

A MORTE CEREBRAL COMO O PRESENTE PARA A VIDA: EXPLORANDO PRÁTICAS CULTURAIS CONTEMPORÂNEAS
BRAIN DEATH AS A PRESENT FOR LIFE: EXPLORING CONTEMPORARY CULTURAL PRACTICES
LA MUERTE CEREBRAL COMO UN REGALO PARA LA VIDA: EXPLORANDO LAS PRÁCTICAS CULTURALES CONTEMPORÂNEAS

Mara Ambrosina Vargas¹, Flávia Regina Souza Ramos²

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunto da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Atua no Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do Grupo Práxis na UFSC.

² Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem pela UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do Grupo Práxis na UFSC.

PALAVRAS-CHAVE: Morte cerebral. Cultura. Bioética. Enfermagem.

RESUMO: O ensaio reflexivo aborda a morte cerebral e a doação de órgãos situando-as como práticas culturais contemporâneas e tendo como suporte teorizações que problematizam o corpo e o sujeito na pós-modernidade, especialmente estudos pós-estruturalistas. São destacadas as relações entre as dimensões culturais, científicas, filosóficas e jurídicas que constituem um campo de contestações e negociações, onde se dão as decisões, normas e aparatos tecnológicos em torno da morte, doação e transplante de órgãos.

KEYWORDS: Brain death. Culture. Bioethics. Nursing.

ABSTRACT: This reflexive essay approaches brain death and organ donation, establishing both as a contemporary cultural practice. It is based on the theorization that argues for the body and the subject in the postmodernism, especially in post structural studies. This study also highlights the relationships between cultural, scientific, philosophical and legal dimensions that constitute a field of contestation and negotiation in which the decisions are made towards norms and technological devices concerning death, organ donation and organ transplantation.

PALABRAS CLAVE: Muerte cerebral. Cultura. Bioética. Enfermería.

RESUMEN: El ensayo reflexivo trata sobre la muerte cerebral y la donación de órganos situándolas como prácticas culturales contemporáneas, cuyo soporte está en las teorizaciones que problematizan el cuerpo y el sujeto en la post-modernidad, en especial los estudios post-estructuralistas. Se destacan las relaciones entre las dimensiones culturales, científicas, filosóficas y jurídicas, quienes constituyen un campo de contestaciones y negociaciones, en donde ocurren las decisiones, las normas y los aparatos tecnológicos respecto a la muerte, donación y el trasplante de órganos.

Endereço: Mara Ambrosina Vargas.
R. dos Pessegueiros, 155
92.320-360 - Harmonia, Canoas, RS
E-mail: maraav@terra.com.br

Artigo original: Reflexão teórica
Recebido em: 08 de agosto de 2005
Aprovação final: 17 de fevereiro de 2006

ACESSO AO TEMA

A aproximação a este tema pode ser considerada de duas perspectivas. A primeira, reporta a uma inserção em estudos acadêmicos sobre a intensificação da tecnologia e à influência desta sobre o sujeito trabalhador da enfermagem e sobre a qualidade de vida dos sujeitos pacientes; os direcionamentos possíveis na problemática da doação e dos transplantes de órgãos dados pela bioética e pelas re-significações do viver e morrer, da saúde e doença em tempos denominados pós-modernos. Já a segunda, relaciona-se, justamente, ao aporte teórico utilizado para refletir sobre estas temáticas. Ou seja, para o desenvolvimento desta reflexão, buscou-se apoio na teorização cultural e no trabalho de autores e autoras, entre outros Michel Foucault, que têm problematizado a noção de corpo e de sujeito, na pós-modernidade, a partir de pressupostos teóricos do pós-estruturalismo. Tais pressupostos são assumidos por se entender que noções como humano, tecnologia, vida, morte, saúde e doença só podem ser significadas culturalmente, já que são produzidas no âmbito de práticas discursivas específicas. Dito de outro modo, apreende-se que tais práticas discursivas, **instituídas por e instituintes** de relações de poder, fazem mais do que simplesmente designar e transcrever o real; elas criam e legitimam aquilo que passa a ser reconhecido como sendo a realidade.¹

Convém, ainda enfatizar, a assertiva de que atualmente é quase impossível escaparmos da cultura. Nesta perspectiva, tal **explosão da cultura** explica-se na medida em que a mesma está atrelada a assuntos de importância empírica. Isto é, entende-se que as práticas culturais e institucionais estão intrinsecamente presentes em todos os campos da vida social. Na área da tecnobiomedicina, por exemplo, o crescimento dos meios de comunicação, as novas tecnologias de imagem e de intervenção sobre o corpo humano, mesmo que possam traduzir avanços tecnológicos científicos, têm um profundo impacto nas maneiras como se organiza a própria vida e nas formas como as pessoas se relacionam umas com as outras. Logo, de um papel secundário em relação à ciência, a cultura veio ocupar um papel constituinte nas ciências sociais. Em vez de ser vista como uma mera leitura sobre os processos econômicos ou políticos, colocada no lugar de “outro interveniente” sobre o que era realmente fundante, a cultura é agora considerada como sendo constitutiva do mundo social, tanto quanto tais processos econômicos e políticos. Não apenas isto; na perspectiva teórica, ora operada, a cultura assume uma centralidade,

já que se parte-se do argumento de que todas as práticas sociais são práticas de significação, fundamentalmente culturais. Entende-se, pois, que toda condução da prática social remete a certos significados, ou a condições de pensar significativamente sobre ela. A produção de significados sociais é, portanto, um requisito necessário ao funcionamento de qualquer prática social e uma explanação das condições culturais das práticas sociais precisa tomar parte da explanação sociológica de como elas funcionam.²

