

Anencefalia e Morte Cerebral (Neurológica)

MARIA LÚCIA FERNANDES PENNA*

RESUMO

Vem-se discutindo no país a ética da interrupção da gravidez no caso de fetos anencéfalos. Os opositores ao aborto nesses casos apontam, entre outros argumentos, que não se trata de morte cerebral devido à presença de tronco encefálico. Neste artigo discutimos o conceito de morte cerebral e sua aplicação no que tange à anencefalia. Apontamos alguns aspectos históricos do desenvolvimento desse conceito e a importância de ser considerada a diferença entre conceito e critérios. A morte neurológica é a perda definitiva e total da consciência, enquanto a presença do tronco cerebral é apenas um critério a ser usado nos casos de lesão encefálica em encéfalos antes perfeitos. O conceito de morte cerebral se aplica completamente à ausência de córtex dos anencéfalos, o que sem dúvida permite sua retirada do útero materno. Manter juridicamente a criminalização desse procedimento é uma interferência religiosa no Estado laico e democrático, que impede o exercício de escolha pelos indivíduos segundo seu credo.

Palavras-chave: Aborto; morte cerebral; anencefalia.

Recebido em: 04/03/2005.

Aprovado em: 10/06/2005.

As primeiras provas experimentais da importância da formação reticular do tronco encefálico com relação à consciência foram rapidamente seguidas por uma tendência difundida de se acreditar que qualquer paciente inconsciente deverá ter uma lesão ou depressão direta do tronco encefálico, descuidando do fato de que dificilmente se poderia valorizar a formação reticular *se não existisse nenhum córtex cerebral para ativar*.

Plum & Posner (1972 – grifo nosso).

1. Introdução

Desde 1992, juízes e promotores públicos autorizaram cerca de 3.000 casos de interrupção da gravidez de fetos anencéfalos no Brasil. Em julho de 2004, o Supremo Tribunal Federal autorizou a interrupção da gravidez em casos de anencefalia fetal, por liminar concedida pelo ministro Marco Aurélio de Mello, respondendo à ação proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, com o apoio técnico e institucional do ANIS (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero)¹.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais emitiram, desde o final da década de 80, vários pareceres sobre a questão, apontando a necessidade de certeza diagnóstica através de duas ultrasonografias, avaliação psicológica da mãe, consentimento de ambos os pais e autorização judicial. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) também se posiciona a favor da possibilidade de livre escolha dos pais quanto à interrupção da gravidez, sendo a realização do ato médico condicionado à autorização judicial.

Em resposta à consulta nº 8.905/98, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo apoiou a doação de órgãos de recém-nascido anencéfalo e, em 2003, o Conselho Federal de Medicina aprovou em sessão plenária parecer autorizando os médicos a transplantarem órgãos de anencéfalos, ressaltando que “a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, dispõe em seu artigo 3º, que compete ao Conselho Federal de Medicina definir critérios para o diagnóstico de morte encefálica”.

Aqueles que advogam a possibilidade de interrupção da gravidez o fazem diante da inviabilidade do feto para a vida extra-uterina, enquanto os que advogam a continuidade da gestação acreditam que o feto com anencefalia seja um indivíduo vivo que merece a proteção do Estado, negando que se trata de morte encefálica devido à presença de parte do tronco cerebral. A discussão dos aspectos éticos envolvidos nesse cenário não acontece na literatura internacional, já que a maioria dos países europeus e os Estados Unidos permitem o aborto, ou seja, a interrupção voluntária da gravidez. Nesses países, os médicos fazem o diagnóstico e recomendam a interrupção da gravidez, cabendo a decisão aos pais, que o fazem segundo seu credo e visão de mundo.

Neste artigo apontamos a diferença entre conceito e critério de morte cerebral e defendemos que o conceito de morte cerebral pode ser adotado para os casos de fetos com anencefalia, e que entender como crime a interrupção desse tipo de gravidez implica a não-aceitação desse conceito também nos casos de doação de órgãos.

2. O Conceito de Morte Cerebral e os Critérios para seu Diagnóstico

Em 2001, editorial do *New England Journal of Medicine*, publicação de grande impacto no meio médico, ressalta que o termo morte cerebral é impreciso e confuso, mas muito familiar às pessoas, de forma que torna difícil sua substituição por “*brain-based determination of death*”, que poderia ser traduzido em português como *morte neurológica* (CAPRON, 2001; PLUM *et al.*, 1972). A mudança da terminologia é um modo de esclarecer a diferença entre o conceito de morte neurológica e o critério para determiná-la.

