

AS INCERTEZAS DA MORTE:

Estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos¹

Juliana Lopes de Macedo² (PPGAS/UFRGS)

Resumo:

Este trabalho pretende explorar a construção científica do conceito de morte cerebral e maneira como ele foi incorporado na prática médica. Até 1968, o que determinava a morte do corpo era a parada cardíaca. Descobertas como o *coma depassé*, o ventilar mecânico e técnicas de cirurgias de transplantes de órgãos, possibilitaram a criação do conceito de *morte cerebral*. A fim de compreender a operacionalização da morte cerebral na prática médica, foram entrevistados médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva e médicos que pertencem a equipes de transplantes. Verificou-se entre os informantes que a morte cerebral é um conceito ambíguo. Ele é referido como a *morte técnica* em oposição à *morte natural*, e representa uma situação de liminariedade, na qual o “ser” nesta condição não é mais o que era antes (uma pessoa, um paciente), mas ainda não adquiriu o status de morto, pois o coração permanece funcionando. O conceito de morte cerebral não está isento de interesses dos atores envolvidos nesta questão. Estes interesses revelam as posições de cada ator no campo médico, e as estratégias usadas para legitimar ou subverter o conceito. Nesse sentido, pretendi contextualizar a morte cerebral enquanto um conceito produzido na esfera científica, demonstrando que ele é datado e localizado social e historicamente. Assim, a morte cerebral só faz sentido na sociedade moderna e ocidental, na qual a ciência tem uma importante centralidade na definição de “verdades”.

Palavras-Chave: morte, morte encefálica, ciência.

Introdução

A morte é tanto um fato universal – pois todos morreremos – como particular, visto que cada sociedade terá maneiras específicas para dar sentido a ela. Na sociedade moderna ocidental, além de ter se transformado em tabu, de acordo com Elias (2001), a morte passou a ser um tema medicalizado. Evidentemente, essa questão não é exclusiva da medicina, porém a definição da morte é. E ao passo que se disponibiliza novas tecnologias biomédicas capazes de confundir corpo e máquina, a linha que delimita as fronteiras entre vida e morte tornam-se

¹ Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pesquisadora associada ao Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS. Contato: ju_demacedo@yahoo.com.br.

cada vez mais tênues, dificultando assim, a definição do momento em que uma pessoa morre. Pode-se dizer que a maneira mais “tradicional”, pelo menos para os leigos, de identificar a morte do corpo é quando o coração para de funcionar. O que dizer, então, de alguém que tem atividade cardíaca, mas que mesmo assim, é considerado morto? Nesses casos, estamos diante da “nova morte”, ou morte encefálica, um tipo de morte possibilitada por um contexto social muito específico, que envolve ciência, tecnologia, medicina e modernidade, e que promove uma fusão (ou confusão) entre corpo e máquina, natureza e cultura, vida e morte.

Considera-se que a morte encefálica ocorre quando o encéfalo não possui nenhuma atividade orgânica, perdendo assim a capacidade de funcionar como um centro integrador das demais funções do corpo. Pesquisadores, tanto do campo das ciências sociais (LOCK, 2000, 2002), como do campo médico (PITTA e CARMONA, 2004; VARGAS e RAMOS, 2006; BITTENCOURT et al, 2003), afirmam que para se chegar a esta descoberta o conhecimento médico percorreu um longo caminho. Precisou esperar até o final da década de 1950 para que alguns neurologistas concluíssem que existe um tipo de coma que, de tão profundo, se torna irreversível, o *coma dépassé* (PITTA e CARMONA, 2004). Mas para que esta descoberta fizesse algum sentido prático, foi necessário aguardar pelos problemas oriundos de uma outra invenção: o ventilador artificial, que substitui a função respiratória do corpo (LOCK, 2000, 2002). A dificuldade que este equipamento coloca para os hospitais é que um paciente – que estaria morto se este equipamento não existisse – pode permanecer “vivo” por um período indeterminado. Aliada a estas questões, durante a década de 1960, passam a ser desenvolvidas técnicas cirúrgicas mais eficazes para a realização de transplantes de órgãos, e outro problema se coloca: a escassez de órgãos e a má qualidade daqueles que estavam disponíveis (isto porque eram utilizados como doadores pessoas que morriam com parada cardíaca, o que prejudicava a qualidade dos órgãos, além de tornar impossível a utilização do coração). Assim, alguns integrantes da comunidade médica fizeram as contas: coma irreversível somado ao uso do ventilador mecânico resulta em possibilidade de transplantes de órgãos de boa qualidade e na desocupação de leitos hospitalares que poderiam estar sendo usufruídos por pessoas “reversíveis”. Surge então, em 1968, o primeiro protocolo para definir *morte encefálica* (LOCK, 2000, 2002; GIACOMINI, 1997; WIJICKS, 2003), que hoje representa uma maneira legitimada (médica e legalmente) para definir morte.

A incidência da morte encefálica é pequena, estima-se que de 10% a 15% do total de mortes seja classificada como morte encefálica. No ano de 2006, por exemplo, o Brasil registrou 5.627 casos de morte encefálica, 327 destes casos estavam localizados no Estado do Rio Grande do Sul. Mas mesmo tendo uma representatividade pequena, a morte encefálica

causa um grande impacto na sociedade. As principais causas de morte encefálica são acidente vascular cerebral e traumatismo craniano (provocado geralmente por acidentes de trânsito e armas de fogo). Desse modo, a morte encefálica vitimiza, na maioria dos casos, homens jovens (GARCIA et al, 2000^a). A morte de pessoas jovens, invariavelmente, choca nossas concepções sobre a “cronologia” da vida. A sociedade moderna ocidental organiza a vida por etapas demarcadas pelo tempo; não se espera que um jovem morra, e sim um velho. Além disso, a morte encefálica é uma morte violenta que, comumente, ocorre em pessoas saudáveis, ou seja, duplamente inesperada.

Ademais, a morte encefálica, mesmo sendo um conceito médico-científico, por isso reivindicado como universal, abala as representações mais tradicionais sobre morte, que, do ponto de vista biológico, estão vinculadas ao coração. A morte encefálica poderia ser comparada ao “nocaute técnico” da luta de boxe. Enquanto o nocaute é a derrota definitiva do adversário, o momento que este cai ao chão e não consegue mais ficar em pé, o nocaute técnico é uma decisão de árbitro, que julga que um dos competidores, mesmo não tendo “jogado a toalha”, não tem mais condições de lutar. A morte encefálica é um julgamento médico que considera que alguns pacientes, mesmo mantendo a atividade cardíaca, não têm mais condições de permanecer lutando pela vida, e podem, assim, ser declarados mortos. Um dos aspectos cruciais no que diz respeito à morte encefálica é o seu diagnóstico, pois é a partir do momento em que ele é realizado que toda a cadeia de transplantes entra em ação. Mas sobretudo porque, o processo de diagnóstico de morte encefálica demonstra o quanto este é um conceito negociável quando precisa ser colocado em prática. Como veremos, trata-se de um processo constituído por várias etapas, no qual cada uma definirá a próxima. É como se fosse um jogo de tabuleiro em que a sorte define quantas casas serão avançadas ou retrocedidas. Se o jogador conseguir avançar as casas, encontrará no final do jogo as cirurgias de transplantes de órgãos. Nesse sentido, o presente artigo analisa a maneira como é operacionalizado o conceito de morte encefálica entre médicos, a partir do processo de diagnóstico desta morte.

Procedimentos Metodológicos

A fim de compreender as concepções de morte encefálica entre estes médicos, privilegiei como técnica de coleta de dados a entrevista não-diretiva, que tem como proposta principal permitir que o indivíduo entrevistado fale da forma mais livre possível sobre um

determinado tema. Esta técnica minimiza as possíveis distorções produzidas pelo entrevistador se compararmos com um questionário fechado, e ainda possibilita a obtenção de respostas mais profundas dos indivíduos entrevistados (KANDEL, 1987). As técnicas de pesquisa qualitativa também amenizam o poder exercido pela ciência frente aos sujeitos pesquisados, pois abre espaço para a interação e para uma maior participação dos informantes na construção do conhecimento científico.