Isto posto, o propósito deste ensaio reflexivo é o de a partir do tema contemporâneo da morte cerebral e da doação de órgãos, demonstrar não apenas como e por quê práticas culturais e institucionais vieram desempenhar um papel tão crucial na vida no presente, mas também introduzir alguns dos conceitos centrais de análise envolvidos na realização de um estudo cultural. Assim, busca-se sinalizar que as fronteiras onde as diferenças entre vida e morte, corpo e mente, humano e tecnologia, natural e artificial, orgânico e inorgânico são definidas, tornaram-se ambíguas. Cientes de que tal ambigüidade não é explícita, o exercício que se faz é o de, justamente, pretender dar-lhe visibilidade. Considera-se, também, a pertinência de pensar as novas tecnologias, as que possibilitam definir a morte cerebral para uma efetivação da doação de órgãos na sociedade ocidental, como expressas através de pontos de vista multifacetados. Isto é, que tais tecnologias têm sido abordadas por diferentes, contraditórias e complementares perspectivas, entre estas: a cultural, a científica, a filosófica, a social, a jurídica, a econômica e a política, cada qual, inserindo a seu modo, também, um viés bioético. Infere-se que tais perspectivas tornaram-se participantes ativas no processo de naturalização de um conjunto de elementos que atualmente compõem as decisões, as normas e as rotinas de programas e políticas que tratam da morte, da doação e do transplante de órgãos. Esse é o elemento que se quer destacar: tal processo de naturalização, por si, não é bom ou ruim, intencional ou espontâneo, certo ou errado, justo ou injusto. É, pois, reflexo da complexidade, determinações e contingências das práticas de saúde na contemporaneidade.

O QUE TORNA A MORTE CEREBRAL E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARTE DE NÓSSA CULTURA?

Pode-se dizer que a vida e a morte foram questionadas e pensadas nas mais diversas culturas e perspectivas filosóficas e religiosas, através dos tempos.

Além disso, nunca antes podem ser encontradas tantas maneiras de significar tais noções dentro de uma mesma racionalidade, a científica. Talvez isso expresse a especificidade desta época, na medida que a medicina avançada, a que inova em transplantes de órgãos e utiliza procedimentos de reanimação, se vê confrontada a uma relativização da definição de morte.

Viver e morrer, fronteiras radicalmente rompidas com a intensificação da tecnobiomedicina? Vida e morte, pensados e vividos em suas conexões com as máquinas do início século XXI, tornam ambíguas as diferenças entre aquilo que se autocria (por exemplo, o humano) e aquilo que é externamente criado (por exemplo, esse mesmo humano com um coração doado por outro humano). Em tempos atuais, parece que “pesa” mais ainda o que pode, afinal, significar a morte quando se trata de produzir sentidos sobre o que, afinal, é viver. Paradoxalmente, quanto mais se envolve nesse empreendimento, mais a definição do que é morrer, afinal, escapa.¹

Concomitante ao exposto, explorar o advento das novas tecnologias na constituição de subjetividades pode fazer pensar ontologicamente, uma vez que aquilo que caracteriza a vida, o ser vivo, faz problematizar aquilo que caracteriza a morte. Por exemplo, diante de um/a paciente com diagnóstico de morte cerebral, mediante essa concepção de morte-morrer, este/a ainda teria seus órgãos vivos; ele/ela seria, portanto, um ser que contém, em si, elementos próprios de quem está vivo e, ao mesmo tempo, elementos que sustentam a sua morte.¹

Como já referido, a morte foi pensada de muitas formas, nas diferentes sociedades e culturas. Nessa direção, estudiosos fazem uma abrangente contextualização histórica de como a morte tem sido pensada e vivida pelo homem, ocidental, desde a antiguidade até a contemporaneidade.^{3,4} Segundo tais estudos, na antiguidade, a morte era experimentada no coletivo e na vida cotidiana como fato previsível mas, também, misterioso. A morte, ao ser vivida como um acontecimento menos privado, acarretava um contato mais estreito com moribundos e, por isso, imputava aos indivíduos a crença da própria morte.⁴ Para além disso, a proximidade da morte manifestava-se através de pestes, guerras e de uma medicina ainda incipiente, quando comparada à do século XXI. O paciente terminal da sociedade medieval, seja por qual fosse a causa ou patologia, tinha uma morte considerada natural e, muitas vezes, não diagnosticada.⁵

