuir positivamente no ato de lidar com situações críticas, constituindo uma fonte de conforto e amparo que pode fortalecer o indivíduo em busca de uma vida plena de sentidos. O enfrentamento religioso-espiritual engloba ferramentas de enfrentamento frente a tais situações, contendo estratégias que podem ser de busca por significado profundo, conforto espiritual, intimidade com o transcendente e a ressignificação do percurso de vida (Dornfeld & Gonçalves, 2021; Foch et al., 2017).

A convergência entre fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos se relaciona a valores pelos quais a pessoa vive e acredita, o estilo de vida que segue, os hábitos que estabelece, como emprega seu tempo, tudo isso se reflete como espiritualidade (Dornfeld & Gonçalves, 2021; Copello et al., 2018).

Os aspectos de espiritualidade e religiosidade, como elementos associados, contribuem imensamente, na compreensão sobre a finitude humana. A maioria das doutrinas religiosas entende a morte como um momento fundamental da vida do ser humano, pois determina o fim de um ciclo existencial.

As várias religiões oferecem diversos ângulos de perceber a morte. O aspecto religioso tem se mostrado fundamental no processo de aceitação e na tentativa de minimizar o sofrimento daqueles que se deparam com a gravidade do quadro de um paciente internado na UTI ou nos casos de terminalidade, como o da morte cerebral (Frankl, 2003; Melo Junior et al., 2015).

Comunicar a morte de um paciente é, certamente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm de enfrentar, pois implica um forte impacto psicológico aos familiares. Contudo, quando se trata de ME, essa comunicação traz consigo uma sobrecarga de sentimentos e comportamentos ainda maior. A comunicação da ME aos familiares pode trazer dilemas éticos que são permeados por aspectos religiosos, espirituais, econômicos e sociais, podendo suscitar diversos questionamentos. Desta forma, evidencia-se a importância de se referir ao paciente como de fato uma pessoa e não somente um indivíduo que morreu (Santos et al., 2012).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo abordar os diversos aspectos bioéticos da morte encefálica frente à diferentes religiões, demonstrando ser um estudo relevante por contribuir com conceitos e reflexões que podem melhorar o entendimento do processo e a maneira de lidar com a ME.

## 2. Metodologia

Foi realizada na data de 24 de junho de 2021 uma busca na base de dados PubMed com os descritores *Brain Death*, *Faith* e *Bioethics*, utilizando o operador booleano *AND* para combinações de pesquisa. Foram incluídos apenas artigos completos, em língua inglesa, publicados nos últimos 10 anos, que fossem relacionados ao tema. Foram encontrados 36 artigos, dos quais apenas 13 estavam dentro dos critérios de inclusão. A partir deles foi realizada uma revisão crítica para embasar a discussão que se segue.

### 3. Discussão

Muitas doutrinas religiosas e diferentes culturas não reconhecem a morte por critérios neurológicos, sendo que em muitas destas religiões, a morte é definida apenas como a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, condição que impossibilita o diagnóstico de ME. Esta visão faz com que, para alguns, a retirada do suporte de vida cardiopulmonar seja interpretada como o homicídio do paciente (Loike et al., 2010). Adicionalmente, com o avanço tecnológico na assistência à saúde em UTI, aumentou-se a capacidade de se prolongar a vida, promovendo a substituição de funções vitais, como a respiração, batimentos cardíacos, alimentação, por sistemas tecnológicos. Este fato foi benéfico para a prática médica, aumentando seu valor, mas simultaneamente alterou a maneira como a doença e a morte são entendidas (Maingué et al., 2020).

A bioética surgiu em meados da década de 70 e é definida como o “estudo da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto que essa conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais”. Esta área permite que pontos relevantes relacionados com a moral, em situações no fim da vida, sejam levantados e debatidos (Rodrigues et al., 2013).

Quatro princípios encontram espaço em todas as tradições religiosas abraâmicas e, pode-se argumentar, derivam de valores centrais em diversas tradições. A santidade da vida, refere-se a um valor que vai além das quatro normas éticas normativas e outras dimensões morais delineadas por Beauchamp e Childress ao longo de mais de três décadas: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2009; Khan et al., 2011). Certamente, aqueles que são judeus, muçulmanos ou cristãos praticantes são influenciados por uma crença na santidade da vida quando abordam os dilemas do fim da vida no campo da bioética.

Esses quatro princípios devem ser respeitados em todo momento, embora nem sempre isso aconteça e em alguns momentos um deles é colocado em primeiro plano. Isso por vezes acarreta atendimentos desumanizados com consequente impacto na qualidade da assistência prestada.