Como conceito, a morte neurológica é a morte da pessoa, a impossibilidade de consciência. Como morte é irreversível. A manutenção do organismo biologicamente ativo é realizada artificialmente com o auxílio de drogas e máquinas (respirador). Usamos o termo *biologicamente ativo* para evitar o termo *vivo*, e a aparente contradição entre pessoa morta e organismo vivo. Como ressalta Jacob (1983), ganhador do Nobel de Medicina em 1965, a vida só é possível com a morte. Para a biologia, um ser vivo é aquilo que pode se reproduzir. A reprodução sem morte leva à exaustão da energia que é exigida para a vida. Assim, vida e morte são partes do mesmo processo evolutivo dos seres vivos. Todos os dias células de nossos corpos morrem e outras se reproduzem. Como exemplo, ao produzirmos uma cultura de células humanas

in vitro, teremos sem dúvida células humanas vivas. No entanto, não temos aí uma pessoa ou um indivíduo sujeito de direitos, apesar da singularidade do DNA do indivíduo (espécime de *Homo sapiens sapiens*) que forneceu as primeiras células para a cultura e também da possibilidade teórica de o núcleo dessas células ser usado numa clonagem, gerando aí uma pessoa.

A terminologia empregada quando se trata de morte neurológica é importante, já que o conceito de células e tecidos vivos não corresponde ao conceito ético e filosófico de vida humana. O conceito de morte neurológica como morte da pessoa é amplamente aceito no mundo, por médicos, teólogos e público em geral, não tendo mudado desde que foi pela primeira vez utilizado. No entanto, os critérios para constatação da morte neurológica se alteraram com o tempo e ainda provocam debate (BESLAC-BUMBASIREVIC; JOVANOVIĆ & ERCEGOVIĆ, 2002). O diagnóstico de morte neurológica equivale em termos jurídicos ao diagnóstico de morte constatada com o critério circulatório (parada cardiorrespiratória irreversível)². Portanto, não se trata de morte de uma determinada parte do organismo como muitos interpretam e os termos morte cerebral, morte do tronco encefálico e morte de todo o encéfalo (*whole brain death*) sugerem.

A anatomopatologia foi um marco inaugural na história da medicina moderna ao determinar, no século XVIII, novos quadros nosológicos e novo paradigma para a definição de doenças. Na classificação internacional de doenças atual (CID 10), a maioria das doenças classificadas ainda é definida com base na anatomopatologia. Assim, entende-se por que os médicos, baseados na correlação da clínica com a anatomopatologia, muitas vezes confundem o conceito de morte neurológica com seus critérios. Confunde-se, assim, morte neurológica com a morte de uma determinada parte do encéfalo ou de todo ele – ou seja, confunde-se critério com conceito. Uma breve revisão da história do desenvolvimento dos critérios de morte neurológica demonstra claramente a relevância desta questão.

Em 1959, Mollaret e Goulon descreveram 28 casos de pacientes que apresentavam quadro neurológico denominado pelo autor de *coma dépassé*, que pode ser traduzido como um *estado além do coma*. Progressos técnicos, como a ventilação artificial, haviam permitido a observação de novos aspectos biológicos em seres humanos. O termo *morte cerebral* foi cunhado em 1965, em um relato de transplante renal (KERRIDGE; SAUL; LOWE; McPHEE & WILLIAMS, 2002). Em 1967, na África do Sul, transplante cardíaco é realizado

e amplamente divulgado pela mídia, sendo o doador um caso de morte cerebral (HOFFENBERG, 2001). Embora amplamente noticiados em todo o mundo, tais transplantes não causaram protestos significativos, seja no meio médico seja entre os religiosos ou a população em geral.