O uso de entrevistas não-diretivas permite a construção do personagem da entrevista, resgatando seus posicionamentos e dilemas, recuperando acontecimentos, atitudes e concepções (DÍAZ, 1999). Dessa maneira, o processo de entrevista estabelece uma relação dialógica, mediante a interação entre entrevistador e entrevistado que, no entanto, é desigual. Isto porque a entrevista não-diretiva não é tão “livre”, visto que o entrevistado é solicitado a falar sobre assuntos específicos que são propostos pelo pesquisador, além de se manter distante da interpretação dos dados obtidos (THIOLLENT: 1987). Entretanto, apesar dessa limitação metodológica, a entrevista não-diretiva é um instrumento de coleta de dados adequado para captar determinadas dimensões sociais, tais como: valores, normas, concepções de mundo, entre outras, sendo estas dimensões apreendidas através das verbalizações dos sujeitos entrevistados, que por meio de suas vivências manifestam os modelos culturais que moldam suas concepções e atitudes (THIOLLENT, 1987). Sendo assim, foram realizadas onze entrevistas durante o ano de 2007 na cidade de Porto Alegre/RS. Estas entrevistas tiveram como proposta discutir com os entrevistados uma série de questões a respeito do tema da morte, e mais especificamente da morte encefálica. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas nos hospitais aos quais os informantes pertenciam.

Os atores sociais elegidos para fazer parte deste estudo foram os médicos que possuem maior envolvimento com o tema da morte encefálica, ou seja: médicos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e médicos que fazem parte de equipes de transplantes. O estudo poderia abarcar outros atores sociais que também estão imbricados na situação de morte encefálica, como por exemplo, familiares de pacientes que tiveram este diagnóstico. Contudo, estou considerando a morte encefálica enquanto um *conceito* (técnico e científico) e, portanto, o foco da pesquisa foram os atores sociais responsáveis pela operacionalização deste *conceito*.

Antes de apresentar os dados obtidos por meio do trabalho de campo, gostaria de fazer uma última consideração: a maneira como o “ser” em morte encefálica será denominado ao longo deste trabalho. Durante o campo, percebi que meus informantes ora faziam referência ao “paciente”, “paciente em morte encefálica” ou “pessoa”; ora se referiam ao “morto”,

“cadáver”, “doador”. Então, me deparei com o dilema de como tratar esse “ser”. Se adotasse as palavras “paciente” ou “pessoa”, estaria assumindo que esse “ser” não está (totalmente) morto. Porém, se utilizasse as palavras “morto” ou “cadáver”, estaria assumindo que não há mais vida nenhum nesse “ser”. Uma primeira opção para garantir a neutralidade na escrita foi adotar o termo “doador” ou “possível doador”, porém a palavra, no decorrer da escrita, se mostrou limitada, visto que existem “possíveis doadores” que não serão tratados como tais pelos informantes. Numa tentativa de resolver o problema, de nominar o inominável, decidi adotar o conceito de *cadáver-vivo* de Margaret Lock (2000, 2002). Além da definição se encaixar à imagem do “ser” em morte encefálica, o termo me parece o mais neutro a ser utilizado, já que ele não pressupõe o status de vivo nem o de morto a esse “ser”, pelo contrário, remete à idéia de meio-termo, de ambigüidade.

Iniciando o Jogo – a operacionalização do conceito

De acordo com os intensivistas entrevistados, existem duas causas principais para morte encefálica: acidente vascular-cerebral (AVC, ou o popular “derrame”) e traumatismos cranianos³. O paciente que tem suspeita de morte encefálica encontra-se em coma, assim, existe duas possibilidades para a suspeita se transformar em confirmação: em UTIs onde estão presentes alguns médicos mais sensíveis sobre o tema (como no caso de uma UTI de um dos hospitais pesquisados, onde um dos médicos entrevistados faz parte de uma equipe intra-hospitalar de transplantes⁴), os médicos assistentes realizam os testes clínicos para a primeira confirmação da morte encefálica. Mas o que acontece geralmente, nas demais UTIs, é algum membro da equipe intra-hospitalar de transplantes visitar as UTIs e verificar se algum paciente poderia estar nesta situação. Isto é afirmado, por exemplo, pelo chefe de uma das UTIs onde realizei campo:

³ De acordo com Garcia et al (2000a) as principais causas de morte encefálica são: traumatismo craniano (62,6%) - destes, 62,6% são ocasionados por acidentes de trânsito, 26,6% por armas de fogo e 10,8% por outras causas -, acidente vascular cerebral (30,9%), encefalopatia pós-anóxia (4,5%), tumor cerebral primário (1,4%), abscesso cerebral e/ou meningite (0,3%) e anencefalia (0,3%).

⁴ Uma equipe intra-hospitalar de transplantes é responsável por fazer a mediação entre hospital e Central de Transplante Estadual. Todo hospital com oitenta leitos ou mais deve ter uma equipe dessa, que deve ser multidisciplinar e nenhum dos membros pode fazer parte de equipes de transplantes de órgãos ou realizar diagnóstico de morte encefálica. Isto é exigido para não haver conflitos de interesse, pois é esta equipe que solicita às famílias a doação de órgãos.

É um componente da equipe intra-hospitalar de transplantes que vai até às UTIs verificar se há pacientes que podem estar em morte encefálica (médico intensivista).

Há uma “caça aos mortos” por parte daqueles profissionais mais envolvidos com a questão dos transplantes, o que deixa evidente o quanto o conceito de morte encefálica não é, na prática, operacionalizado. Caso se suspeite de algum caso, o membro da equipe intra-hospitalar de transplantes solicita ao médico responsável pelo paciente a realização dos exames. Os intensivistas comentam que alguns colegas, por concepções morais, se negam a fazer os exames. Nenhum médico é “obrigado” a realizar os procedimentos, mas a instituição (no caso, a UTI), diante de uma suspeita (e da pressão da equipe intra-hospitalar de transplantes), o é. Assim alguém terá de fazer. A pressão exercida pela equipe intra-hospitalar de transplantes para a execução dos exames diagnósticos evidencia que o conceito de morte encefálica não foi introduzido na prática médica dos intensivistas (justamente aqueles que deveriam se encarregar de operacionalizá-la). Ao mesmo tempo, esta situação revela a desconfiança dos responsáveis pela captação de órgãos sobre a não realização dos testes pelos intensivistas.

O primeiro exame clínico consiste em realizar testes de reflexos e o teste de apnéia (retirar o ventilador mecânico para verificar se o paciente tem capacidade para respirar sozinho). Estes exames são realizados por um intensivista que não pode estar vinculado à equipe intra-hospitalar de transplantes do hospital no qual encontra-se o paciente em suspeita de morte encefálica, nem pode estar associado a nenhuma equipe de transplante de órgãos de nenhum hospital. Um dos intensivistas entrevistados afirma que durante um ano aceitou estar vinculado a uma equipe de transplantes para não ter que se envolver no diagnóstico de morte encefálica. De acordo com ele,

Existem médicos que se recusam a fazer exames de comprovação de morte cerebral porque não concordam moralmente com isso. Eu não chego a tanto, mas eu não me sinto muito à vontade quando tem paciente em morte cerebral e eu tenho que assinar os exames (médico intensivista).

Na tentativa de evitar conflitos de interesses, para o Sistema Nacional de Transplantes é imperativo que os participantes de cada fase da doação de órgãos (diagnóstico, negociação da doação junto à família e transplante) não participem das demais, buscando, desta forma, que o processo seja neutro e imparcial. Mas esta prerrogativa pode estar sendo utilizada por alguns médicos para escapar da responsabilidade de dar o diagnóstico de morte encefálica. É o que

demonstra este informante que, sabendo da impossibilidade de realizar diagnóstico de morte encefálica e, ao mesmo tempo, estar em uma equipe de transplantes, optou pela participação na etapa dos transplantes para não ter que realizar o diagnóstico, pois não se sente à vontade com esta situação.

Outros médicos também comentaram que existem colegas que se negam a realizar os exames, o que é aceito pela equipe da UTI, pois todos entendem que este não é um conceito de fácil compreensão. Neste caso, a equipe intra-hospitalar de transplantes procura na própria UTI outro médico que aceite realizar os exames. Além de impedimentos morais e de desconfiança frente ao conceito de morte encefálica, há o medo de um possível erro de diagnóstico - erro que declararia um vivo como um morto – (LOCK 2000, 2002).

Se houver a primeira confirmação de morte encefálica, o médico assistente comunica à família que existe a possibilidade de o "paciente" estar em morte encefálica e que serão realizados mais exames para comprovar o diagnóstico. Ainda que a equipe tenha certeza que está diante de um caso de morte encefálica, a notícia é dada para a família aos poucos, assim, num primeiro momento, por mais que os médicos estejam tentando preparar a família para "o pior", é possível que esta ainda tenha alguma esperança de que o diagnóstico não seja comprovado. Então, com a primeira confirmação, se avança uma casa no jogo; se não houver confirmação, o jogo acabou.

