




# RE-SIGNIFICAÇÕES

metadata, citation and similar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

brought to you by 

provided by Archives of the Faculty of Veterinary Medicine U

28(1):65-86  
jan/jul 2003

## DE VIDA E DE MORTE:

### delimitando modos de educar

Mara Ambrosina de O. Vargas  
Dagmar E. Estermann Meyer

**RESUMO – *Re-Significações de vida e de morte: delimitando modos de educar.*** Neste artigo discutimos a dimensão educativa de um processo que denominamos de “ciborguização da enfermeira” a partir da análise do deslocamento das fronteiras entre vida e morte na contemporaneidade. Com base nos Estudos Culturais e em autores como Michel Foucault e Donna Haraway, examinamos manuais e protocolos assistenciais que dão sustentação ao trabalho que as enfermeiras desenvolvem em terapia intensiva, para demonstrar que as práticas discursivas fazem mais do que simplesmente designar e descrever o “real”: elas criam e legitimam o que passa a ser reconhecido como sendo “a realidade”. O exercício da análise permitiu problematizar a fragmentação do sujeito, a hibridização corpo-máquina no contexto da terapia intensiva e o deslocamento das fronteiras entre viver e morrer. Com essa análise procuramos argumentar que as lições de tecnologia no contexto de saúde, e a maneira como estas têm sido tratadas pelas/o estudiosas/os da área do intensivismo, contrastam com o consumo e a conversão desses/as profissionais em híbridos humanos-máquinas – ciborgues. **Palavras-chave:** *Estudos Culturais e Educação, corpo ciborgue, vida e morte, enfermagem em terapia intensiva.*

**ABSTRACT – *Re-significations of life and death: delimiting ways of educating.*** In this article we have discussed the educative dimension of the ‘nurse cyborging’ process based on the analysis of the contemporary shifting frontiers between life and death. Based on Cultural Studies and authors such as Michel Foucault and Donna Haraway, we have looked at guidelines and assistant protocols which support nurses’ work in intensive therapy, in order to show that discursive practices do more than name the ‘real’: they create and legitimate what then begins to be recognised as ‘reality’. The analysis exercise allowed us to problematise the fragmentation of subject, the body-machine hybridisation in the intensive therapy context, and the dislocation of the borders between life and death. Through this analysis we argue that technology messages in health context and the way these are dealt with by experts in the intensivism field, contrast with consumption and the conversion of these experts into human-machine hybrids, that is cyborgs.

**Keywords:** *Cultural Studies and Education, cyborg body, life and death, nursing in intensive therapy.*

## Introdução

Este artigo é parte de uma dissertação de mestrado<sup>1</sup> em que se discutiu o que chamamos de “processo de ciborguização da enfermeira”, no contexto da unidade de terapia intensiva<sup>2</sup>. Para fazer essa discussão, buscamos apoio na teorização cultural e nos estudos de autores e autoras que têm problematizado a noção de corpo e de sujeito, na pós-modernidade, a partir de pressupostos teóricos do pós-estruturalismo. Ao assumir tais pressupostos, entendemos que tanto o humano quanto a máquina são significados culturais e que os sentidos atribuídos a tais noções têm sido produzidos no âmbito de práticas discursivas específicas. Procuramos, portanto, demonstrar, ao longo deste trabalho, que tais práticas discursivas, instituídas por (e instituintes de) relações de poder, fazem mais do que simplesmente designar e descrever o “real”; elas criam e legitimam aquilo que passa a ser reconhecido como sendo “a realidade”. A partir dessa perspectiva, procuramos argumentar que as lições de tecnologia, no contexto da saúde, e a maneira como estas têm sido tratadas pelas/o estudiosas/os da área do intensivismo, contrastam com o consumo e a conversão dos/as profissionais em híbridos humanos-máquinas.