Entre 1959 e 1967, define-se no meio médico o conceito de um estado além do coma, denominado por muitos de coma irreversível, e sua equivalência com a morte da pessoa. A existência de um programa de pesquisa em transplantes nos EUA gerou a necessidade ética de criação de consenso em torno de tal tipo de diagnóstico. Em 1968, a Universidade de Harvard tomou a iniciativa de criar o Comitê *Ad Hoc* da Escola Médica de Harvard para Exame da Definição de Morte Cerebral. O trabalho desse comitê definiu critérios clínicos e encefalográficos para o diagnóstico e também apontou a necessidade de a causa do coma ser conhecida para permitir diagnóstico de morte cerebral, evitando erro diagnóstico em condições reversíveis com apresentação clínica semelhante. Joseph Murray, idealizador do Comitê, sugeriu a substituição da denominação de coma irreversível por morte cerebral em todo o relatório, o que não foi aceito pelos demais membros (WIJDICKS, 2003). Embora esse comitê tivesse sido designado justamente para definir critérios de morte cerebral, seu relatório leva o subtítulo de “*definição do coma irreversível*” (AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD SCHOOL, 1968).

Com base no relatório publicado, DOIG & BURGESS (2003) alegam que os critérios do Comitê *Ad Hoc* de Harvard não se basearam no entendimento fisiológico ou filosófico de que a pessoa estava morta, mas definiram o coma irreversível para o qual os cuidados médicos eram considerados fúteis. No entanto, a revisão da correspondência entre os membros do comitê mostra claramente que se trabalhava com o conceito de morte do indivíduo e que se aceitava amplamente a equivalência entre morte cerebral e morte da pessoa³. O comitê trabalhava, portanto, na definição de critérios e não de um conceito. Procurava estabelecer critérios que garantissem tanto a completa ausência de consciência, como sua irreversibilidade. Tratava-se de critérios clínicos e fisiológicos e não anatomopatológicos, já que se incluía, entre eles, a ausência dos reflexos do tronco cerebral, mesmo que as lesões do tronco cerebral apenas viessem a ser descritas como um componente crítico da lesão cerebral severa em 1971 (MOHANDAS & CHOU, 1971).

A Conferência dos Colégios Médicos Reais no Reino Unido aponta a lesão irreversível do tronco cerebral como a base anatomopatológica para a

produção da morte cerebral, em 1976. No documento produzido também se incluiu o refinamento do teste da apnéia, já contemplado na recomendação do Comitê de Harvard. A partir daí, alguns substituem o termo morte cerebral por *morte do tronco cerebral*.

Em 2001, Wijdicks faz a revisão do critério de morte cerebral em 80 países, encontrando diferenças em procedimentos, na qualificação e experiência dos médicos, no método do teste de apnéia e na preferência por certos exames confirmatórios. Existem também diferenças legais, com os EUA e a Austrália definindo os critérios em leis, e a Inglaterra e outros países europeus delegando a definição dos critérios a Comissões Nacionais de Bioética ou a Conselhos de Medicina. A legislação americana define a morte neurológica como a ausência de toda função encefálica, o que é referido como morte de todo o encéfalo, embora seja relatado que, na prática médica, o critério usado é o da perda de função do tronco encefálico (TRUOG, 1997).

O histórico apresentado mostra como o conceito de morte cerebral surge do *coma dépassé*, ou seja, do coma irreversível e seus critérios mudam segundo o desenvolvimento do conhecimento sobre a neurofisiologia da consciência. O coma é o estado mais avançado de alteração da consciência, em que não existe resposta aos estímulos e não existe ciclo sono-vigília. Trata-se, portanto, da ausência de consciência. Assim, a morte da pessoa corresponde à impossibilidade de retorno da consciência. Sabe-se que o sistema ativador reticular ascendente – que, embora não se restrinja ao tronco cerebral, envolve grandes porções da formação reticular do tronco – é responsável pela ativação do córtex cerebral que mantém o estado de consciência (ZEMAN, 2001). Lesões irreversíveis do tronco cerebral impossibilitam, desse modo, o retorno da consciência⁴, devido à ausência de ativação do córtex. A ausência irreversível do córtex corresponde à mesma perda funcional em termos da consciência humana.

3. O Conceito de Morte Neurológica e a Anencefalia

A anencefalia é um defeito congênito decorrente do mau fechamento do tubo neural que ocorre entre o 23 e 28 *dias* de gestação. Trata-se de um problema da embriogênese que ocorre muito precocemente na gestação, causado por interações complexas entre fatores genéticos e ambientais (DIAS & PARTINGTON, 2004). No Brasil a incidência é de cerca de 18 casos para cada 10.000 nascidos vivos (PINOTTI, 2004). O prognóstico de uma criança

nascida a termo é de manutenção de batimentos cardíacos por poucas horas e, no máximo, alguns dias.