Outro aspecto importante desse período era o fato de que a morte muitas vezes se fazia anunciar: ora com

sinais ou premonições sobrenaturais, ora com sinais naturais. Assim, frente a essas premonições e à naturalidade da morte, as pessoas preparavam-se para morrer. “Em seu leito de morte, eram assistidas e acalentadas, sem que nenhum interdito interrompesse esse processo de morrer. Como resultado, nessas sociedades tradicionais, terminado o funeral, terminava a desolação”.^{3:16}

De Homero a Tolstói, a expressão constante de uma mesma atitude global perante a morte permitiria a tentação de pensar em uma continuidade nos modos de concebê-la e vivê-la nesse período de quase dois milênios. Em contrapartida, a morte estaria agora tão apagada dos costumes das sociedades civilizadas que tornar-se-ia difícil imaginá-la e compreendê-la. A atitude antiga, em que a morte era ao mesmo tempo próxima, familiar e menos temida opõe-se, demasiadamente, à atual, em que ela parece causar tanto medo que já não se ousaria pronunciar o seu nome: “É por isso que, quando chamamos a esta morte familiar a morte domada, não entendemos por isso que antigamente era selvagem e que foi em seguida domesticada. Queremos dizer, pelo contrário, que hoje se tornou selvagem quando outrora não o era. A morte mais antiga era domada”.^{3:40}

Num contraponto à posição deste autor, sustentada por sua análise da narrativa de Tolstói sobre o processo de morrer do servo e do senhor,³ aponta-se o argumento que não se pode negligenciar a conexão entre o modo de viver e o modo de morrer de um e de outro, e que talvez Tolstói isso quisesse demonstrar, ao enfatizar essa diferença de conduta perante a morte do servo e do senhor.⁴ Assim, é defendido que “seria interessante fazer um levantamento de todas as crenças que as pessoas mantiveram ao longo dos séculos para habituar-se ao problema da morte e sua ameaça incessante a suas vidas; e ao mesmo tempo mostrar tudo o que fizeram umas às outras em nome de uma crença que prometia que a morte não era um fim e que os rituais adequados poderiam assegurar-lhes a vida eterna”.^{4:12}

Pode-se apreender dessa argumentação que, mais do que caracterizar o processo de morte-morrer como sendo “mais natural” até meados do século XX, é importante relativizar a idéia de que, necessariamente, todos os indivíduos e, em especial as culturas de que esses faziam parte, aceitassem a morte passivamente. O que se pode dizer é que as formas de morrer e de definir a morte estão limitadas às possibilidades de cada época. Então, desde o final do século XX, diante de iniciativas como as desenvolvidas pela tecnociência contemporânea, a morte evidencia mudanças em suas configurações. Isto é, essa passou a ser encarada como

“uma disfunção passível de ser evitada ou, pelo menos, postergada, ampliando o sentido de poderio técnico, tão forte na modernidade”.^{6:86} E é nessa possibilidade de intervir, mais ativamente, sobre o processo de morrer que se pode localizar uma descontinuidade no processo de morte-morrer. Ou seja, o aprimoramento da tecnobiomedicina estabeleceu condições que permitem intervir sobre a morte das mais variadas maneiras. O indivíduo hospitalizado, diferente das sociedades antigas, não tem mais a certeza de que vão deixá-lo morrer. Na dúvida, médicos e enfermeiras se precipitam sobre o morrer dos moribundos, impedindo-o, prorrogando-o, desfigurando-o.¹

O objetivo primeiro do atendimento a um/a paciente é a manutenção da vida. “Os profissionais de saúde são preparados para a manutenção da vida, tendo dificuldades para lidar com situações de morte-morrer”.^{5:14} Ou seja, o/a paciente de hoje, com diagnósticos e hipóteses prognósticas definidas, dificilmente terá ‘morte natural’. Ele/ela tem grandes possibilidades de passar por respiração artificial, filtração renal, quimioterapia, drogas vasoativas, reanimação cardiorrespiratória, dentre os inúmeros recursos existentes.^{5:14}

A imortalidade está baseada menos na apreciação do que seja vida e mais no medo da morte. Seria um temor que, nesse caso, estaria centrado na imagem antecipada da morte. Estaríamos diante de uma sociedade que busca incessantemente a imortalidade. Nessa perspectiva, a mortalidade é tornada anônima, escondida, e a imortalidade é que é visibilizada,⁷ já que “considera-se cada vez mais normal substituir o direito à saúde pelo direito de não mais morrer”.^{8:23} A ciência criou a vida crônica, e a ambição de limitar a morte é o outro lado da moeda da vontade de tornar a vida ilimitada e infinda.

Analisando a relação do viver e do morrer com o poder, enfatiza-se na literatura que, de maneira extrema, se poderia crer que hoje a morte é mais objeto de tabu do que o sexo.⁹ Com esse entendimento, é relacionado o ocultamento da morte a uma transformação das tecnologias de poder. Até o século XVIII, a morte era demasiadamente valorizada e ritualizada porque se tratava da manifestação de uma passagem de um poder ao outro: do poder do soberano terrestre ao poder do soberano celeste. De um direito civil e público, de vida e morte, a um direito que era de vida eterna ou de eterna condenação. Prosseguindo nessa argumentação, refere-se que as atuais tecnologias de poder biopolítico tomam como alvo a vida, na medida em que “a velha potência da morte que simbolizava o

poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”.^{10:131} Nesta direção, o biológico reflete-se no político, pois o fato de viver cai, em parte, no campo de controle do saber e da intervenção do poder. “A morte é o limite, o momento que lhe escapa”.^{10:130} Terminada a vida, termina o poder, pois a morte encontra-se fora da capacidade de ação do poder. O poder, incapaz de dominar a morte, dominará a mortalidade. Há, portanto, um processo de exclusão da morte com uma concomitante valorização da imortalidade, como possibilidade de uma permanência da ação do poder. Talvez tal análise de estudo⁹ ajude a explicar a atual desqualificação da morte, marcada pelo desuso dos rituais que a acompanhavam.