Entre os/as autores /as utilizados, destacamos Donna Haraway (1991, 1997 e 2000) e seu entendimento de ciborgue<sup>3</sup> – uma idéia produtiva que possibilita explorar a ciborguização da cultura contemporânea e suas implicações para a educação de enfermeiras em terapia intensiva. Ciborgue, na perspectiva aqui adotada, é um híbrido humano-máquina e, como todo híbrido que resulta da fusão de entes de natureza diversa, não pode mais ser reduzido ou reconduzido a nenhuma humanidade, natureza ou tecnologia original. Essa figura do ciborgue torna ambíguas as fronteiras onde as diferenças entre máquinas e humanos são definidas e desconsidera um *a priori* de “naturalidade”, o que nos permite sustentar a noção de que a interface do que é considerado “natural” e “não-natural” não só está inserida, mas é mesmo produzida, em práticas culturais e sociais complexas e, em última análise, contingentes. Valendo-nos, então, do conceito de ciborgue, buscamos operar, analiticamente, no próprio limiar entre as fronteiras do que tem sido afirmado e reafirmado como sendo saúde, doença, vida, morte, humano e tecnologia, natural e artificial, orgânico e inorgânico.

Tomando como foco esta problemática nomeada de “ciborguização da enfermeira”, o que procuramos fazer foi, exatamente, discutir e analisar as dimensões educativas deste processo. A noção de educação, aqui, é ampliada para englobar o conjunto de processos pelos quais os indivíduos são transformados ou se transformam em sujeitos de uma cultura. Nessa perspectiva, tornar-se um determinado tipo de sujeito – uma enfermeira ciborgue, por exemplo –, no contexto das bio-tecno-culturas contemporâneas, envolve um complexo de forças, de saberes, de processos de aprendizagens e de instituições. Alguns desses processos e instituições estão direcionados explicitamente para a função de educar, instruir, formar – e os cursos de formação profissional em saúde seriam

os exemplos mais acabados disso – nesse contexto. Em outras instâncias ou processos sociais essa dimensão educativa, no entanto, não fica tão explícita e não chega mesmo a ser intencional. E aqui se incluem, hoje, os meios de comunicação de massa, mas também os processos de trabalho com as normas e rotinas que os compõem, as políticas e programas de saúde – por exemplo, a humanização da assistência em seus diversos desdobramentos – e os programas educativos reunidos sob a denominação de educação continuada, etc. Exatamente pela invisibilidade, pela não intencionalidade ou pela “naturalidade” das ações educativas imbricadas nestes processos, seus efeitos tendem a ser mais efetivos e duradouros.

Nesse sentido, é pertinente dizer que há uma padronização de condutas exigidas para todas as enfermeiras que, de alguma forma, se engajam no contexto da terapia intensiva. Ou seja, ocorrem neste contexto tanto processos de educação elaborados de maneira mais formal (como aqueles que submetem toda a equipe de enfermagem na UTI a um contínuo e progressivo “aperfeiçoamento”, visto que esta deve lidar não somente com equipamentos, mas também com a interpretação teórica daquilo que é objeto de seu trabalho), quanto processos que implicam a incorporação e a naturalização da relação com a máquina, de modo que esta passe a se configurar como uma extensão indiferenciada do próprio corpo profissional.

Assim, reconhecemos a UTI como um ambiente em que as atividades de enfermagem desenvolvidas são sucessivamente aprendidas, praticadas, alteradas e suplantadas. O que hoje é considerado conhecimento válido é imediatamente relegado a um segundo plano, ou até abandonado, à medida que um novo conhecimento passa a ser validado. O conhecimento aceito e valorizado pelas enfermeiras é resultado de uma “seleção” empreendida nas relações e práticas profissionais, e tal seleção é fundamentalmente política. E política, aqui, é compreendida numa conexão de saber-poder que está no centro de todas essas relações e práticas profissionais e pedagógicas.

A tecnologia “aprimora” a capacidade que essa equipe profissional precisa desenvolver para observar o/a paciente. E, em conexão com o privilegiado aparato da tecnologia, a enfermagem tem se tornado cada vez mais capaz de traduzir o corpo do/a paciente em informações contínuas, as quais devem alimentar as decisões e ações da equipe que trata e cuida desse/a paciente na UTI. Para que essa tradução seja possível, o corpo da enfermeira está em constante interação com a máquina e, para que isso se efetive de “maneira adequada”, são necessárias múltiplas aprendizagens. Reciprocamente, é possível dizer que essa interação enfermeira-máquina desdobra-se em várias outras aprendizagens.