A Segunda Etapa: a contraprova da morte encefálica

Transcorridas seis horas da primeira bateria de exames, um neurologista é convocado para a repetição dos mesmos testes. Isso serve para minimizar a possibilidade de erro, pois são dois profissionais diferentes analisando o mesmo caso. Além disto, a presença do neurologista se faz necessária, pois é esta especialidade que detém o monopólio sobre o conhecimento do cérebro⁵. Desse modo, se o neurologista chamado para a realização dos testes confirmatórios discordar do primeiro, o processo de diagnóstico de morte encefálica é interrompido, o jogo termina, e o *cadáver-vivo* permanece em "tratamento" (como explicarei melhor a seguir). Se houver a comprovação, se avança mais uma casa, e o médico intensivista

⁵ O CFM tentou, em 2000, modificar a Resolução 1.480/97 que previa que apenas neurologistas poderiam realizar o segundo teste para diagnóstico de morte encefálica, dando liberdade para que qualquer médico, independente da especialidade, pudesse realizar o diagnóstico. Esta proposta de mudança da Resolução 1.480/97 foi rejeitada, veementemente, pela Associação Brasileira de Neurologia que lutou e manteve o monopólio do diagnóstico da morte encefálica.

comunica à família sobre a confirmação do diagnóstico e informa que outro teste, agora um exame de imagem, será realizado para a confirmação final. Hoje, o teste mais recomendado para este diagnóstico é a arteriografia, que oferece uma imagem das artérias do cérebro⁶. O exame consiste em se injetar um pouco de contraste nessas artérias para verificar o movimento do líquido, ou seja, se houver atividade cerebral, é possível ver o contraste subindo pelas artérias até o cérebro. Se não houver atividade cerebral, o contraste não chegará até o cérebro e isto indicará que o fluxo sanguíneo do cérebro foi interrompido. Portanto, se o exame de imagem demonstrar que não há atividade cerebral, se avança mais uma casa, e o médico intensivista comunicará a morte para a família e notificará para a Central de Transplantes do Estado a existência de um possível doador. É também interessante o uso de um exame de imagem, pois esta torna, aparentemente, o diagnóstico mais objetivo, pois se vê, e não apenas se acha. Com a comprovação visual (feita por uma máquina) busca-se minimizar as chances de erros de um diagnóstico baseado na percepção do médico em relação ao exame clínico e ao teste de apnéia.

A Terceira Etapa – negociando a doação

Até este momento, se trata de um “possível doador”, porque ele só será efetivado como doador se houver a concordância da família para a doação e se o “possível doador” não tiver nenhum impedimento clínico para a realização da doação – como alguma doença infecciosa que possa ser transmitida ao receptor. A interação do médico intensivista com a família termina com a notícia da morte, ficando a tarefa de solicitar aos familiares a doação dos órgãos a cargo da equipe intra-hospitalar de transplantes.

Com relação à comunicação da morte encefálica do *cadáver-vivo* para a família, em um primeiro momento, a maior parte dos intensivistas entrevistados acredita que para o médico esta situação é tão difícil quanto dar a notícia de qualquer doença ou situação irreversível. No entanto, todos os informantes chamam atenção para a dificuldade de aceitação desse diagnóstico pela família. Segundo eles, essa dificuldade reside no fato de que ainda existe muita desconfiança a respeito desse diagnóstico para a população leiga, que está diante de um corpo quente que tem o coração batendo. Uma das dificuldades relacionada à

⁶ Outros testes que podem ser realizados para a comprovação de morte encefálica são: Angiografia Cerebral, Cintilografia Radioisotópica, Doppler Transcraniano, Monitorização da Pressão Intracraniana, Tomografia Computadorizada com Xenônio, Tomografia por Emissão de Fóton Único, Tomografia por Emissão de Positrões, Eletroencefalograma, Extração Cerebral de Oxigênio.

aceitação do diagnóstico de morte encefálica reside no fato de que as vítimas nessa condição são, majoritariamente, pacientes muito jovens, que sofreram acidentes graves de uma maneira totalmente inesperada. Um dos informantes sintetiza esta questão da seguinte maneira:

O coração está batendo ainda. As pessoas... algumas já sabem, já ouviram falar; mas a grande maioria tem dificuldade em aceitar isso. E, geralmente, o evento – principalmente o evento do trauma – ele é muito agudo, ele incide sobre gente saudável, geralmente jovem, e é normal que os familiares também neguem... a morte em si. Quanto mais uma morte meio técnica. Não é nem uma questão (às vezes o pessoal coloca: “são questões religiosas!”), não são questões propriamente religiosas. São questões talvez antropológicas, de aceitação de um conceito estranho para eles (médico intensivista).

Desta maneira, além de envolver as dificuldades inerentes à morte inesperada e de pessoas jovens, a morte encefálica não é um evento de fácil compreensão pelas pessoas, por fugir à ordem “natural” (ou pelo menos mais “tradicional”) que prevê que enquanto o coração estiver batendo ainda há vida. Tanto a morte prematura como a morte causada por motivos que não são claros, como a encefálica, são fonte de desordem social, e como nos lembra Mary Douglas (1991), a desordem é fonte de insegurança e perigo, por isso é quase inevitável não se sentir desconfortável diante deste diagnóstico. Como ilustra meu informante, a dificuldade de aceitação da morte encefálica não está relacionada a concepções religiosas das famílias, nesse sentido, outro informante aponta que o que existe por parte das famílias é uma “desconfiança” de que o familiar não esteja morto realmente:

Mas quando se dá a notícia de morte cerebral, 50% das famílias ainda desconfiam que isso não deva ser verdade, mas quando uma pessoa morre de outra causa, raramente há esse tipo de desconfiança. (...) Mas pra notícia de morte cerebral o convencimento é complicado pra boa parte das pessoas. (...) Existe uma fé, dada pelas revistas, pelos programas de televisão, pela própria onipotência médica que nós em UTI fazemos milagres, então criamos um monstro entre aspas, uma expectativa de sucesso que não pode ser concretizada na maior parte das vezes. E nesse sentido, dizer que não há mais nada pra fazer é muito complicado, as pessoas acreditam nisso porque é vendido isso pra elas (médico intensivista).

A questão da não confiança no diagnóstico de morte encefálica envolve questões que vão além da dificuldade de conceber como morto alguém que tenha o coração batendo. Soma-se a isto a decepção com a morte de alguém que estava no único lugar que tinha todos os recursos para “salvar vidas”. Outros informantes também indicaram que as famílias temem que o *cadáver-vivo* seja dado como morto, sem que isto seja verdade, com o objetivo de desocupar o

leito, ou de remover seus órgãos “a qualquer custo”, ou seja, mesmo sem a confirmação da morte. Estas idéias são alimentadas pelas recorrentes notícias veiculadas nos meios de comunicação a respeito da precariedade do nosso Sistema Único de Saúde e de processos envolvendo erros médicos e corrupção.

Posso citar como exemplo uma pesquisa realizada por Rodrigues e Sato em um Hospital de São Paulo sobre doação e atitudes da população sobre transplantes de córneas. Dentre as pessoas que se manifestaram como não doadoras, 53% justificavam essa posição devido ao “medo e insegurança quanto ao *destino do órgão doado* e dúvidas quanto a possível negligência de tratamento pelo fato de ser doador” (*apud* SHIKIDA e ARAÚJO JR. 2004: 19) (grifos do original). Lock (2000, 2002) também afirma que ainda se tem medo sobre o pronunciamento prematuro da morte, pois, as decisões sobre cuidados clínicos de pacientes terminais sempre envolvem julgamentos morais.

Ainda com relação aos motivos da negação de doação de órgãos, Scheper-Hughes e Biehl (2000), após demonstrarem vários indícios de casos de tráfico de órgãos (de “doadores” vivos e cadáveres) em países do terceiro mundo, concluem que estes boatos criam uma “resistência civil” com relação à doação de órgãos, mesmo quando esta situação ocorre em um contexto legal. Desta maneira, não será uma política pública a favor da doação de órgãos nem as justificativas dadas pela ciência para legitimar a morte encefálica que influenciarão nas decisões de doação de órgãos, mas as concepções mais gerais que os indivíduos têm sobre o mundo em que vivem.

Além dos elementos já citados, outro fator que pode contribuir com a desconfiança sobre o diagnóstico de morte encefálica é a sua vinculação com os transplantes. Conforme um dos médicos entrevistados:

Eu acho que a questão do transplante, na verdade, da maneira que é abordada, freqüentemente, ela acabou sendo um prejuízo para essa discussão, porque ela dá um caráter muito utilitarista. Então algo é em função de, não é? (médico intensivista).