Defendemos a tese de que o feto anencefálico é um feto morto, segundo o conceito de morte neurológica. Esse feto, mesmo que levado a termo, não terá nem um segundo de consciência, não poderá sentir dor, ver, ouvir – em resumo, não poderá experimentar sensações. É, portanto, um feto morto porque não há potencialidade de se tornar uma pessoa, não há possibilidade de consciência devido à ausência de córtex cerebral.

Em 1988, recém-nascidos com anencefalia foram doadores de órgãos para transplante (ALATIS, 1989). Vários artigos foram publicados sobre a ética de se considerar os anencéfalos como doares, o que corresponde a considerá-los mortos. Nos EUA, a morte neurológica é definida em lei e não inclui anencéfalos. Mesmo diante desse conceito legal, um comitê em Michigan se declarou a favor de considerá-los doadores, dada a certeza diagnóstica e a ausência física de formação cerebral que permita a consciência (ETHICS AND SOCIAL IMPACT COMMITTEE, 1988). Alguns autores propuseram a criação de uma nova categoria legal – cérebro ausente (FOST, 1988). Em resposta, outros autores afirmaram que os esforços para a mudança da lei não seriam úteis, dado o número reduzido de nascidos vivos anencefálicos, a possibilidade de diagnóstico durante a gestação e a freqüente opção dos pais pela interrupção da gravidez permitida legalmente nos EUA e outros países (SHEWMON, 1988).

4. Conclusão

A oposição à interrupção da gravidez em casos de anencefalia é de fundo religioso. A Igreja católica se posiciona firmemente neste sentido e argumenta contra a aplicação do conceito de morte cerebral nesses casos, mas é a favor da doação de órgãos dos anencéfalos (BARTH, 2004). Trata-se de uma contradição, porque se consideramos um anencéfalo após o parto como doador de órgão isto significa que o consideramos morto. Dado que nada mudou quanto à possibilidade de consciência entre o diagnóstico na 12ª semana e o parto a termo, ao concordarmos que o anencéfalo pode doar órgãos, por coerência, temos de concordar que o embrião ou feto já estava morto. A conduta obstétrica frente a um feto morto é sua retirada do útero materno usando a estratégia mais adequada ao período da gestação.

Outro argumento utilizado pelos que se opõem à interrupção da gravidez de anencéfalos é que sua descriminalização, representando uma abertura, contribui para a legalização total do aborto (BARTH, 2004). O argumento é conhecido como a *premissa da ladeira escorregadia*, ou seja, a crença que uma maior tolerância leva obrigatoriamente a uma flexibilização moral que termina inevitavelmente na imoralidade (DINIZ, 2003). Para os que acreditam nessa premissa, a atitude conservadora é sempre a solução, mesmo diante de fatos novos criados pelo desenvolvimento científico, como a possibilidade de diagnóstico de anencefalia durante a gravidez. Trata-se do temor do futuro impedindo a avaliação moral de situações particulares no presente. Na verdade, quem torna a “ladeira” escorregadia são aqueles que borram os limites entre situações aparentemente assemelhadas, tornando confusas as questões éticas envolvidas e negando a particularidade de casos como a anencefalia.

Sem dúvida, qualquer profissional de saúde sofre de angústia moral ao acompanhar o sofrimento de uma mãe aguardando durante cinco meses a parada cardíaca intra-uterina ou o parto do que não será uma criança viva. A criminalização do aborto nesses casos impede que os pais façam uma escolha, sendo constrangidos pela lei a continuar a gravidez.

No momento em que os religiosos pressionam o Estado no sentido da criminalização do aborto de fetos anencéfalos (SCHERER, 2004), eles estão impedindo que, no plano religioso, os indivíduos façam escolhas morais. Isto é tanto mais estranho, dado o fato de o Cristianismo, como o Judaísmo, acreditar que Deus criou o homem com livre arbítrio, ou seja, liberdade moral. Por poder se inclinar tanto para o mal como para o bem e fazer escolhas morais, o valor de um homem que segue as leis de Deus seria maior do que de seres sem o livre arbítrio. Se o texto apresentado no *site* do Conselho Nacional dos Bispos do Brasil (BARTH, 2004) combatendo a interrupção da gravidez em casos de anencefalia coloca a continuação da gravidez como uma escolha por parte da mulher⁵, a criminalização da interrupção da gravidez em tais casos seria uma forma de tornar impossível o exercício do livre arbítrio humano.