Dentre os vários materiais pedagógicos disponibilizados para a equipe de enfermagem em terapia intensiva, escolhemos como *corpus* de análise manuais<sup>4</sup> e protocolos assistenciais<sup>5</sup>. Neste sentido, buscamos examinar como esses manuais e protocolos assistenciais, mesmo quando assumem e operam com polaridades e posicionamentos cientificamente fundamentados, encontram-se impreg-

nados de uma certa ambigüidade, gerada a partir da hibridação enfermeira-máquina. Cientes de que tal ambigüidade não é explícita, o exercício que fizemos foi o de, justamente, pretender dar-lhe visibilidade. Na perspectiva da análise cultural, os manuais e protocolos assistenciais funcionaram como textos culturais e nos permitiram discutir mudanças das (e nas) práticas da enfermeira intensivista, mediante sua imbricação com os equipamentos da tecnobiomedicina, da bioeletrônica e da informática. Consideramos que analisar tais manuais e protocolos assistenciais, apoiadas na abordagem teórica adotada nesta investigação, possibilitou-nos (re)escrever e (re)ler uma prática pedagógica específica que educa enfermeiras no contexto da terapia intensiva. De uma certa forma, o movimento feito foi o de tentar re/pensar o humano no contexto da ciborguização numa perspectiva que, “ao invés de representar a enfermagem como interface da humanização”, explorasse

*a potencialidade de pensar a enfermagem como um saber/fazer ciborgue, um híbrido onde as fronteiras (...) fossem deslocadas de tal forma que estas oposições não pudessem mais ser acionadas para a hierarquização e a dominação. Isso poderia nos ajudar a recusar uma metafísica anti-ciência e uma demonização per se da tecnologia. (...) Poderia também nos sugerir um vocabulário, criativo e potente o suficiente, para sairmos desse labirinto de dualismos por meio dos quais se tem explicado e desdobrado o humano em seres com estatutos sociais diferenciados, com os quais se tem justificado a desigualdade, a injustiça social e a subordinação (Meyer, 2002, p. 195).*

Este trabalho problematiza, pois, um dos acontecimentos que, em nossa opinião, sintetiza significados importantes da terapia intensiva na contemporaneidade, a saber: o deslocamento das fronteiras entre a vida e a morte e seus possíveis efeitos sobre os modos de educar enfermeiras-ciborgue.

## **Morte: um problema contemporâneo?**

Muitas pessoas, das mais diversas profissões (incluindo-se, entre elas, pessoas que não estão inseridas no contexto da área da saúde), utilizam-se de exemplos da terapia intensiva quando, por algum motivo específico, querem abordar a questão da morte. E, no nosso ponto de vista, isso acontece com frequência porque a UTI – pelo vasto arsenal tecnológico disponível – prolonga a expectativa de vida das pessoas, convive com uma terminalidade mais alongada dos/as pacientes que lá são internados/as e apresenta uma equipe profissional especializada em lidar com situações de risco de morte iminente. Além disso, a UTI reúne, num mesmo espaço físico, toda a potencialidade polissêmica do que hoje podemos entender por vida/viver e morte/morrer.

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. Contudo, nunca antes encontramos tantas maneiras de significar tais noções

dentro de uma mesma racionalidade – a científica. Talvez isso expresse a especificidade de nossa época, na medida em que a medicina avançada, a que inova em transplantes de órgãos e utiliza procedimentos de reanimação, se vê confrontada com a relativização da definição de morte.