Assim, ao estabelecer a vinculação entre morte encefálica e transplantes cria-se a impressão de que o conceito de morte encefálica só existe em função da necessidade de se obter órgãos para transplantes, e se esta necessidade não houvesse mais, a morte encefálica também não teria mais função. Segundo outro intensivista, a morte encefálica envolve um :

...contexto de prioridades que transcende o indivíduo daquele corpo, é uma interferência da comunidade na atividade individual. Na

verdade, como se definiu que pessoas poderiam sobreviver com sua atividade mental, cognitiva, de desejo e aquela, como eu defini, em morte cerebral já não pode fazer isso, a sociedade se organizou, pelo menos uma parte da sociedade, a sociedade científica se organizou pra considerar que pessoas nesse estado de incapacidade de expressar qualquer intenção ou desejo fossem úteis a outras (médico intensivista).

A idéia de que a morte encefálica nasce em um “contexto utilitário” no qual a “sociedade científica” definiu que determinadas pessoas “em estado de incapacidade” poderiam servir como doadoras de órgãos para outras pessoas capazes, somada à percepção de que não existe apenas uma forma de definir a morte encefálica, já que o conceito muda de acordo com o contexto cultural⁷, enfraquece a legitimidade do conceito de morte encefálica na perspectiva dos intensivistas. Também podemos pensar sobre a importância do campo científico, assim, Rodrigues afirma que

Para imortalizar o homem, a ciência o introduz no domínio da natureza, isto é, coloca-o dentro de fronteiras do que é morrer. Mas este território é também aquele que o homem pode modificar através da ciência. A concepção de morte natural que encontramos no início da Idade Moderna pressupõe a capacidade humana de intervenção sobre as leis da natureza e o desenvolvimento do ambicioso projeto de supremacia sobre elas (2006: 138).

Dessa forma, a medicina buscou tornar “natural” um conceito técnico, advindo de aparatos tecnológicos que nada têm de natural. Apesar de ter legitimado oficialmente esta nova forma de morrer, na prática, questões como o “caráter utilitário”, a precariedade dos serviços públicos de saúde e a corrupção que obscurecem o conceito de morte encefálica, provocam dúvidas e inseguranças sobre a veracidade deste conceito e contribuem, dessa maneira, para a negação de doação de órgãos.

A Quarta Etapa: a transformação de paciente em doador

Com o diagnóstico de morte encefálica oficializado, se tem duas possibilidades: efetivar a doação ou não. Se o paciente tornar-se um doador de órgãos, a Central de Transplantes do Estado será acionada e o processo de doação terá início. Se o *cadáver-vivo*

⁷ Atualmente, no contexto internacional, temos pelo menos três conceitos diferentes válidos para determinar a morte do cérebro. Da mesma forma que, em países como o Japão, este é um conceito pouco aceito, tanto pela população “leiga” como pela classe médica (LOCK, 2000, 2002).

não for, por qualquer motivo, um doador, começam os problemas, e o jogo termina. Um dos dados obtidos entre os intensivistas que mais me chamou atenção diz respeito aos procedimentos adotados nas UTIs quando a família nega a doação ou quando o “possível doador” tem algum impedimento clínico para a doação de órgãos, que é a impossibilidade de desligar os equipamentos que mantêm o *cadáver-vivo* “vivo”. De acordo com meus informantes, morte encefálica equivale à morte, no entanto, isto só é verdade quando se trata de doação de órgãos, ao contrário, o *cadáver-vivo* permanece mantido ligado aos aparelhos até que seu coração pare de bater, pois “não há amparo legal para desligar os equipamentos” (médico intensivista). Outro informante comenta que:

Não é desligado, continua em tratamento, porque a legislação não contempla esse tipo de conduta. A família espera pela morte natural, porque ela vai acontecer. A pergunta clássica nesse momento é ‘quanto tempo vai demorar?’ e a resposta também é clássica: ‘a gente nunca sabe, pode ser daqui a uma hora, pode ser daqui a um dia, pode ser daqui a uma semana’ Tem muitas variáveis aí, se o paciente é mais jovem, se tem outras complicações (não é só a morte encefálica), se aconteceu isso por acidente, ou se foi por uma parada cardíaca. E é um desenrolar que é variável, que vai acontecer depois e quanto tempo depois (médico intensivista).

Bitencourt et al (2007) verificaram em uma pesquisa realizada entre estudantes de medicina que, em casos de pacientes em morte encefálica e não doadores, apenas 66,4% retirariam o suporte de vida. Os mesmos autores afirmam que em um estudo realizado na Polônia, verificou-se que 100% dos médicos entrevistados confiavam no diagnóstico de morte encefálica, porém, apenas 44% destes profissionais se diziam preparados para desligar os aparelhos que mantinham os corpos vivos. Muito recentemente (após a realização das entrevistas) o Conselho Federal de Medicina publicou uma Resolução que autoriza os médicos a desligarem os equipamentos de suporte de vida em caso de não doação de órgãos (CFM, 2007). Poderia-se pensar que o problema agora está resolvido, mas se prestarmos atenção à frase “A família espera pela morte natural” citada pelo informante, notamos que o problema não se resolve com uma simples Resolução (cabe enfatizar que, além disto, a resolução não possui força de lei).

A morte encefálica aparece como um critério técnico e científico, enquanto a morte natural (ou a parada cardíaca) é considerada como a morte verdadeira, a mais apropriada e definitiva. Outro informante ainda afirma que:

... essa é a contradição. É uma contradição real porque se há uma autorização utilitária, por que não a utilidade daquele leito pra um

terceiro que está esperando? Então fica na CTI, fica com os equipamentos, fica com o suporte, claro que em tese, não se acrescenta a esse paciente nada além, dificilmente vai se ficar dando mais medicação pra manter pressão, ou dando antibióticos, mas de qualquer maneira, até poderia ser questionado isso pelas famílias, 'por que não dar o antibiótico? Nós não doamos os órgãos porque achamos que ele tem chances', então poderia questionar isso, eu acho legítimo questionar isso (médico intensivista).

Esta fala sintetiza muitas questões envolvidas neste impasse. Por um lado, não se pode, efetivamente, desligar os equipamentos, mas nenhum esforço é realizado para manter o *cadáver-vivo* com funções vitais estáveis. Todos os informantes são unânimes nesta questão, e alguns vão além, e afirmam que em casos de necessidade de leitos na UTI ou de quantidade insuficiente de ventilador mecânico, se apressa a morte “natural” do *cadáver-vivo* ao se desligar os equipamentos. Contudo, os informantes que revelaram este fato ressaltam que o procedimento é feito da maneira mais discreta possível, por mais que os demais colegas saibam que isto é “normal” (e talvez também já tenham feito isto), ninguém comenta o que vai fazer, simplesmente faz. O que se contrapõe ao diagnóstico de morte encefálica, que não é nada discreto e se terminar em doação vai para os jornais. Assim, por mais que a doação se diga “anônima”, na prática não é o que ocorre. Isto porque a incidência de morte encefálica é pequena e, em geral, os poucos casos registrados são noticiados⁸, da mesma forma que são noticiadas as cirurgias de transplantes de órgãos realizadas. Dessa maneira não é difícil descobrir de onde vêm os órgãos doados.

Existe uma tênue fronteira entre a situação descrita pelos intensivistas e a eutanásia, o ato de provocar ativamente a morte de um paciente, visto que, se há o impedimento de desligar os equipamentos, então o *cadáver-vivo* está sendo considerado como uma entidade viva. Mas, por outro lado, se técnica e cientificamente, este *cadáver-vivo* é considerado como um ente morto para a medicina, então não há nenhum remorso em suspender o suporte de vida, até porque, desta forma, se abre a possibilidade de tratar outro paciente com chances de cura, que talvez não fosse atendido por falta de vaga na UTI. A perspectiva entre eutanásia e futilidade terapêutica vai depender da posição ocupada pelo agente no jogo e de suas concepções sobre vida e morte. É interessante mencionar também que uma das “promessas” da morte encefálica é a desocupação de leitos utilizados por pacientes “inviáveis”, entretanto, na prática não é o que ocorre, pelo menos não pelas vias oficiais. Pessini, ao se posicionar contra a distanásia argumenta que:

⁸ Um dos assuntos mais comentados na mídia desde o final de 2007 e início de 2008 é o aumento da violência no trânsito. São divulgadas constantemente matérias em jornais e telejornais a respeito de acidentes e mortes ocasionadas pelo trânsito. Algumas destas mortes são em decorrência de traumatismo craniano e resultam em morte encefálica, o que também é noticiado pela imprensa do Estado.

O não enfrentamento da questão da distanásia faz com que convivamos com situações no mínimo contraditórias, em que se investe pesadamente em situações de pacientes terminais cujas perspectivas reais de recuperação são nulas. Os poucos recursos disponíveis poderiam muito bem ser utilizados em contextos de salvar vidas que têm chances de recuperação. Dificilmente podemos passar ao largo sem levantarmos sérios questionamentos em relação à utilização das UTIs, conscientização a respeito do conceito de morte cerebral, doação de órgãos, transplantes e investimentos de recursos na área (1996: 39).