O primeiro princípio a ser discutido é o da **autonomia**, correspondendo ao direito de o paciente escolher ou não um tratamento oferecido, assim como seu poder de decidir sobre si mesmo. Este princípio se refere ao respeito do profissional da saúde pelo paciente, ou seu representante, levando em conta seus valores morais e crenças religiosas (Koerich et al., 2005).

De acordo com Koerich et al. (2005), em uma situação onde o paciente não responde mais por si, cabe aos médicos e outros profissionais da saúde contatar os familiares, tendo o dever de oferecer as informações técnicas necessárias para que estes tomem a decisão de desligar ou não os aparelhos de suporte de vida, assim como a decisão de doar os órgãos do ente querido. O princípio da autonomia justificaria também os casos em que o paciente não deseja mais a realização de tratamentos entendidos como não úteis.

O segundo princípio é o da **não maleficência**, que corresponde ao ato de não causar mal para o paciente. Muitas vezes, resultante da desconfiança e da dificuldade do diagnóstico para morte cerebral, os médicos e demais profissionais da saúde podem causar preocupações e angústias aos familiares, podendo acarretar prejuízo ao paciente que recebe um diagnóstico antecipado. Ao mesmo tempo, a não maleficência pode ser levantada em relação a prolongar o sofrimento do paciente em coma e de sua família após diagnóstico de ME. Isso é particularmente complexo nas famílias que tem dificuldade em aceitar o diagnóstico.

O terceiro princípio, da **beneficência**, é caracterizado pela prática do bem, evitando, conseqüentemente, o sofrimento adicional do paciente. Vale levantar algumas perguntas neste princípio, entre elas, até que ponto não desligar o aparelho é o melhor para o paciente? Da mesma forma, até que ponto, desligar o aparelho é o melhor? Desligando os aparelhos estamos promovendo o melhor ao paciente? Não desligando, estamos promovendo o melhor para as famílias? Manter o paciente vivo por aparelhos de suporte de vida é o melhor a ser feito, ou estamos apenas retirando o direito do paciente de morrer?

Outro assunto estritamente relacionado à ME e que coloca em prova os princípios da bioética é a doação de órgãos. Nos casos de ME em que o paciente não deixou claro suas vontades sobre a doação de órgãos, resta à família decidir. Como dar suporte a eles nessa decisão? Como o médico pode e deve intervir? Outra situação é quando o paciente manifestou o desejo da doação, mas após a sua morte os familiares não aprovam essa decisão.

Estas questões são de extrema importância, porque o diagnóstico da ME e a generosidade dos pacientes e familiares é que permitem a doação de seus órgãos e por consequência salvar inúmeras vidas.

Por fim, mas não menos importante, temos o quarto princípio, a **justiça**, este princípio relaciona-se com a equidade entre os pacientes, fundamentando tanto a economia de recursos monetários particulares e públicos, como na disponibilização de leitos e aparelhos escassos que podem ser utilizados em outros pacientes, que terão um benefício tangível desse suporte.

A receptividade da notícia da ME de um ente querido varia de acordo com tradições religiosas e culturais dos familiares. Segundo Yang e Miller (2015), os asiáticos tendem a apresentar menor aceitação em relação à ME, podendo apresentar diferentes conflitos morais que dificultam na tomada de decisões em relação à continuidade de tratamentos que sustentam a vida. Em alguns casos, os profissionais da saúde consideram insustentável a condição do paciente, no entanto, os familiares, com suas crenças religiosas, não aceitam as informações e agarram-se às chances de cura ou milagre divino (Liu et al., 2014; Nicholas et al., 2016).

As religiões baseadas nas tradições de fé abraâmica, aceitam a morte cerebral a partir da confiança que têm nos médicos especialistas para determinar a morte humana. A aceitabilidade dessas religiões ao conceito de morte encefálica está condicionada a: (1) equivalência com morte biológica, (2) determinação clínica com critérios cientificamente verificáveis e (3) alinhamento com a definição teológica de morte, ou seja, a separação da alma do corpo humano. As tradições de fé abraâmica também exigem que a morte seja determinada com critérios cientificamente validados que confirmam irreversibilidade (em vez de permanência) de cessação das funções biológicas (Verheijde et al. 2018).