Hoje, no contexto da terapia intensiva, não é incomum lidarmos com a dúvida quando se trata de definir se o/a paciente está efetivamente morto/a. A relação humano-máquina parece mesmo acentuar e ampliar nossas incertezas quando se trata de reconhecer se realmente estamos diante da morte. E, no caso de dúvidas e incertezas, acabamos, em muitas situações, como indica o título da próxima seção, “exterminando” a morte:

E tratando-se de controvérsias, por definição, não se pode tachar determinada conduta de correta ou incorreta. A grande confusão ainda existente em torno deste assunto (e que, por certo, não deverá ser satisfatoriamente superada nos próximos tempos!) dá ensejo às condutas mais diversas, o que equivale a dizer que há serviços (...) que optam pela interrupção do suporte vital diante de estado vegetativo com alta probabilidade de óbito, até aqueles que, no extremo oposto, não abrem mão de manter suporte vital pleno e vigoroso “enquanto houver esperança”. E já que, segundo a sabedoria popular, “enquanto há vida, há esperança”, o suporte é mantido até que sobrevenha a morte do paciente (Orlando, 2001, p. 60).<sup>6</sup>

Viver e morrer, fronteiras radicalmente rompidas com a intensificação da tecnobiomedicina? Alguns/algumas autores/as têm afirmado que as fronteiras entre o viver e o morrer, em sua relação com o que é natural e sobrenatural, foram completamente rompidas. Mas convém lembrar que aquilo que cada época e cada sociedade considera natural e sobrenatural – uma certa “tendência” em borrar alguma distância entre o natural e o sobrenatural – não constitui fato inédito na história. Além disso, vida e morte – pensados e vividos em suas conexões com as máquinas do início século XXI – tornam ambíguas as diferenças entre aquilo que se auto-cria (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 nos envolvemos nesse empreendimento, mais a concepção do que é, “afinal”, morrer nos escapa.

Como já referimos, a morte foi pensada de muitas formas, nas diferentes sociedades e culturas. Nessa direção, Philippe Ariès (1975) e Norbert Elias (2001) fazem uma abrangente contextualização histórica de como a morte tem sido pensada e vivida pelo homem – ocidental – desde a antigüidade até a contemporaneidade. Segundo esses estudiosos, na antigüidade, a morte era experimentada no coletivo e na vida cotidiana como fato previsível e Elias (2001), em particular, sinaliza que a morte, ao ser vivida como um acontecimento menos

privado, acarretava um contato mais estreito com moribundos e, por isso, colocava aos indivíduos a necessidade de crer na própria morte. 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 patologia, tinha uma morte considerada natural e, muitas vezes, não diagnosticada.

Outro aspecto importante desse período, segundo os autores, era o fato de que a morte, muitas vezes, se fazia anunciar: ora com sinais sobrenaturais ou premonições sobrenaturais, ora com sinais naturais. Ariès diz ser

*(...) provável que a distinção que aqui fazemos dos sinais naturais e das premonições sobrenaturais seja anacrônica: a fronteira entre o natural e o sobrenatural era tão incerta. Nem por isso deixa de ser notável que os sinais mais freqüentemente invocados para anunciar uma morte próxima fossem na Idade Média sinais que hoje diríamos naturais: uma constatação banal, que recaía sobre o sentido, fatos comuns e familiares da vida cotidiana (Ariès, 1975, p. 16).*

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.

Ariès (1975), por exemplo, considera que o fato de encontrarmos, de Homero a Tolstói, a expressão constante do que ele chama de “uma mesma atitude global perante a morte”, nos permitiria pensar numa continuidade nos modos de concebê-la e vivê-la, nesse período de quase dois milênios. Em contrapartida, segundo o autor, a morte estaria agora tão apagada dos nossos costumes que teríamos dificuldade em imaginá-la e compreendê-la. Para ele, 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 de 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” (ibid, p. 40).

Essa posição de Ariès, sustentada por sua análise da narrativa de Tolstói, sobre o processo de morrer do servo e do senhor, é criticada por Elias (2001). Segundo o autor, Ariès enfatiza e valoriza a serenidade do camponês russo, contrastando-a com a resistência à morte manifestada pelo senhor. Elias considera que Ariès parece negligenciar a conexão entre o modo de viver e o modo de morrer de um e de outro, conexão esta que talvez Tolstói quisesse demonstrar ao enfatizar essa diferença de conduta perante a morte do servo e do senhor. E, com esse pensamento, Elias argumenta 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* (Elias, 2001, p. 12).