Contudo, transplantes de órgãos não representam, necessariamente, uma economia de gastos, e é sobre os custos deste “jogo” que tratarei a seguir.

O Valor das Apostas

A doação de órgãos é um processo que demanda uma quantia substancial de recursos financeiros. Este dado também surge em minhas entrevistas, tanto entre médicos intensivistas quanto entre médicos que participam de equipes de transplantes. Pelos intensivistas, é muito destacada a importância da tecnologia em uma Unidade de Terapia Intensiva. Apenas para montar um leito de UTI em um hospital público são necessários R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais), fora as despesas com manutenção de equipamentos. Todos os intensivistas que entrevistei afirmam que a UTI é o setor do hospital que recebe maior investimento em tecnologia (isto se comparado a enfermarias, quartos e blocos cirúrgicos). Todos os recursos necessários para manter um paciente em estado grave estão lá. Entretanto, devido aos custos para manter uma UTI, o número de leitos é pequeno, o que acaba não atendendo à demanda de pacientes que precisariam destes recursos. Com relação ao poderio tecnológico de uma UTI, um dos intensivistas comenta:

Terapia intensiva é tratar e dar suporte para pacientes críticos, mas é também uma unidade de vigilância contínua pra intervir rapidamente na mudança que essas patologias produzem. Então a medicina intensiva é fascinante nesse sentido. (médico intensivista).

A medicina intensiva está sendo considerada aqui como a mais eficaz e agressiva. Não se trata qualquer doença, mas “a doença”, aquela que é tão grave que, sem intervenção, levará à morte. Estas idéias estão fortemente influenciadas pela ampla utilização da tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva. Conforme Menezes, “O CTI pode ser considerado um local

onde a tensão estruturante da Medicina – o “cuidado” e a “competência” – apresenta-se de forma particularmente explícita, tendo em vista a importância da tecnologia nesse setor” (2001: 118).

Com relação à morte encefálica, é ressaltado pelos intensivistas e reconhecido pelos médicos de equipes de transplantes que, ao notificar uma morte encefálica, são demandados muitos esforços das equipes das UTIs, tanto para a realização de exames diagnósticos como para a manutenção do “cadáver-vivo” no caso de ele se tornar um doador. Para se obter órgãos de qualidade e preservar o coração até o momento da remoção dos órgãos, são necessários a realização de vários procedimentos que visam manter as funções cardiovasculares e ventilatórias, fazer reposição hormonal, transfusão sanguínea em caso de anemia, controlar os níveis de sódio, potássio, magnésio, cálcio e fósforo (RECH e RODRIGUES FILHO, 2007), além de exames de sangue para a Central de Transplantes do Estado verificar a compatibilidade entre doador e receptor e a presença de doenças que poderiam ser transmitidas ao receptor. Um dos médicos transplantadores comenta que:

...vai estar ocupando um leito importante de UTI, de uma pessoa que não tem... está morta... E do ponto de vista de saúde pública – e até de solidariedade humana – é um absurdo, não é? (cirurgião, transplante de rim).

Chama atenção que este comentário tenha sido feito por um médico de uma equipe de transplantes, e, de acordo com sua perspectiva, do ponto de vista do sistema de saúde, pode ser um “absurdo” manter uma pessoa sem chances de recuperação em um leito de UTI. Nesse sentido, outra médica transplantadora afirma:

Para que se tenha, pela legislação do Brasil, o diagnóstico de morte encefálica é necessário que se façam dois exames clínicos, que devem ser feitos por neurologistas, e, além disso, tem que se ter um exame de imagem para confirmar. E alguns centros não têm esse tipo de profissional, que possa e que queira se envolver, então existem hospitais cadastrados, mas muitos hospitais cadastrados não têm o equipamento necessário, que seria uma arteriografia, uma cintilografia, tomógrafo. Ou quando tem esse equipamento ele está em manutenção ou não está disponível para um paciente que está teoricamente, teoricamente não, na prática falecido. Só que esse paciente que é falecido, e se ele é um potencial doador, ele tem que ser visto como um paciente com a mesma possibilidade de cura, uma vez que ele irá curar ou possibilitará a cura de vários outros, não de um, mas de vários outros pacientes. Então na mensuração ele também requer os mesmos cuidados, ele não pode ser por isso negligenciado. Não digo que o seja, mas existe uma cultura, que é forte, num país com baixos recursos como o nosso, de que se o

paciente não tenha mais recuperação por ele próprio, que seja feito então a parada de investimento pleno nele. Mas nessa situação do doador de órgãos, isso não deveria acontecer (cirurgiã, equipe de transplante hepático).

Portanto, se o médico não se sentir envolvido com a questão da doação de órgãos não há, na sua perspectiva, razão para despende um caro leito de UTI para um *cadáver-vivo*, sendo que este leito poderia estar sendo aproveitado por um paciente com condições de recuperação. Para a medicina, e em especial para a medicina intensiva, que mobiliza todos os recursos e conhecimentos disponíveis para “salvar” uma vida, é incoerente empregar tantos esforços para manter um *cadáver-vivo*. Mais do que isso, esta situação releva o fracasso em ter “perdido” um paciente. Assim, para aceitar a utilização de um leito de UTI e executar os muitos procedimentos necessários para a manutenção de um *cadáver-vivo*, o médico deve se sentir envolvido com a questão da doação de órgãos e ser valorizado por isso, porém, um dos intensivistas entrevistados sustenta que este envolvimento deve partir da instituição hospitalar:

Só que nós estamos no Brasil, temos que ser mais realistas que a realidade... Então mesmo que o SUS pague... o SUS tem um pagamento todo diferenciado para o processo de doação. Mas mesmo assim, como os valores do SUS são defasados, é um valor abaixo do custo. Então os hospitais, pequenos ou médios, não vão se mobilizar, se eles não têm envolvimento com transplantes, a gerar uma estrutura de diagnóstico. Mesmo no ‘Hospital X’, onde não existe transplante, mas isso foi colocado como uma vontade política da instituição, uma espécie de contribuição social, uma coisa meio política, pela condição do ‘Hospital X’... No ‘Hospital X’... a gente encontra dificuldades, não é? Não vai ser um hospital do interior, com enormes dificuldades já para atender os seus doentes, que vai criar, praticamente, uma estrutura que ele não tem, só para fazer o diagnóstico. (médico intensivista).

Ou seja, não é apenas a cirurgia de transplante de órgãos que demanda recursos financeiros, o próprio diagnóstico da morte encefálica envolve profissionais treinados e equipamentos para a realização de exames que nem sempre estão disponíveis. Uma enfermeira entrevistada por Scheper-Hughes e Biehl sobre a escassez de órgãos afirma:

O governo quis fazer a população acreditar que o problema da doação de órgãos estava na negativa da família. Isso não é verdade. A verdade é a seguinte: o sistema de saúde no Brasil não tem infra-estrutura para manter o doador adequadamente. A gente perde doadores a rodo. E pior ainda: quantas vezes você acha de ter um doador perfeito (por exemplo, um cara saudável, de 25 anos, que teve um acidente e está em morte cerebral, o resto

está inteiro), aí tem um feriado prolongado, não tem quem faça transplante. O coração vai para o lixo (2000: 56).

Portanto, um hospital só irá se envolver com doação de órgãos se contar com uma boa infra-estrutura e, como lembra meu informante, se estiver interessado em dar uma “contribuição” para a sociedade. Esta “contribuição”, porém, pode ser relativizada. Ferraz et al (2002), ao analisarem os custos financeiros de um transplante hepático, afirmam que este se trata de um procedimento caro e pouco abrangente. Nesse sentido, em países de terceiro mundo como o Brasil, estes procedimentos deveriam ser questionados, pois estes recursos poderiam ser destinados para políticas de saúde que atendessem aos interesses da população em geral. Em relação ao envolvimento da instituição hospitalar com a causa da doação e dos transplantes de órgãos, os mesmos autores afirmam que este envolvimento gera melhorias para os hospitais devido ao investimento em equipamentos e treinamento de pessoal necessários para atender esta demanda. Isso não quer dizer, no entanto, que este envolvimento seja um ato exclusivamente altruísta. Nas palavras dos autores:

O transplante de fígado proporciona uma melhoria global do serviço prestado pela Instituição, tais como melhoria no manuseio do paciente cirúrgico, da anestesia, no conhecimento de metabologia, na qualificação técnica dos cirurgiões e nos conhecimentos de imunossupressão e infecção. O transplante de fígado tem deixado de ser encarado como um procedimento de alto custo e pouco retorno, para ser visto como uma fonte de renda às Instituições, determinando inclusive uma corrida às Centrais de Transplantes e ao Ministério da Saúde para credenciar novos centros transplantadores. De acordo com a tabela de repasse do Sistema Único de Saúde (SUS), o transplante de fígado remunera à Instituição R\$ 51.899,46, acrescidos de R\$ 900,00 de procedimento anestésico. Considerando o custo médio deste estudo de R\$ 22.184,40 e mais R\$ 4.819,50 destinado à equipe médica, haveria um lucro de cerca de R\$ 24.000,00, por transplante realizado (2002: 317).