O Estado democrático é laico, devendo legislar sobre princípios básicos que permitam tanto a convivência harmônica de todos como as diferentes escolhas morais baseadas nas crenças de cada um. Se a legislação e sua interpretação forem determinadas por diretrizes religiosas emanadas da alta hierarquia eclesial, estamos de fato impedindo a liberdade de credo e utilizando o poder do Estado para garantir que todos os cidadãos sigam tais diretrizes. Os católicos têm direito de

defender suas idéias, mas não de impô-las a todos através dos aparelhos de Estado. Acreditamos que católicos que ocupam posição pública com função de defender o Estado laico e democrático devem seguir o seu próprio catecismo, que afirma:

“1738. La libertad se ejercita en las relaciones entre los seres humanos. Toda persona humana, creada a imagen de Dios, tiene el derecho natural de ser reconocida como un ser libre y responsable. Todo hombre debe prestar a cada cual el respeto al que éste tiene derecho. El derecho al ejercicio de la libertad es una exigencia inseparable de la dignidad de la persona humana, especialmente en materia moral y religiosa (cf DH 2). Este derecho debe ser reconocido y protegido civilmente dentro de los límites del bien común y del orden público (cf. DH 7).”⁶

Portanto, um cristão no exercício de funções no Estado de direito deve assegurar a César o que é de César e a Deus o que é de Deus.

A leitura de diversos pareceres dos CRM e do CFM mostram um consenso em torno da interrupção da gravidez nos casos de anencefalia, ao mesmo tempo em que expressam diferentes opiniões quanto à interrupção da gravidez em caso de outras malformações muito graves, mas compatíveis com a vida (ver Parecer Consulta 10/91, interessado CFM). Parece que, para os médicos, o limite entre a anencefalia e outros casos está bem claro – trata-se de morte neurológica, como demonstrado neste artigo⁷.

Referências

AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD SCHOOL. A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard School to examine the definition of brain death. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 205, n. 337, p. 340, 1968.

ALATIS, A. J. Organ harvesting from anencephalic infants: health management over a sinkhole. *Health Matrix*, v. 6, n. 4, p. 3-11, 1989.

BARTH, W. L. Aborto e anencefalia. Disponível em <<http://www.cnbb.org.br/Artigo01.php>>. Acesso em: dez. 2004.

BESLAC-BUMBASIREVIC, L.; JOVANOVIC, D.; ERCEGOVAC, M. Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. *Neurology*, Minneapolis, v. 59, n. 3, p. 470-471, 2002.

CAPRON, A. M. Brain death: well settled yet still unresolved. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 344, n. 16, p. 1.244-1.246, 2001.

CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA. Disponível em <<http://www.vatican.va/archive/ELS0022/P50.HTM>>. Acesso em: 12 fev. 2005.

DIAS, M. S.; PARTINGTON, M. Embryology of myelomeningocele and anencephaly. *Neurosurg Focus*, v. 16, p. 1-16, 2004.

DINIZ, D. Antecipação terapêutica de parto: uma releitura bioética do aborto por anomalia fetal do Brasil. In: DINIZ, D.; RIBEIRO, D. C. (Eds.). *Aborto por anomalia fetal*. Brasília: Letras Livres, 2003. p. 21-92.

DOIG, C. J.; BURGESS, E. Brain death: resolving inconsistencies in the ethical declaration of death. *Canadian Journal of Anaesthesia*, Ontario, v. 50, n. 7, p. 725-731, 2003.

ETHICS AND SOCIAL IMPACT COMMITTEE. Anencephalic infants as sources of transplantable organs by the Ethics and Social Impact Committee, Transplant Policy Center, Ann Arbor, MI. *Hastings Center Report*, New York, v. 18, n. 5, p. 28-30, 1988.

FOST, N. Organs from anencephalic infants: an idea whose time has not yet come. *Hastings Center Report*, New York, v. 18, n. 5, p. 28-30, 1988.

HOFFENBERG, R. Cristiaan Barnard: his first transplants and their impact on concepts of death. *British Medical Journal*, Edinburgh, v. 323, p. 1.478-1.480, 2001.

JACOB, F. *A lógica da vida*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

KERRIDGE, I. H.; SAUL, P.; LOWE, M.; McPHEE, J.; WILLIAMS, D. Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death. *Journal of Medical Ethics*, London, v. 28, p.