Na religião muçulmana, alguns estudiosos afirmam que a vida humana não termina após a morte cerebral, desde que o coração permaneça em atividade, neste caso, o transplante de órgãos seria inadmissível. Por outro lado, a maioria dos estudiosos acreditam que não há mais vida após o cérebro findar suas atividades, e por isso, em caso de extrema necessidade, os transplantes são permitidos (Akrami et al., 2004). Corroborando com esses dados, Alhawari et al., (2020), após realizar uma pesquisa com dezenas de pessoas de diversas religiões, mostraram dados interessantes. Mais frequentemente os muçulmanos, budistas e hindus acreditam que uma pessoa não está definitivamente morta, mesmo após morte cerebral. Por outro lado, judeus, protestantes e participantes sem denominação religiosa compartilharam a ideia de que uma pessoa se encontra irreversivelmente morta após a morte cerebral.

Dentro da lei islâmica quatro fontes (Shariah) em ordem de prioridade oferecem a visão principal da perspectiva islâmica sobre questões ligadas ao fim da vida em geral e aquelas específicas para ME e doação/transplante de órgãos: o Alcorão Sagrado como a fonte primária, a *sunna* ou tradição do Profeta, *quyas* ou analogias, e *ijama* ou acordo unânime (incluindo *fatwa* e consenso entre estudiosos islâmicos) (Khan et al., 2011).

Na perspectiva islâmica, a vida está intimamente ligada à individualidade e à subjetividade, e, a partir desse entendimento, quando ocorre a morte cessa a individualidade, pois o indivíduo perdeu a capacidade de acreditar, descrever e sentir.

Após a validação da ME na sociedade ocidental, as organizações islâmicas examinaram também validar esse critério de morte. Com isso, a partir da década de 1980, diversos países e jurisdições islâmicas examinaram a ME para responder à pergunta se esta seria igual à morte na fé e na cultura islâmica. Concluíram, portanto, que a ME completa, certa e irrevogável, conforme determinada por médicos especialistas competentes, é uma definição aceitável de morte e não contradiz os princípios e regras da jurisprudência islâmica (Khan et al., 2011; Arbour et al., 2012).

A Torá não define claramente os critérios para a determinação da morte (Miller, 2019), mas dentro da fé judaica há dois princípios fundamentais no tocante a todas as questões sobre o fim da vida. O primeiro é o compromisso com a santidade da vida. A vida é a chave para tudo em que os judeus acreditam. O segundo princípio, muito importante, que deve ser destacado é o princípio da compaixão, o qual nos fornece realmente a chave para compreender a tradição judaica sobre as questões éticas do fim da vida (Khan et al., 2011).

Portanto, quando chegamos às questões de ME ou estado vegetativo persistente, alguns dos estudiosos ortodoxos se opõem a ideia de retirar suporte de vida a pessoas que receberam diagnóstico de morte cerebral. No entanto, a grande maioria dos estudiosos, reformistas e conservadores, e alguns ortodoxos, acreditam que quando não há esperança, é permitido cessar a ventilação artificial, alimentação por sonda e alimentação com água se o indivíduo estiver apenas sendo mantido vivo em um estado em que as funções vitais são mantidas por meios totalmente artificiais (Khan et al., 2011).

Em termos de ME, a perspectiva fundamental no cristianismo tem a ver com a concepção de personalidade. Os cristãos acreditam que todos os seres humanos são portadores da *imago dei* (o termo latino para a imagem de Deus). De maneira geral os cristãos têm tido pouca ou nenhuma dificuldade com o conceito de morte encefálica, isso é uma verdade até para a *National Association of Evangelicals*, uma organização americana muito conservadora (Khan et al., 2011).

A lei canônica da Igreja Católica juntamente com seus ensinamentos doutrinários define a morte como o término da vida terrestre e que “...nossas vidas são medidas pelo tempo no decurso do qual nós mudamos e envelhecemos. E como acontece com todos os seres vivos da terra, a morte surge como o fim normal da vida. A lembrança da nossa condição de mortais também serve para nos lembrar de que temos um tempo limitado para realizar a nossa vida” (Santa Sé/Catecismo da Igreja Católica, 2013, parágrafo 1007). A visão da Igreja sobre a morte evoluiu significativamente ao longo do tempo, e hodiernamente para os católicos romanos é perfeitamente aceitável a definição atual de morte cerebral (Khan et al., 2011; Miller, 2019).