Assim, a cirurgia de transplante pode até mesmo ser fonte de lucro para os hospitais, tornando os procedimentos ainda mais onerosos para o Estado. Porém, o mesmo não é verificado quando se trata do diagnóstico do “possível doador”. Guerra et al (2002) afirmam que um “possível doador” é mantido na UTI recebendo o tratamento que um paciente em estado grave receberia. Este tratamento custa em média para o hospital R\$ 2.883,37 (dois mil, oitocentos e oitenta e três reais e trinta e sete centavos), porém, o Sistema Único de Saúde só repassa para a instituição 64,29% deste valor, ou seja, R\$ 1.853,71 (mil, oitocentos e cinquenta e três reais e setenta e um centavos). Os autores ainda comentam que:

Os procedimentos cobertos pelo SUS estão aquém dos procedimentos realizados de fato, visto que não foram contemplados pela Portaria GM/MS

no. 92 de 23/01/2001, os exames complementares de diagnóstico, tais como eletrocardiograma, raios X, urina I, bioquímica, hemograma, coagulograma e várias gasometrias arteriais. Somente a sorologia e tipagem foram inclusos (2002: 161).

Então, se alguns lucram, outros amargam o prejuízo, visto que o *cadáver-vivo* é mantido na UTI até a realização da cirurgia de transplante - em caso de doação, o que demora em média 37,5 horas (GUERRA, et al, 2002) – ou até ocorrer a “morte natural”, ou seja, quando ele não se transforma em doador.

Desta maneira, transplantes e doação de órgãos são associados com prestígio, sucesso, “salvar vidas” e isso também é refletido no repasse financeiro para as instituições envolvidas, o que contribui para o interesse nesta esfera. Uma das transplantadoras entrevistadas afirma que:

... a sensação interna de que tu ajudaste nisso é muito bom, é muito bom. E eu já encontrei pacientes na rua, que eu posso dizer: ‘Estes estão vivos porque eu atuei (cirurgiã, equipe de transplante hepático).

Esta afirmação corrobora a idéia do prestígio atribuído aos médicos que realizam transplantes. O mesmo, entretanto, não acontece em relação ao doador e ao diagnóstico de morte encefálica. Um dos intensivistas entrevistados rebate a fala da transplantadora afirmando que:

Eu não sei se eu conseguiria retirar os órgãos, porque eu defini apenas que o paciente não tem atividade cerebral, mas isso implica que outro irá chegar com um bisturi e vai tirar o coração, os pulmões e os rins e ele que está sendo o executor, eu só permiti que ele moralmente se sentisse justificado por esse ato, porque os especialistas disseram que poderia sim, ser feito. É um assassinato sem remorso (médico intensivista).

O trabalho do intensivista pode não ser reconhecido como é o trabalho dos médicos transplantadores, mas, de qualquer forma, este informante declara que não gostaria de fazer o que o médico transplantador faz, ou seja, “matar” o *cadáver-vivo*. A morte encefálica lembra o fracasso para o intensivista que fica com o “trabalho sujo” de “tratar” um *cadáver-vivo*, além disso, o repasse financeiro do governo mal cobre a metade dos gastos que se tem com esses procedimentos. A comparação entre remoção de órgãos e “assassinato” se mostra como uma estratégia para virar o jogo a seu favor.

Ainda com relação aos custos do processo de doação e implantação de órgãos, Garcia (2000b) realizou um levantamento detalhado sobre a contabilidade dos transplantes. Apesar dos dados serem de 1997, podemos ter uma idéia do investimento financeiro destinado aos transplantes de órgãos. O autor demonstra que dos mais de noventa milhões gastos em um ano com transplantes, 5% deste valor é destinado ao diagnóstico, 54% à cirurgia de implantação do órgão e 17% com o acompanhamento médico após a cirurgia⁹ Entretanto, não quero propor que o custo de um transplante é muito alto frente à vida de uma pessoa ou o sofrimento causado por doenças tão graves que a única solução seja um transplante. Mas como meu foco de análise está centrado no que pensam médicos intensivistas e transplantadores, isto me permite um distanciamento em relação ao sofrimento dos pacientes que aguardam por um órgão na lista de espera para transplantes. Como comenta um dos intensivistas, apesar da morte encefálica poder ser questionada, a importância da cirurgia de transplantes para o receptor ter mais qualidade de vida não está sendo colocada em questão aqui.

Tem aqueles que dizem que existe ainda atividade, mesmo que mínima, do tronco cerebral, o que pode definir a pessoa ainda como estando viva, mas o que importa é a morte do tecido pensante, das integrações de sinapses, que são responsáveis pela atividade cognitiva, mas, além disso, motora. Enfim, mas eu não me sinto a vontade em assinar, porque é uma situação de mal-estar frente a uma condição não especificamente real, mas sim convencional. Se convencionou que pessoas assim podem ser mortas, mesmo que seja com o objetivo altamente altruísta, de interesse individual de outra pessoa e social, no sentido de que transplantar pessoas, além do receptor viver melhor, com mais felicidade, os custos da sociedade também diminuem, mas é uma situação utilitária (médico intensivista).

Conforme aponta Bourdieu (1996), não existe um ato desinteressado, mas isso não significa que os atores sociais estejam agindo de acordo com estratégias racionais para atingir lucro material ou garantir interesses pessoais, pois cada ator social está:

...preso ao jogo, preso pelo jogo, acredita(r) que o jogo vale a pena ou não, para dizê-lo de maneira mais simples, que vale a pena jogar. De fato, em um primeiro sentido, a palavra interesse teria precisamente o significado que atribui à noção de *illusio*, isto é, dar importância a um jogo social, perceber que o que se passa aí é importante para os envolvidos, para os que estão nele. *Interesse* é “estar em”, participar, admitir, portanto, que o jogo merece

⁹ Os médicos transplantadores afirmam que os gastos com os transplantes são menores do que com tratamentos paliativos, principalmente com relação aos transplantes renais, já que a hemodiálise é um tratamento muito caro.

ser jogado e que os alvos engendrados no e pelo fato de jogar merecem ser perseguidos; é reconhecer o jogo e reconhecer os alvos (1996: 139).

Nesse sentido, os interesses envolvidos no contexto da morte encefálica e dos transplantes de órgãos não podem ser analisados simplesmente pelo prisma da economia. Mas a relação econômica envolvida nesta questão revela outros elementos importantes para compreendermos o contexto da morte encefálica, elementos que estão incorporados ao *habitus* médico, que determinam a aquisição de prestígio, sucesso e valorização dos instrumentos tecnológicos e científicos.

Uma idéia muito difundida entre médicos transplantadores e organizações ligadas à doação de órgãos é que a cirurgia de transplantes é considerada um tratamento curativo e eficaz. Mas o que percebo é que se substitui os tratamentos paliativos anteriores à cirurgia por imunossupressores após o transplante. Do ponto de vista do paciente, a vida após o transplante pode ser muito melhor, mas será que pode ser dito que ele está curado? A própria eficácia dos transplantes pode ser questionada. Lock (2002) demonstra que na década de 1950 foram realizados no mundo 221 transplantes de rim. Destes transplantes, 91 utilizaram como doador um familiar vivo do paciente, mas apenas cinco receptores sobreviveram um ano após a cirurgia. O restante dos transplantes, 120, foram realizados utilizando doador cadáver ou doador vivo sem laços de parentesco com o receptor, e somente um paciente sobreviveu um ano após a cirurgia. Da década de 1960 foram realizados 118 transplantes de coração no mundo, sendo que 50% dos pacientes transplantados sobreviveram ao procedimento cirúrgico. Destes sobreviventes, metade morreu em menos de trinta dias após a cirurgia, sendo assim, em seis meses a taxa de mortalidade dos pacientes transplantados foi de 88% (LOCK, 2002). Mesmo com taxas de mortalidade alarmantes, as cirurgias de transplantes continuaram a ser realizadas, e a taxa de mortalidade só foi reduzida na década de 1980, com a criação de um tipo de medicamento chamado de “imunossupressor” (o primeiro utilizado em pacientes transplantados e talvez o mais conhecido se chama *ciclosporina*), que minimiza os riscos do corpo do receptor rejeitar o órgão recebido. Porém, mesmo que as taxas de mortalidade tenham sido reduzidas, não se pode considerar que as cirurgias de transplantes de órgãos sejam um absoluto sucesso. Um de meus informantes relata que:

Hoje em dia se aceita tudo; até rins em mau estado, já com problemas, a gente bota; rins de recém-nascido a gente bota – e antes não se botava; rins de prematuro se bota... Bota os dois porque [o rim] de recém-nascido é do tamanho de um ovo de galinha, menor. Bota dois, aí cresce, com grandes problemas, é uma cirurgia complicada... E tem segundo transplante, terceiro transplante... E assim vai. Nós temos uma aí que tem cinco rins... É, porque os dois

primitivos eu não tirei, os dois que botaram, um tirou, e tem mais um. Então tem isso aí também... Mas quatro que não vale nada, atrofiados (eles atrofiam, pequeninhos) (cirurgião, equipe de transplante de rins).