MOAHADAS, A.; CHOU, S. N. Brain death: a clinical and pathological study. *J. Neurosurg.*, Charlottesville, Va., v. 35, n. 211, p. 218, 1971.

MOLLARET, P.; GOULON, M. Le coma dépassé. *Rev. Neurol.*, Paris, v. 101, p. 3-5, 1959.

PINOTTI, J. A. *Anencefalia*: opinião. Disponível em: <<http://www.febrasco.org.br/anencefalia2.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2004.

PLUM, F.; POSNER, J. B. *The diagnosis of stupor and coma*. New Jersey: F. A. Davis, 1972.

SCHERER, O. P. *Carta do Secretário Geral da CNBB*. Disponível em: <http://www.cnbb.org.br/abortoFetoAnencefalia.php>>. Acesso em: dez. 2004.

SHEWMON, D. A. Anencephaly: select medical aspects. *Hastings Center Report*, New York, v. 18, n. 5, p. 11-19, 1988.

TRUOG, R. D. Is it time to abandon brain death? *Hastings Center Report*, New York, v. 27, p. 29-37, 1997.

WIJICKS, E. F. M. The neurologist and Harvard criteria for brain death. *Neurology*, Minneapolis, v. 61, n. 7, p. 970-976, 2003.

WIJICKS, R. M. Determination of brain death worldwide: not much of a consensus. *Annals of Neurology*, Boston, v. 50, n. 3, p. S34, 2001.

ZEMAN, A. Consciousness. *Brain*, Oxford, v. 124, p. 1263-1289, 2001.

NOTAS

* Médica, Doutora em Saúde Pública, Professora adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora associada do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Endereço eletrônico: mlpenna@ims.uerj.br.

¹ Tal autorização foi cassada em outubro do mesmo ano por maioria de votos.

² A parada cardiorrespiratória não é necessariamente irreversível, não sendo, portanto, sinônimo de morte, embora evolua para a irreversibilidade se medidas de recuperação cardiorrespiratórias não forem imediatamente tomadas. Por exemplo, uma criança que apresenta parada cardiorrespiratória após um choque elétrico tem uma chance muito alta de se recuperar. Um médico presente deve fazer o diagnóstico de parada cardíaca e iniciar as manobras de recuperação. Trata-se, portanto, de situação completamente distinta da constatação do óbito de um doente terminal com câncer, por exemplo.

³ Em memorando a Beecher, dr. Denny Brown escreve: “*I would suppose that brain death was now almost universally accept as death of that individual*” (WIJICKS, 2003, p. S34).

⁴ Vale ressaltar a diferença entre morte neurológica e estado vegetativo persistente. O estado vegetativo não pode ser considerado irreversível, já que existem raros casos de recuperação de

algum grau de consciência. O estado vegetativo apresenta o ciclo sono-vigília, ou seja, o paciente está acordado, mas não alerta, não sendo classificado como coma.

⁵ “Afirmo que, nestes casos, o aborto não se revela a melhor **opção**. A **decisão** é difícil. A maioria das mulheres, como primeira reação, **opta** pelo aborto, mas esta decisão ...” (grifo nosso).

⁶ *Catecismo Católico*; Tercera parte: La vida en Cristo; Primera sección: La vocación del hombre: la vida en el espíritu; Capítulo primero: La dignidad de la persona humana; Artículo 3: La libertad del hombre; I Libertad y responsabilidad.

⁷ Agradecemos ao prof. Sérgio Carrara, do IMS/UERJ, pela leitura e sugestões para este artigo.

ABSTRACT

Anencephaly and Brain Death

Brazilian society has recently discussed the ethics of interrupting pregnancy in the case of an anencephalic fetus. In such cases, anti-abortionists contend that anencephaly is not the same as brain death, since a brainstem is present. This article discusses the concept of brain death and its application to the issue of anencephaly. We point to key historical aspects in the development of this concept and the importance of considering the difference between concept and criteria. Neurological death is the definitive and complete loss of consciousness, while the presence of a brainstem is merely a criterion to be used in cases of head injury in previously intact brains. The concept of brain death is totally applicable to the absence of cortex in a fetus with anencephaly, which without a doubt allows such a fetus to be removed from the uterus. To maintain the criminalization of this procedure by legal means represents religious interference in the lay and democratic state, thus impeding exercise of choice by individuals in accordance with personal creed.

Key words: Abortion; brain death; anencephaly.