Apreendemos dessa argumentação de Elias (o qual, em nossa perspectiva, problematiza a abordagem linear, homogênea e totalizante da análise de Ariès) 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 conceber a morte e de morrer estão limitadas às possibilidades de cada época. Então, desde o final do século XX, a morte parece ter mudado suas configurações e, no nosso ponto de vista, a UTI é um dos locais em que se pode dimensionar isso.

## Exterminadores da morte

Alexandre Vaz, Ana M. Silva e Selvino Assmann (2001) endossam a idéia de que a noção de morte, diante de iniciativas como as desenvolvidas pela tecnociência contemporânea, alterou-se, radicalmente, à medida em que 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” (Vaz; Silva A. M.; Assmann, 2001, p. 86). E é nessa possibilidade de intervir mais ativamente sobre o processo de morrer que se pode localizar, na nossa opinião, uma descontinuidade no processo de morte-morrer. Ou seja, o aprimoramento da tecnobiomedicina, estabeleceu condições de possibilidade que permitem intervir sobre (retardando ou impedindo) a morte, das mais variadas maneiras. Diferentemente do que ocorria nas sociedades antigas, o indivíduo hospitalizado, hoje, não tem mais a certeza de que vão deixá-lo morrer. Na dúvida, médicos e enfermeiras se precipitam, hoje, sobre o morrer dos moribundos, impedindo-o, prorrogando-o. Elias (2001, p. 56) enfatiza que a “constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que talvez isso funcione”. Como refere o manual:

[A] instabilidade grave de um ou mais sistemas fisiológicos, requerem a atenção de pessoal diferenciado e, muitas vezes, a ajuda de procedimentos de substituição para a manutenção das funções vitais. [As UTIs] são áreas de observação permanente, cuidados especiais e terapia continuamente supervisionada e adaptada, construídas, equipadas e organizadas para otimização do objetivo final: reduzir a mortalidade de pacientes aguda e gravemente enfermos e potencialmente recuperáveis (Menna Baneto, 1990, p. 329).

Nesta citação, evidencia-se que o objetivo primeiro do atendimento a um/a paciente, na UTI, é a manutenção da vida. Spíndola & Macedo (*apud* Baraldi; Silva, M. J.; 2000, p. 14) complementam esse consenso ao argumentarem que “os profissionais de saúde são preparados para a manutenção da vida, tendo dificuldades para lidar com situações de morte-morrer”. Ou seja, segundo as autoras, 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 cardiopulmonar, dentre os inúmeros recursos existentes.

Renée Fox e Judith Swazey (*apud* Gray, 2001) consideram que a imortalidade estaria, hoje, 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. Em seu ponto de vista, estaríamos diante de uma sociedade que busca incessantemente a imortalidade. Nessa perspectiva, a mortalidade se torna anônima, escondida, e a imortalidade é que é visibilizada. Acerca disso, Sant’anna (2001, p. 23) diz que “consideramos cada vez mais normal substituir o direito à saúde pelo direito de não mais morrer”. A ciência teria criado a vida crônica, e a ambição de limitar a morte é, então, o outro lado da moeda, da vontade de tornar a vida ilimitada, eterna e crônica. E as enfermeiras intensivistas testemunham o quanto a tecnologia pode prolongar a vida ou exterminar a morte do/a doente, operando com a possibilidade de imortalizá-lo/a. Assim como existem, nesse cotidiano intensivista, muitos/as pacientes potencialmente recuperáveis existem, também, muitos/as pacientes sem prognóstico (e pacientes com mau prognóstico) os quais continuam sendo tratados/as por vários dias, como se o processo de morte-morrer já não tivesse se instalado, mesmo diante da falência de vários de seus órgãos.

Elias (2001, p. 52) chega a afirmar que “a resistência a tratar a morte abertamente, numa relação mais descontraída com os moribundos, é mais forte que no caso da sexualidade”. Assim como a sexualidade, a morte seria um fato temido, negado e ocultado, e “nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda a sociedade como em nossos dias” (Elias, 2001, p. 56).