Desta análise pode-se lançar o pressuposto de que a tecnobiomedicina só exerce seu poder sobre a morte, como diria, exercendo seu direito de prolongar a vida, otimizando ou definindo regularidades e regulações para o que se pode caracterizar como o estado de vida.⁹ Nessa perspectiva de valorização da vida, a medicina fracassa se, e quando, a morte ocorre. Ela parece exercer cada vez menos o direito de deixar morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver. A ritualização recai, agora, sobre a capacidade de promover novos arranjos que, interminavelmente, sustentem a vida e, assim, o poder. Controlar a vida implica constantemente ressignificar a morte e, nessa direção, o discurso científico sobre a morte tem sido articulado na confluência dos discursos médico (com seus desdobramentos na tecnobiomedicina), jurídico e ético. E assim, chega-se a morte na terceira pessoa, a morte em geral, a morte abstrata e anônima, um objeto como outro qualquer, um objeto que pode ser descrito e analisado. Para além disso, chega-se também a um processo permanente de aprendizado, ora sobre as reconceitualizações de morte-morrer, ora acerca das maneiras de interrompê-la ou, se for o caso, decretá-la. A esse respeito, alguns especialistas têm sido convocados para legitimar esse discurso científico sobre a morte, por exemplo, o médico neurologista, para diagnosticar uma morte encefálica.¹

Estudos que utilizam documentos da história recente e materiais publicados na mídia contemporânea, demonstram o esforço para tornar inquestionáveis, dentro do círculo profissional médico, os argumentos utilizados para a institucionalização e legitimação da morte cerebral como sinal inequívoco de cessação da vida no corpo humano (assim como os conceitos de morte vegetativa e de parada do coração e dos pul-

mões, seguidos por sua rotinização). Tal desejo de definir a vida e a morte como conceitos cientificamente comprováveis e como categorias verificáveis, têm fomentado discussões e esforços em todo o mundo.^{11,12}

Como as/os profissionais enfermeiras/os se relacionam com o processo de morte e morrer e de doação de órgãos? É pertinente lembrar que tais profissionais estão diretamente implicados nestes processos, ao menos pelas seguintes evidências: conectam pacientes a diferentes equipamentos para mantê-los/las vivos/as; detectam limiares tênues e deslizantes entre o viver o e morrer quando estão conectadas a diferentes máquinas; cuidam dos/das receptores/as de órgãos de outro ser humano com o objetivo de que obtenham uma sobrevida; conservam pacientes doadores/as de órgãos conectados/as a várias máquinas para a manutenção das condições 'ideais' para doar seus órgãos a outro(s) ser(es) humano(s); participam ativamente do processo de definição do tipo e do momento da morte, justamente porque estão amparadas por uma infinidade de protocolos assistenciais que os auxiliam, ou melhor, os conduzem, indicando qual é o manejo destas situações. E, mais recentemente, integram a equipe de captação de órgãos.

Nessa perspectiva, a discussão da morte permite assinalar e, através desse procedimento, questionar e problematizar algumas polaridades, tais como: as relações entre a mente e o corpo; a morte cerebral e a morte orgânica; o reverssível e o irreverssível; os/as pacientes vivos/as e os corpos mortos; o/a receptor/a vivo/a e o/a doador/a cadáver; a avaliação clínica da morte e a avaliação tecnológica da morte; as decisões médicas e as opiniões e valores; e o/a especialista científico/a e os/as outros/as especialistas. Permite, também, operar com essas dicotomias para colocá-las sob tensão e, assim, demonstrar a inexistência da possibilidade de uma delimitação entre suas fronteiras, obrigando à convivência com tais relações de forma ambivalente, polissêmica e polêmica.¹

Um tema já tocado, e que agora pode ser retomado, é o da íntima relação entre as políticas de morte e as políticas de transplante. De certa maneira, é possível afirmar que a morte cerebral está sendo estabelecida a partir de, e em função de critérios e convicções derivados da necessidade de conseguir mais órgãos e, por extensão, mais vida.

Morte cerebral ou morte encefálica é uma definição que começou a ser utilizada, na década de 60, nos Estados Unidos e na maior parte da Europa, para facilitar a doação de órgãos e justificar o desligamento dos

ventiladores mecânicos. O mais importante é que tem sido possível sustentar uma pessoa com diagnóstico de morte-cerebral por algumas horas, semanas e, mais recentemente, por períodos mais longos de tempo. Mediante esses avanços tecnológicos, muitas pessoas com morte cerebral mantêm seus corações batendo "naturalmente". Algumas vezes, quando um coração pára, ele pode ser reanimado, ou máquinas podem fazer esse papel e, nesse caso, esses corpos são chamados por alguns médicos de cadáveres sem batimentos.