Em seu discurso, realizado durante 18º Congresso Internacional da Sociedade de Transplantes (2000), o Papa João Paulo II afirmou: “*Diante dos parâmetros hodiernos de certificação da morte quer se refira aos sinais "encefálicos", quer se faça recurso aos mais tradicionais sinais cardiorrespiratórios a Igreja não toma decisões técnicas, mas limita-se a exercer a responsabilidade evangélica de confrontar os dados oferecidos pela ciência médica com uma concepção cristã da unidade da pessoa, evidenciando semelhanças e eventuais contradições, que poderiam pôr em perigo o respeito pela dignidade humana.*”

O Papa prosseguiu, afirmando que o critério adotado para determinar o fato da morte, ou seja, a cessação completa e irreversível de todas as atividades cerebrais, se realizado de maneira rigorosa e ética, não parece entrar em conflito com os elementos essenciais de uma antropologia sólida (Discurso de João Paulo II, 2000; Estol, 2007).

Posteriormente, atendendo a um pedido do Papa Bento XVI, um encontro sobre ‘Os Sinais da Morte’ foi organizado pela Pontifícia Academia de Ciências do Vaticano, que convidou neurologistas de diferentes regiões do mundo para apresentarem seus pontos de vista sobre tópicos selecionados e, mais especificamente, sobre ME. Uma das principais conclusões alcançadas após as apresentações orais e discussões desse encontro foi a de que: “*Não existe um tipo “certo” de morte. Quando se encontram em um desfecho comum final, a morte, a ordem em que o coração, o pulmão e o cérebro param de funcionar não define mortes diferentes. Existem, no entanto, diferentes formas de morte e a maioria das pessoas se sente mais confortável e obviamente acostumada com a forma tradicional de morte por “parada cardiorrespiratória”*” (Estol, 2007; Miller et al., 2014).

“*A respeito disso, é válido recordar que para o catolicismo a morte da pessoa é um evento único, que consiste na total desintegração do complexo unitário e integrado que a pessoa é em si mesma, como consequência da separação do princípio vital, ou da alma, da realidade corporal da pessoa. A morte da pessoa, entendida neste sentido original, é um evento*



que não pode ser diretamente determinado por qualquer técnica científica ou método empírico” (Discurso de João Paulo II, 2000).

#### 4. Considerações Finais

Apesar da variabilidade dos critérios entre os países, existem definições médicas e legais bem aceitas e fundamentadas para o conceito de ME. Mesmo assim, vários dilemas acontecem na prática diária. Tendo em vista que, a crença religiosa do paciente e de sua família interfere diretamente na decisão ética de como lidar com a situação da ME e de como proceder após o seu diagnóstico, entender os valores individuais, culturais e religiosos, associado a aplicação dos princípios bioéticos é fundamental para melhor compreensão e tomada de decisões. Sugere-se ainda, que novos estudos sejam realizados envolvendo reflexões sobre aspectos religiosos e psicossociais de pacientes e seus familiares, sobre a aplicação dos princípios bioéticos no contexto de ME, assim como sua constatação e comunicação por parte dos profissionais de saúde.