Desse modo, para aumentar o número de transplantes realizados, negligencia-se a qualidade do órgão que está sendo transferido para o receptor, o que pode até causar “grandes problemas”. Quando os doadores não atendem todas as exigências para garantir a qualidade dos órgãos, eles são denominados como “doadores limítrofes” (GARCIA et al, 2000a). Ao analisar os transplantes realizados em um hospital brasileiro em 1997, Garcia et al (2000a) observam que 40,8% dos transplantes renais realizados pela instituição correspondiam a órgãos de “doadores limítrofes”. Segundo os autores:

Em 46 transplantes, o doador foi considerado como “limítrofe para a função”, devido ao risco aumentado de não função ou de menor sobrevida do rim (idade avançada ou precoce, hipertensão, diabetes, choque, parada cardíaca). Em 28 transplantes, o risco era de transmissão de infecção (2000: 60).

Em decorrência disto, as chances de sobrevida de um rim oriundo de um doador de “boa qualidade”, para o primeiro ano de transplante, são de 80% e após cinco anos são de 53%. Enquanto a sobrevida de um rim de “doador limítrofe” para o primeiro ano é de 63% e após cinco anos 41%.

Outra questão, que pode ou não estar relacionada à anterior, é que uma mesma pessoa pode precisar ao longo da vida de vários transplantes, pois o órgão tem um “tempo de vida útil” limitado. Assim, ao invés de gastar em hemodiálise durante muitos anos para um paciente, o sistema de saúde poderá gastar em vários transplantes para um mesmo paciente. Mais uma vez, não estou querendo atribuir um valor monetário para o sofrimento do paciente receptor de órgãos, mas questionar a idéia de que com a cirurgia de transplantes de órgãos se economizaria em gastos com tratamentos paliativos. Como se percebe, a eficácia da cirurgia de transplantes tem suas limitações, e, mesmo hoje, mais de duas décadas depois da utilização de imunossuppressores para minimizar os danos dos transplantes, ainda se tem, para determinados órgãos, taxas de mortalidade significativas, como revela uma das médicas transplantadoras:

Em locais com mais recursos tu vais ter sobrevida maior. Mas, assim, em torno de 30% morrem no primeiro ano. Aqueles que sobrevivem ao primeiro ano, aí vão bem... Porque é justamente nesse primeiro ano que tu tens que ajustar... imunossupressão,

complicações respiratórias, tudo; então aqueles... mais fortes (entre aspas, não é?) que sobrevivem ao período são os que vão conseguir levar uma vida ...ter uma sobrevida maior. (...) O que acontece é assim, tu podes ter rejeição tardia (é menos freqüente, mas pode acontecer); tu podes ter... pacientes que acabam morrendo por infecções secundárias – assim, o cara está imunossuprimido: pega uma gripe, essa gripe infecta, e não-sei-o-quê-não-sei-o-quê, acaba morrendo, não é? Então isso... acontece. Agora, um dos grandes fatores limitantes é a degeneração do próprio coração, em termos de que ele... acaba, pelas medicações que são usadas, ele acaba desenvolvendo doença coronariana no órgão. (cirurgiã, equipe de transplante cardíaco).

Portanto, mesmo tendo evoluído a partir do desenvolvimento de imunossupressores, a taxa de sucesso para transplante de alguns órgãos não são tão altas como parecem ser quando ouvimos na mídia que “transplantes salvam vidas”. Transplantes *podem* salvar vidas e podem salvar vidas por um *determinado período*. Mas é interessante notar também que os índices divulgados por instituições ligadas à questão dos transplantes dizem respeito ao número de órgãos doados e transplantados, mas raramente se revelam taxas de mortalidade dos receptores. Estas questões sugerem que a disponibilidade da técnica e da tecnologia cria a necessidade e a demanda por transplantes de órgãos. Scheper-Hughes e Biehl (2000) propõem que a “escassez” de órgãos que é noticiada pela mídia, médicos e organizações pró-transplantes, é na verdade uma ficção, pois a demanda nunca vai ser atendida, já que a escassez representa a “negação e recusa da morte por parte dos indivíduos e a possibilidade (técnica e legal), sem precedentes, da extensão da vida bruta com “órgãos vivos” de outros” (2000: 55).

Considerações Finais

Desse modo, busquei demonstrar os passos e os impasses relativos ao diagnóstico da morte encefálica. Este processo parece um jogo em que os vencedores e os perdedores já são conhecidos desde o início. Os intensivistas são os perdedores, pelo fato de ter que reconhecer o “fracasso” de não conseguir curar um paciente e, como “castigo”, ainda ter que “tratá-lo”, mesmo depois de morto. Já os médicos das equipes de transplantes são os vencedores, mesmo que a técnica não seja tão eficaz quanto se gostaria, mesmo envolvendo custos muito altos para um país onde falta até saneamento básico, são eles que ficam com os “louros da glória” por ter “salvado uma vida” (pelo menos durante algum tempo). Caso o diagnóstico de morte encefálica não se confirme, o jogo acaba empatado, ambos perdem. O intensivista continua

“cuidando” de um *cadáver-vivo* e o médico transplantador fica sem matéria-prima para trabalhar. Além disto, com os dados demonstrados neste artigo, pode ser sugerido que tanto a morte encefálica como os transplantes de órgãos são lados da mesma moeda. Esta moeda representa a responsabilidade que a medicina se coloca de salvar vidas, custe o que custar (GOOD, 1993), ao mesmo tempo em que revela o fracasso nesta missão quando doador e receptor morrem, ou, no caso do último, sobrevive, mas ainda dependendo de cuidados médicos permanentes.

A concepção oficial, do ponto de vista médico e legal em relação à morte encefálica propõe que esta seja a “verdadeira” morte, a definitiva, irreversível e precisa. Quando não há mais o cérebro, não há mais relação social, vida, nada. A morte encefálica é um conceito moderno construído cientificamente pelo campo médico que se tornou operacional e passou a classificar *cadáveres-vivos* - que antes seriam considerados como em vida vegetativa, mas ainda assim vivos – enquanto mortos. Mas se este fato é aceito, ao menos formalmente, pelo campo médico, para os atores “leigos” nem sempre é tão claro. Um morto que tem o coração batendo abala profundamente nossas representações sobre morte. O modelo que tínhamos para classificar os mortos e os vivos é colocado em xeque. A não-aceitação do conceito de morte encefálica é uma das causas atribuídas à negação de doação de órgãos. Quando meus informantes comentaram isto, afirmaram que era um problema de “educação”, mas acredito que este seja não um problema de entendimento, mas um elemento cultural. Com estas questões em mente, fui a campo para verificar o que os médicos pensavam sobre a morte encefálica, e, para minha surpresa, constatei que muitos também têm idéias “leigas” sobre este tema.

Alguns dos meus informantes inclusive contestaram o conceito de morte encefálica enquanto definidor de morte. Questões como *não é morte biológica, não é a morte natural, é um assassinato consentido pela sociedade* foram referidas pelos médicos que entrevistei. Mas, então, por que ela é legitimada científica e legalmente? Meus informantes, assim como boa parte da literatura sobre este tema respondem: a partir do momento em que se tem disponível tecnologia para que as cirurgias de transplantes possam ser rotinizadas em nossa sociedade, cria-se a demanda por órgãos e a necessidade de obtê-los. Isto talvez seja o grande deslize da morte encefálica: o seu caráter utilitário. Por um lado, os transplantes de órgãos legitimam a operacionalização deste conceito; como existe a possibilidade de substituir órgãos “danificados” e como isto pode *salvar vidas*, a morte encefálica passa a ser uma excelente perspectiva, que deve ser adota pela classe médica, e especialmente pelos médicos que trabalham diretamente com transplantes de órgãos. Por outro lado, como é um critério tão

ambíguo para definir morte, e como nasce com o interesse em obter órgãos, talvez não se pode ter certeza se essa é a morte verdadeira ou apenas um meio para chegar a um determinado fim.