Na citação, "Morte encefálica é MORTE! [...] declarar o paciente CADÁVER, corpo, afastar as falsas esperanças!"^{13:216} evidencia-se um esforço em estabelecer uma uniformidade em relação a como tratar o momento em que é diagnosticada uma morte encefálica ao mesmo tempo em que se busca, também, dirimir qualquer dúvida sobre como proceder, nesse caso. No entanto, as palavras destacadas pelo autor não conseguem escamotear toda a tensão que atravessa os significados que a morte assume em nosso contexto cultural. A citação também parece endossar o pressuposto de que determinados tipos de morte recebem uma abordagem mais intervencionista, no sentido de estabelecer, de maneira mais imediata, o momento em que a vida cessa e se instala a morte. No caso em questão, a morte encefálica é tratada com um tipo de morte que 'necessita' dessa imediatez e exatidão.

Uma investigação etnográfica¹² comparou a repercussão da definição científica de morte cerebral em um país ocidental e no Japão e concluiu que os norte-americanos adotam a definição científica de morte, que é discutida pelos e entre os/as cientistas, na perspectiva da valorização do transplante e aproveitamento de órgãos e com ênfase no/a receptor/a, idéia prática de chances de vida. Já os japoneses teriam uma visão mais holista da morte e não incorporam tanto o dualismo mente/corpo. As maneiras de lidar com a morte são discutidas publicamente, e os japoneses não aceitam como natural a violação do corpo de um/a possível doador/a, preocupando-se, inclusive, mais com o/a doador/a do que com o/a receptor/a. No entanto, destaca-se o fato de que tanto os japoneses quanto os norte-americanos, com suas perspectivas aparentemente divergentes, não fogem aos critérios científicos, já que os especialistas japoneses da terapia intensiva também não problematizam os critérios que permitem estabelecer a morte cerebral como indicativo irreverssível de que a morte se aproxima ou, inclusive, já chegou. Além disso, eles também analisam a morte cerebral como sendo algo

distinto de outras situações em que o cérebro é severamente afetado, incluindo um estado vegetativo persistente. Mas eles foram além, pois (os japoneses) assumem estabelecer o diagnóstico de morte cerebral sustentados nas evidências criadas tecnologicamente, secundarizando um julgamento clínico de morte. Entretanto, na situação do Japão, o que muda é a maneira de lidar com o corpo após a morte, e a determinação de quem está autorizado a dizer o que fazer com esse corpo após a morte. Ou seja, há outros/as especialistas, além dos/as que seguem os princípios científicos e racionais a quem se atribui uma legitimidade capaz de fazer com que sejam ouvidos nesse campo de disputas. Em suma, foi demonstrado como saberes e valores culturais e sociais, acerca do mesmo evento, podem ser normalmente reconhecidos e partilhados em um contexto (Japão) e não serem aceitas e compartilhadas em outro (o círculo em que são tomadas decisões médicas norte-americanas).¹²

Sobre os conflitos perante a decisão de ampliar ou limitar o uso de tecnologias médicas em casos específicos de pacientes legalmente mortos, são levantadas pertinentes questões sobre a “nova” morte. O exemplo do caso de Janet, gestante declarada em morte cerebral, mantendo seu feto vivo, incita a questionar: o que é morte, se nesse caso, vida saudável pode sair daí?*. É apontado o fato de que alguns profissionais da saúde não gostam do termo “morte cerebral”, porque esse marca uma diferenciação entre morte e morte cerebral. Em função disso, indaga-se: “mas esse não é o caso? Seguindo um protocolo, o corpo de Janet não estava morto? [...] Parabéns às máquinas que sustentaram esse estado. Sua inteligência se foi, mas talvez não sua alma [...] ela foi menos do que um humano, mas mais do que um morto”.^{7:108}

No entanto, a morte encefálica não é uma novidade criada pela lei de doação de órgãos, em seu artigo 3º, mas é interessante destacar a ambigüidade gerada por ele: “Aliás, somente este artigo mereceria um debate especial, pois, para o imaginário de muitos, doravante, morrer e viver mudaram de sentido: a vida do coração, outrora órgão rei ou a vida do pulmão, que no apogeu da termodinâmica foi considerado o centro do calor vital, o órgão do espírito, devem ser mantidos após a morte encefálica para possibilitar o transplante. Aqui a morte ideal não é aquela em que o

‘descanse em paz’ pode ser dito a todos os órgãos. Bichat havia afirmado que a vida era ‘um conjunto de forças que resiste à morte’. Hoje, paradoxalmente, a morte encefálica, a morte ideal para possibilitar o transplante, também possui esse significado”.^{8:73}

Antes da intensificação dos procedimentos de transplante de órgãos, as mortes cerebrais não se constituíam em problema e, por isso, os pacientes poderiam permanecer longos períodos mantidos em morte cerebral. Foi justamente após a implementação dos transplantes de órgãos que se instituiu a necessidade da discussão e legitimação da definição de morte cerebral. É interessante lembrar que o primeiro transplante cardíaco foi realizado por Barnard em 1968, na África do Sul. O doador, do coração, era negro e o receptor era branco. Depois das experiências dos primeiros transplantes é que a Organização Mundial da Saúde e a Organização Mundial dos Médicos, a Harvard Medical School e outras instituições deram uma nova definição de morte: a de morte cerebral, legitimado no ano de 1969.