#### Referências

- Akrami, S. M., Osati, Z., Zahedi, F., & Raza, M. (2004) Brain death: recent ethical and religious considerations in Iran. *Transplantation proceedings*, 36:2883-2887. 10.1016/j.transproceed.2004.10.046
- Alhawari, Y., Verhoff, M. A., Ackermann, H., & Parzeller, M. (2020). Religious denomination influencing attitudes towards brain death, organ transplantation and autopsy—a survey among people of different religions. *Int J Legal Med.* 134(3): 1203-1212. 10.1007/s00414-019-02130-0
- Aquino, T. A. A. D., Correia, A. P. M., Marques, A. L. C., Souza, C. G. D., Freitas, H. C. D. A., Araújo, I. F. D., et al. (2009). Atitude Religiosa e Sentido da Vida: Um Estudo Correlacional. *Psicologia: Ciência e profissão*, 29(2): 228-243. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n2/v29n2a03.pdf>
- Arbour, R., AlGhamdi, H. M. S., & Peters, L. (2012). Islam, brain death, and transplantation: culture, faith, and jurisprudence. *AACN advanced critical care*, 23(4): 381-394. 10.1097/NCL.0b013e3182683b1e
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. (6th ed.), Oxford University Press.
- Bernat, J. L. (2018). A conceptual justification for brain death. *Hastings Center Report*, 48: S19-S21. 10.1002/hast.946
- Bernat, J. L. (2014). Whither brain death? *The American Journal of Bioethics*, 14(8): 3-8. 10.1080/15265161.2014.925153
- Biel, S., & Durrant, J. (2020). Controversies in Brain death declaration: Legal and ethical implications in the ICU. *Current Treatment Options in Neurology*, 22(4): 1-14. 10.1007/s11940-020-0618-6
- Brandão, M. L. R. (2000). Saúde e fé cristã: um ensaio ético-teológico. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 24(6): 515-23. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-277083>
- Conselho Federal De Medicina (CFM - Brasil). (2017). *Resolução normativa N° 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica*. Diário Oficial da União. Disponível: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>
- Copello, L. E., Pereira, A. D. A., & Ferreira, C. L. L. (2018). Espiritualidade e religiosidade: importância para o cuidado de enfermagem de paciente em processo de adoecimento. *Discipl Scientia Saúde*, 19(2): 183-99. Disponível: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2504/2166>
- Diagnosis of brain death. (1976). Statement issued by the honorary secretary of the Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom on 11 October 1976. *British medical journal*, 2(6045): 1187-1188. 10.1136/bmj.2.6045.1187
- Discurso do Santo Padre João Paulo II aos participantes no XVIII Congresso Internacional sobre os Transplantes. (2000). Disponível: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/speeches/2000/jul-sep/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20000829\\_transplants.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html)
- Dornfeld, R. L., & Gonçalves, J. R. L. (2021). Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade. *REFACS*, 9(Supl. 1): 281-291. 10.18554/refacs.v9i0.3967
- Estol, C. J. (2007). To live and let die: a brain death symposium at the Pontifical Academy of Science. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 2(3): 227-229. 10.1111/j.1747-4949.2007.00133.x
- Foch, G. F. L., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2017). Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). *Arq Bras Psicol*, 69(2): 53-71. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n2/05.pdf>
- Frankl, V. E. (2003). *Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. (4a ed.), Quadrante.
- Furtado, L. B. dos S., de Moraes Filho, I. M., de Sousa, T. V., de Roure, J. G. R., Lima, T. P., Arantes, A. A., & Filha, F. S. S. C. (2021). O papel do enfermeiro frente a casos de morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. *Research, Society and Development*, 10(2), e0110212422.
- Georgia, M. A. D. (2014). History of brain death as death: 1968 to the present. *Journal of Critical Care*, 29(4): 673-678. 10.1016/j.jcrc.2014.04.015