Apesar dos dois grupos de médicos entrevistados terem concepções semelhantes sobre a morte encefálica, a análise dos dados demonstrou que existem distinções que estão relacionadas com a posição que cada grupo ocupa no campo médico. O discurso dos intensivistas quanto às dúvidas que um *cadáver-vivo* gera é muito mais claro e direto, em comparação aos médicos pertencentes a equipes de transplantes, em que as incertezas do status do *cadáver-vivo* é apreendida a partir das contradições das suas falas. Desse modo, entre os intensivistas, a morte encefálica representa um “fracasso” duplo, pois além de ter de declarar seu paciente como morto, o intensivista tem de cuidar do *cadáver-vivo* (independente dele se tornar um doador de órgãos ou não) em vez de estar salvando outra vida. Já para os médicos de equipes de transplantes, a morte encefálica é a vitória, o êxito da medicina. A partir da morte encefálica é possível salvar vidas, é como se o médico pudesse transferir o resto de vida que ainda está no *cadáver-vivo* para outra pessoa. Desse modo, o médico transplantador fica com os louros da glória e com o prestígio de cumprir com a função da medicina: salvar vidas. E o intensivista, ao contrário, está fadado a ficar nos bastidores cuidando de um *morto*. A morte encefálica é um jogo no qual apenas um dos lados pode ganhar (ou o do intensivista e o *cadáver-vivo*, ou o transplantador e o receptor), quando a doação não é efetuada, são os dois lados que saem perdendo.

A partir dos dados obtidos com este estudo, é relevante, também, situar a morte encefálica dentro das concepções gerais de morte. Ariès (2003) e Elias (2001) afirmam que a morte na modernidade foi levada para os bastidores da vida social, não se trata mais de um acontecimento público, cotidiano e natural. Pelo contrário, hoje evitamos a morte a todo o custo. Tanto a morte dos outros como a nossa morte. Morrer se tornou uma derrota. Aliado a este fato, temos a medicina e sua função soteriológica de proporcionar a cura, a salvação e a redenção (GOOD, 1993).

Se hoje a morte é uma derrota, o peso do fracasso é ainda maior para os médicos, pois são eles que têm a vocação, o conhecimento e a tecnologia para evitar ou pelo menos adiar a morte. Promessas médicas para isto não faltam: terapias com células-tronco, criopreservação e, até mesmo, clonagem. Porém, se a morte encefálica, por um lado, representa o fracasso da medicina em não “salvar” uma vida, por outro lado, a morte encefálica é uma maneira de matar a morte. Isto ocorre porque é por meio da morte encefálica que as cirurgias de transplantes de órgãos podem salvar a vida de outras pessoas. Conforme Lock (2000, 2002),

os Estados Unidos estão anestesiados para o tema da morte encefálica, o único interesse relacionado ao assunto diz respeito aos transplantes de órgãos. Pode-se afirmar que no Brasil ocorre algo semelhante, e o problema disso é que não se discute de onde vêm os órgãos que são utilizados para transplantes. Sendo assim, se o *cadáver-vivo* incomoda, a morte encefálica soluciona o “problema” da morte moderna, pois a partir do momento em que o *cadáver-vivo* se transforma em um doador, não temos mais morte, e sim vida.

Por último, gostaria de comentar que, apesar de ser cética quanto à legitimidade da morte encefálica, não sou contrária à doação de órgãos, nem indiferente ao sofrimento das pessoas que precisam de uma doação de órgãos para continuar vivendo. Contudo, tentei demonstrar que, assim como propõe Sahlins (2003), nada pode garantir que um determinado grupo social, dotado de inteligência, interesses e biografias sociais próprias interpretará um determinado fenômeno da mesma maneira que outros grupos sociais de uma mesma sociedade. Assim, a morte encefálica tem diferentes significados para diferentes atores sociais. Nesse sentido, também pretendi contextualizar a morte encefálica enquanto um conceito produzido na esfera científica, demonstrando que esse conceito é datado e localizado social e historicamente. Assim, a morte encefálica só faz sentido na sociedade moderna e ocidental, na qual a ciência tem uma posição central na definição de “verdades”.

Referências Bibliográficas

ARIÈS, Philippe. “A Morte Domada”. In: História da Morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003, p. 25-45.

BITENCOURT, Almir Galvão, et al. “Avaliação do Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre Morte Encefálica”. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 19, no. 2, 2007, p. 144-150.

BOURDIEU, Pierre. Razões Práticas – sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus Editora, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.826 de 06 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

DÍAZ, Raul. “Personaje e Identidad Narrativa: uma aproximación metodológica”. Horizontes Antropológicos, no. 12, 1999, p. 37-58.

DOUGLAS, Mary. Pureza e Perigo. Lisboa: Edições 70, 1991.

ELIAS, N. A Solidão dos Moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FERRAZ, Álvaro Antônio Bandeira, et al. “Custo do transplante hepático bo Hospital das Clínicas da Universidade federal de Pernambuco”. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, vol. 2, no. 3, 2002, p. 313-318.

GARCIA, Valter Duro, et al. “Avaliação dos Dez Anos de Atividades da Coordenação de Transplantes do RS”. In; GARCIA, Valter Duro. Por uma Política de Transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, 2000a, p. 36-96.

GARCIA, Valter Duro, et al. “Proposta de uma Política de Transplantes para o Brasil”. In; GARCIA, Valter Duro. Por uma Política de Transplantes no Brasil. São Paulo: Office Editora e Publicidade Ltda, 2000b, p. 109-162.

GIACOMINI, Mita. “A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition os death in 1968” Soc. Sci. Med, vol. 44, no. 10, 1997, p. 1465-1482.

GOOD, Byron J. “How medicine construct its objects”. In: Medicine, Rationality and Experience – an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, p. 65-87.

GUERRA, Cícera de Oliveira, et al. “O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos”. Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 48, no. 2, 2002, p. 156-162.

KANDEL, Liliane. “Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião”. In: THIOLLEN, Michel (Org.). Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. São Paulo: Editora Polis, 1987, p. 169-189.

LOCK, Margaret. Twice Dead – Organ Transplants and the Reinvention of Death. California: University of California Press, 2002.

LOCK, Margaret. “On Dying Twice: culture, technology and the determination of death”. In: Living and Working the New Medical Technologies. Lock, Margaret; Young, Alan; Cambrosio, Alberto (Orgs.). Cambridge: University Press, 2000, p. 233-262.

MENEZES, Rachel Aisengart. “Etnografia do Ensino Médico em um CTF”. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, vol. 5, no. 9, 2001, p. 117-130.

PESSINI, Léo. “Distanásia: até quando investir sem agredir”. Bioética, vol. 4, no. 1, 1996, p. 29-41.

PITTA, Fernando; CARMONA, Cátia. “Morte Cerebral – Do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo”. Acta Médica Portuguesa, vol. 17, 2004, p. 70-75.

RECH, Tatiana H.; RODRIGUES FILHO, Édison Moraes. “Manuseio do Potencial Doador de Múltiplos Órgãos”. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 19, no. 2, 2007, p. 197-204.

RODRIGUES, José Carlos. Tabu da Morte. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

SAHLINS, Marshall. Ilhas de História. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

SCHEPER-HUGES, Nancy, BIEHL, João Guilherme. “O Fim do Corpo – Comércio de órgãos para transplantes cirúrgicos”. In: Debert, Guita Grin, Goldstein, Donna (Orgs.). Políticas do corpo e o Curso da Vida. São Paulo: Editora Sumaré, 2000, p. 49-81.

SHIKIDA, Cláudio D.; ARAÚJO JR. Ari Francisco de. Introdução à economia da alocação de órgãos para transplantes: direitos de propriedade, mercado de órgãos e filas de espera no Sistema Nacional de Transplantes, 2004. Disponível em: <http://www.ceae.ibmecmg.br/wp/wp15.pdf>.

THIOLLEN, Michel. “O Processo de Entrevista”. In: Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária. São Paulo: Editora Polis, 1987, p. 79-99.

VARGAS, Mara A.; RAMOS, Flávia Regina Souza. “A Morte Cerebral como o Presente para a Vida: explorando práticas culturais contemporâneas”. Contexto Enfermagem, vol. 15, no. 1, 2006, p. 137-145.

WIJICKS, Ecleo F. M. “The neurologist and Harvard criteria for brain death”. Neurology, vol. 61, 2003, p. 970-976.