É, ainda, pertinente lembrar que, já em 1975, o bioeticista Tristram Engelhardt levantou que a definição de irreversibilidade da morte seria uma definição conservadora. Apoiado firmemente na dicotomia de corpo/mente, ele acreditava que uma decisão inteligente seria definir a morte no instante da morte cerebral, dizendo que a vida biológica humana não é a mesma que a vida pessoal humana. Mesmo estando vivo e intacto, ele não seria mais uma pessoa singular e única. O bioeticista ainda apontava as mudanças advindas desde o desenvolvimento da neurologia moderna, e de como a neurofisiologia toma como base o conceito de que ser uma mente, neste mundo, é ter um cérebro funcionando de forma intacta. Para ele era uma conclusão lógica que pacientes, com falta de função cerebral e em persistente estado vegetativo, não vivem por muito tempo. O conceito de desumanidade, apoiado na definição de morte cerebral, oferece à medicina um caminho para distinguir os pacientes para com os/as quais ela tem obrigações, e é essa distinção que torna possível que os órgãos das pessoas com morte cerebral possam ser usados para ajudar pessoas ainda vivas. Deste modo, não existiria obrigações para com os órgãos, e nenhuma ética perduraria sobre a remoção de órgãos daqueles/as definidos/as como não-pessoas.¹²

* Caso descrito em artigo, tratando de paciente grávida de 22 semanas que apresentou um aneurisma cerebral e, em 24 horas, teve declarada sua morte cerebral, mas seu feto ainda vivia. O hospital colocou uma equipe de enfermeiras especializadas para tratar de Janet e seu bebê antes que ocorresse o parto. Apesar de Janet estar legalmente morta e as enfermeiras saberem disso, sentiam que ela estava viva. Seu cabelo e unhas cresciam, seu bebê também. Em referência a um caso semelhante, Grmek afirma que uma grávida de um feto ainda vivo, suscita nas pessoas a idéia de que não se pode falar que a mesma esteja morta – mesmo que a noção de morte cerebral já esteja bem divulgada entre os indivíduos. Como uma criança nasceria de uma mãe morta? O tratamento é dado como para um caso de coma.

Se a distinção entre vida e morte, entre ser vivo ou ser cadáver, está hoje condicionada a padrões mais ou menos consensuados, cientificamente balizados e, portanto, sob o domínio de uma comunidade de profissionais, isto não quer dizer que comunicações não se estabeleçam entre diferentes círculos ou comunidades e que a cultura esteja excluída destes ou das comunicações possíveis entre os mesmos. A dimensão jurídica é exemplar desta relação entre ciência e cultura. Sob a análise jurídica, cadáver é “coisa” (não mais pessoa ou ser de direito), mas “coisa” *sui generis*, que por preservar a imagem de uma pessoa, deve ser respeitada em condições especiais e diferenciadas em relação a qualquer outra “coisa”.

Assim, é possível destacar mais algumas das conflitualidades presentes nessa discussão sobre morte cerebral. No caso brasileiro, atualmente a “legislação tem orientação organicista: a morte só é reconhecida pela Justiça quando há parada cardíaca”.^{13,216} Como se vê, mesmo com a realização intensificada dos transplantes de órgãos e com a divulgação ampla da necessidade de aprimoramento do diagnóstico de morte cerebral, não se estabelece uma sincronia entre o considerado avanço científico e sua legislação. Pode-se delinear, também, nessa argumentação, a polarização entre o orgânico e a mente. Coração e pulmão estão relacionados com a ordem da morte orgânica. O sistema nervoso está relacionado com a ordem da morte mental. Mas, desde quando o sistema nervoso deixou de ser órgão dentro do paradigma científico? Desde quando a tecnologia é naturalizada e, deste modo, encobre os inevitáveis conflitos que resultam da mistura entre o eu e o outro? Partindo do pressuposto de que no mundo ocidental a ciência impera como forma hegemônica de construir a realidade,¹⁴ torna-se importante resgatar certa inconformidade ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica.