- Greer, D. M., Shemie, S. D., Lewis, A., Torrance, S., Varelas, P., Goldenberg, F. D., et al. (2020). Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA*, 15;324(11): 1078-1097. 10.1001/jama.2020.11586
- Greer, D. M., Varelas, P. N., Haque, S., & Wijdicks, E. F. (2008). Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions. *Neurology*, 70(4): 284-9. 10.1212/01.wnl.0000296278.59487.c2
- Greer, D. M., Wang, H. H., Robinson, J. D., Varelas, P. N., Henderson, G. V., & Wijdicks, E. F. (2016). Variability of brain death policies in the United States. *JAMA neurology*, 73(2): 213-218. 10.1001/jamaneurol.2015.3943
- Harvard Committee Report. (1968). A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Journal of the American Medical Association*, 205(6): 337-340. 10.1001/jama.1968.03140320031009
- Khan, F. A., Badawi, G., Davidson, R. J. K., & Smith, F. A. (2011). Monotheistic Faith Perspectives on Brain Death, DNR, Patient Autonomy and Health Care Costs. *The Journal of IMA*, 43(3): 113. 10.5915/43-3-8982
- Kirschen, M. P., Lewis, A., Rubin, M., Kurtz, P., & Greer, D. M. (2021). New perspectives on brain death. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(3): 255-262. 10.1136/jnnp-2020-323952
- Koerich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14: 106-110. 10.1590/S0104-07072005000100014
- Laureys, S., Fins, J. J. (2008). Are we equal in death?: Avoiding diagnostic error in brain death. *Neurology*, 70(4): e14-e15. 10.1212/01.wnl.0000303264.66049.c1
- Liu, S. M., Lin, H. R., Lu, F. L., & Lee, T. Y. (2014). Taiwanese parents' experience of making a “do not resuscitate” decision for their child in pediatric intensive care unit. *Asian Nursing Research*, 8(1): 29-35. 10.1016/j.anr.2013.12.002
- Loike, J., Gillick, M., Mayer, S., Prager, K., Simon, J. R., Steinberg, A., et al. (2010). The critical role of religion: Caring for the dying patient from an Orthodox Jewish perspective. *Journal of Palliative Medicine*, 13(10): 1267-1271. 10.1089/jpm.2010.0088
- Maingué, P. C. P. M., Sganzerla, A., Guirro, Ú. B. D. P., & Perini, C. C. (2020). Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Revista Bioética*, 28: 135-146. 10.1590/1983-80422020281376
- Melo Junior, I. M., Sá, L. D. de, Nepomuceno, F., Silva, E. de A., Lucena, K. D. T. de, & Deininger, L. de S. C. (2015). A espiritualidade e a religiosidade dos médicos na comunicação da morte encefálica aos familiares. *Rev enferm UFPE*, 9(2): 493-9. 10.5205/r.euol.7028-60723-1-SM.0812201402
- Menezes, R. A. (2006). *Emografia de um hospital de cuidados paliativos*. In: Tanatologia e Subjetividades: Revista do núcleo de estudos e pesquisa em tanatologia e subjetividade da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1(1). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Publicação Eletrônica.
- Miller, A. C., Ziad-Miller, A., & Elamin, E. M. (2014). Brain death and Islam: the interface of religion, culture, history, law, and modern medicine. *Chest*, 146(4): 1092-1101. 10.1378/chest.14-0130
- Miller, A. C. (2019). Opinions on the legitimacy of death declaration by neurological criteria from the perspective of 3 Abrahamic faiths. *Medeniyet Medical Journal*, 34(3): 305. 10.5222/MMJ.2019.48379
- Mollaret, P., & Goulon, M. (1959). Le coma dépassé. *Rev Neurol (Paris)*, 101: 3-15.
- Nicholas, D. B., Beaune, L., Barrera, M., Blumberg, J., & Belletrutti, M. (2016). Examining the experiences of fathers of children with a life-limiting illness. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 12(1-2): 126-144. 10.1080/15524256.2016.1156601
- Paraná. (2018). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. Manual para Notificação, *Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos – Curitiba: SESA/SGS/CET*, 68 p. Disponível: [http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos\\_restritos/files/documento/2021-05/manual\\_de\\_diagnostico\\_e\\_manutencao.pdf](http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/manual_de_diagnostico_e_manutencao.pdf)
- Pedraza, R. B., & Beresin, R. (2010). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein. São Paulo*, 8(1 Pt 1): 86-91. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010AO1208>
- Pessini, L. (2009). Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos Códigos de Ética Médica brasileiros e leitura comparada de alguns países. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 33(1): 35-42. Disponível: [https://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/66/35a42.pdf](https://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/35a42.pdf)
- Pestana, A. L., Santos, J. L. G. D., Erdmann, R. H., Silva, E. L. D., & Erdmann, A. L. (2013). Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47: 258-264. Disponível: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033324033>
- Ratzinger, J. (2005). Lettera a Marcello Pera. In: Pera, Marcello; Ratzinger, Joseph. Senza Radici: *Europa, relativismo, cristianesimo, islam*. 6. ed. Milano: Mondadori, p. 97-122.
- Rodrigues, C. F. A., Stychnicki, A. S., Boccalon, B., & Cezar, G. da S. (2013). Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. *Revista Bioethikos-Centro Universitário São Camilo*, 7(3): 271-281. Disponível: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1811.pdf>
- Santa Sé/ Catecismo da Igreja Católica. (2013). Brasília, Edições CNBB. 1148 p.
- Santos, M. J., Moraes, E. L., & Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 36(1): 34-40. Disponível: [http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/90/03.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/03.pdf)
- Seifi, A., Lacci, J. V., & Godoy, D. A. (2020). Incidence of brain death in the United States. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 195: 105885. 10.1016/j.clineuro.2020.105885

- Siqueira, J. E. (2000). Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Bioética*, 8(1): 55-64. [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/261/261](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/261/261)
- Verheijde, J. L., Rady, M. Y., & Potts, M. (2018). Neuroscience and brain death controversies: the elephant in the room. *Journal of religion and health*, 57(5): 1745-1763. 10.1007/s10943-018-0654-7
- Wang, H. H., Varelas, P. N., Henderson, G. V., Wijdicks, E. F., & Greer, D. M. (2017). Improving uniformity in brain death determination policies over time. *Neurology*, 88(6): 562-568. 10.1212/WNL.0000000000003597.
- Wijdicks, E. F., Varelas, P. N., Gronseth, G. S., & Greer, D. M. (2010). Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74(23): 1911-1918. 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8
- Yang, Q., & Miller, G. (2015). East–west differences in perception of brain death: Review of history, current understandings, and directions for future research. *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(2): 211–225. 10.1007/s11673-014-9564-x