Cabe ainda refletir que, de maneira geral, os discursos que permeiam o contexto social dos transplantes de órgãos o legitimam como um “presente da vida”. Também cabe lembrar que, nesse contexto social, houve necessidade de reconceitualizar a morte como uma forma de obter órgãos vitais, adequados para a realização desses transplantes. Em suma, mais do que os transplantes de órgãos, paradoxalmente, **a morte cerebral é o presente para a vida.**

Mas como a construção de significados é um processo progressivo, é estendido, de algo que já se conhece para algo novo, através da chamada ‘cadeia de signi-

ficado’, um outro aspecto de discussão se apresenta, sobre a doação de órgãos. E aí, talvez, mais do que a questão da morte cerebral, a questão da doação de órgãos informa sobre o que determinada prática de saúde pode vir a significar para aqueles que a usam. Ou seja, na medida em que se acredita que os sujeitos, pacientes e profissionais, não são ingênuos e/ou indiferentes, há sempre uma determinada persuasão para estabelecer o que se passa a considerar como necessidade. As necessidades são, portanto, mais culturais do que naturais. Isto quer dizer que as necessidades tanto são definidas como produzidas pelos sistemas de significação através dos quais se atribuí sentido ao mundo e, assim, elas estão abertas para serem trabalhadas e transformadas.² Isto é o que vem acontecendo com a necessidade de doação de órgãos, inserida em um campo amplamente contestado, de lutas, de relações de poder, exatamente porque de liberdades: o do direito a ter direito.[†]

Com o advento da Carta Magna de 1988 ficou garantida, em seu artigo 5º e incisos, a tutela do direito à vida a qualquer indivíduo. Deste direito, há o de existência, que se caracteriza no direito de estar vivo, de lutar pelo viver, de defender a própria vida, de permanecer vivo. Neste campo, em princípio, é que incide, novamente, uma das propostas de análise deste ensaio reflexivo, a polissemia e o caráter ambíguo, agora, do termo direito à ter direito. Vale dizer, a possibilidade de manutenção da vida por um indivíduo que, procurando exercer este direito, acaba por procurar um profissional da saúde, o qual, empregando as técnicas e os conhecimentos existentes na área do transplante de órgãos, torna possível o prolongamento da vida daquele que se encontra em situação de grave enfermidade.¹⁵

No caso específico dos transplantes de órgãos, este direito à vida se entrecruza com o direito de decidir e o direito à integridade física do doador de órgãos. Ou seja, quando se cuida de alguém com diagnóstico de morte cerebral e este alguém não só preenche os critérios de inclusão para doação de órgãos, como está internado em um local articulado à base organizacional de captação de órgãos para transplante, automaticamente este alguém passa a ser um provável doador cadáver. Na verdade, há duas maneiras de obtenção de órgãos: através do doador cadáver e do doador vivo.

“Após a tramitação de vários projetos de lei no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, disciplinando que todos os brasileiros são doadores, salvo manifestação de vontade em contrário”.^{15,161} Para manifestar-se em

[†] Foucault argumentaria que o poder só pode ser exercido onde existe liberdade e portanto, um grau de incerteza em qualquer relação.

contrário, todo indivíduo deveria enfrentar a burocracia do sistema para alterar a Carteira de Identidade ou a Carteira Nacional de Habilitação, visando colocar, ali, a expressão “não-doador”. Em 1998, a Medida Provisória 1.718 disciplinou, que “na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o conjugue poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção.”^{15:162} A citada Medida Provisória (de 1998) sofreu 32 revisões, até chegar a versão MP 2.083-32 de 22/02/2001 e converter-se na Lei 10.211 de 23/03/2001. Desta forma, atualmente, a autorização da doação de órgãos depende da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.¹⁵

O que se observou, neste rápido, mas intenso processo de elaboração legislativa, foi um entorno conflituoso, tanto do ponto de vista de algumas polêmicas envolvendo a opinião pública e a pressão dos profissionais médicos, em franco processo de desobediência civil à doação presumida. Assim, antes de uma proposta de efetiva adaptação cultural, ou mesmo bases concretas para a análise das representações e manifestações sociais em relação à lei, a autoridade governante sucumbiu às pressões e acabou com a doação presumida no país.

Na experiência internacional há, além da doação voluntária, o consentimento presumido, o qual parte da premissa de que todo cidadão é doador de órgão, por definição. Este consentimento presumido é dividido em dois tipos: o forte e o fraco. O forte, adotado em alguns países da Europa, possibilita que o médico remova órgãos de todo e qualquer cadáver, enquanto que o fraco apenas do que não declararam objeção a este procedimento.¹⁶ Mas, a prática tem mostrado que, mesmo com a possibilidade do consentimento presumido forte, os familiares têm sido consultados.

Em suma, poder-se-ia dizer que a abordagem jurídica, ora procurando preservar o desejo do possível doador, ora transferindo a escolha para os familiares, tem sustentado, sempre, algum tipo de transgressão ao direito a ter direito. No entanto, sabe-se que tais aspectos legais refletem todo um contexto de discussão para muito além do jurídico. Ou seja, a relação morte cerebral e doação de órgãos não é mais apenas parte de nossa cultura. Ela, a relação, possui uma cultura própria em torno de si, desenvolveu-se um con-

junto de significados e práticas; ela é um significado com alto grau de consenso em nossa época.

ENFIM...

É possível se dizer que algo é bom porque foi provado? Do ponto de vista científico: sim. E mais, do ponto de vista científico conseguir provar algo é tornar este algo verdadeiro, idéia que em nossa sociedade, quase sempre vem acompanhada de outros tantos atributos, muitos deles mistificados. Assim, verdade científica é verdade neutra, boa, única, universal e igual para todo mundo. No entanto, em tempos atuais, é insustentável a noção de um essencialismo científico, em que a ciência e seus cientistas operariam a partir de um grande paradigma universal. Em vez disso, cada peça do conhecimento científico, na perspectiva aqui adotada, é considerada como produto de determinado lugar e tempo, faz sentido neste tempo e lugar, mas em outro tempo e/ou lugar pode não fazer sentido, pode até ser completamente ignorado e/ou esquecido. Abandona-se, pois, a idéia de que a ciência é superior, mesmo que distinta, de todas as demais formas de atividade sociocultural. Na verdade, tudo o que é considerado como bom experimento é socialmente negociado. A ciência é, também, um amplo campo de negociações e, como tal, nunca esteve alheia aos complexos fenômenos sociais com que interage e das quais é produto, tanto quanto a moral.¹⁴ “Se a ciência como tal não pode ser ética ou moralmente qualificada, pode sê-la, no entanto a utilização que dela se faça, os interesses a que serve e as conseqüências sociais de sua aplicação”.^{17:221}

De tudo isto, o que ainda se pode destacar, especialmente ao se olhar para o lugar ocupado pelas/os enfermeiras/os nas instituições que hoje tomam para si a morte como objeto, talvez seja exatamente isto que caracteriza, de modo tão peculiar, o desafio de trabalhar com a morte: o fato da morte experiência (tão íntima e tão estranha a todos) se mostrar, muitas vezes e cada vez mais, distanciada da morte objeto, rigorosamente definida, monitorada, prolongada. A morte tomada pelos profissionais, transformada, elaborada e detida pelo hospital e pelas máquinas consegue ser uma abstração da morte real e, ao mesmo tempo, a objetivação concreta da morte subjetiva. Encarar a fragilidade de qualquer noção que se pretenda exata ou perfeita, para o encontro com a mera utilidade que elas possam nos assegurar é o conforto possível e, talvez, a responsabilidade necessária.

Se tal conforto é ainda pequeno face ao tamanho da precariedade, aí reside algo interessante, a atitude éti-

ca fundamental que viria, exatamente, do desconforto. Atitude que pode significar assumir a si próprios como sujeitos do desconforto e, portanto, sujeitos capazes de colocar sob questão as próprias referências, as verdades úteis, as instituições e os longos aprendizados que constituem as próprias identidades culturais, políticas e morais, enfim, o desconforto que pergunta como existir.

“E, afinal, é esta a tarefa de uma história do pensamento por oposição à história dos comportamentos ou das representações: definir as condições nas quais o ser humano “problematiza” o que ele é, e o mundo no qual ele vive [...] analisar não os comportamentos, nem as idéias, não as sociedades, nem suas ideologias, mas as problematizações através das quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam”^{18:14-5}

REFERÊNCIAS

- 1 Vargas MAO, Meyer DEE. Re-significações de vida e de morte: delimitando modos de educar. *Rev. Educação Realidade*. 2003 Jan-Jun; 28(1): 65-86.
- 2 Dugay P. Introduction. In: Dugay P, Hall S, Mackay H, Janes L, Negus K, editores. *Doing cultural studies: the story of the sony walkman*. London: Sage/Open Univesity; 1997.
- 3 Ariès P. A morte domada. In: Ariès P. *O homem perante a morte*. Lisboa: s.n., 1975. p.13-40.
- 4 Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- 5 Baraldi S, Silva MJP. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *Rev. Nursing*. 2000 Maio; 3(24): 14-7.
- 6 Vaz AF, Silva AM, Assmann JS. O corpo como limite. In: Carvalho IM, Rúbia K. *Educação física e ciências humanas*. São Paulo: HUCITEC; 2001. p.77-88.
- 7 Gray CH. *Cyborg citizen: politics in the posthuman age*. Routledge: New York; 2001.
- 8 Sant’anna DB. *Corpos de passagem*. São Paulo: Estação Liberdade; 2001.
- 9 Foucault M. *Genealogia del racismo*. Buenos Aires: Altamira/Nordan; 1992.
- 10 Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
- 11 Lock M. Transcending mortality: organ transplants and practice of contradictions. *Medical Anthropology Quarterly*. 1995 Jul-Sep; 9(3): 390-3.
- 12 Lock M. Deat in technological time: locating the end of meaningful life. *Medical Anthropology Quaterly*. 1996 Oct-Dec; 10(4): 575-600.
- 13 Orlando JMC. Morte encefálica: um conceito a ser difundido. In: Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica...: a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu; 2001. p.215-8.
- 14 Costa ALRC. Um diálogo com a ciência e com a ética: requisito necessário ao pesquisador da área de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Jul-Set; 12(3): 370-6.
- 15 Vita WLS, Boemer T, Boemer MR. A questão dos transplantes e suas interfaces. *Rev. O Mundo da Saúde*. 2002 Jan-Mar; 26(1): 158-66.
- 16 Goldim JR. Consentimento presumido para doação de órgãos: a situação brasileira atual [citado em 2004 maio 11]. Disponível em: <http://www.bioética.ufrgs.br>
- 17 Garrafa V. Bioética e manipulação da vida. In: Novaes A, organizador. *O homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia da Letras; 2003. p.213-25.
- 18 Foucault M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 7a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1994.