Foucault (1992), ao analisar a relação do viver e do morrer com o poder, enfatiza que, de maneira extrema, se poderia crer que hoje a morte é mais objeto de tabu do que o sexo. Com esse entendimento, o teórico relaciona o ocultamento da morte a uma transformação das tecnologias de poder. Segundo Foucault, 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, Foucault (1988, p. 131) escreve 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, cuidadosa-



mente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”. Para ele, o biológico reflete-se no político, pois o ato 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” (Foucault, 1988, p. 130). Assim, terminada a vida, terminaria o poder, pois a morte encontra-se fora da capacidade de ação do poder. O poder, incapaz de dominar a morte, buscará dominar a mortalidade. Haveria, portanto, um processo de exclusão da morte com uma concomitante valorização da imortalidade, como possibilidade de uma permanência da ação do poder. Se concordarmos com Foucault (1992), talvez seja assim que se explique a atual desqualificação da morte, marcada pelo desuso dos rituais que a acompanhavam.

Inferimos dessa argumentação que a tecnobiomedicina só exerce seu poder sobre a morte, como diria Foucault, “exercendo seu direito de prolongar a vida”, otimizando um estado de vida e, 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; assim, 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 re-significar a morte e, nessa direção, o discurso científico sobre a morte tem sido articulado na confluência dos discursos médico (com seus desdobramentos na tecnobiomedicina), legal e ético. Temos então 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, temos também 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, e a enfermeira frente ao monitor, operando com a concepção de morte como ausência de pulso, inconsciência e ausência de movimentos respiratórios. Todavia, esses/as especialistas, entre outros/as possíveis, debatem-se com o limiar e as possibilidades da lei e da ética:

A medicina intensiva trabalha muitas vezes no limite da lei e da ética. Infelizmente, em nosso país, a lei baseia-se em códigos antigos, alguns com mais de 50 anos, não prevendo situações novas como as criadas pela tecnologia moderna. Atualmente, com os recursos disponíveis, somos capazes de manter, muitas vezes por tempo indeterminado, pacientes que não têm condições biológicas de sobreviverem sem o auxílio de equipamento e de assistência intensiva contínua e, mesmo assim, quando sobrevivem, apresentam mínima qualidade de vida (Pinheiro, 2001, p. 26).

Uma primeira observação mais geral acerca do que está explicitado nesse excerto é que lidar com a morte – mesmo que os manuais e protocolos assistenciais estejam envolvidos no empreendimento de transformá-la num evento simples e manipulável – é, sempre, um processo bem complexo. Exatamente por isso torna-se bastante complicado estabelecer um consenso acerca de critérios que determinam o momento da morte, apesar dos insistentes esforços feitos para estabelecer parâmetros de uniformidade ou para atribuir importância à ética e, ainda, à capacidade profissional, quando se trata do processo morte-morrer. Deste modo, o texto também enfatiza que, nesta relação com a tecnobiomedicina, a decisão técnica de parar o tratamento – o momento clínico do médico parar o tratamento e o poder de definir o que é morte – apresentam, do ponto de vista legal, várias restrições. E assim, faz sentido dizer com Chapple que

*A morte em Terapia Intensiva não é nada simples ou natural. [A autora] faz uma analogia do cuidado ao paciente crítico com um jogo, no qual os objetivos estão estabelecidos e giram em torno de saving the patient's life, em que estão em cena a ressuscitação cardiopulmonar, o suporte de vida avançado em cardiologia e os algoritmos que os estabelecem devem garantir a maior chance de sucesso (apud Baraldi; Silva, M. J., 2000, p. 15).*

De alguma forma, essa situação ocorre quando a enfermeira intensivista procura munir-se de protocolos, algoritmos, rotinas e índices prognósticos para aprender e, assim, afirmar o “real estado” dos/as pacientes, pretendendo, com isso, aumentar sua capacidade para determinar tanto o momento “exato” da morte quanto o tipo de morte. Selecionamos três citações que exploram diferentes estratégias de aprendizagem com relação ao processo de morte-morrer:

As decisões para se manter o suporte vital podem ser reversíveis, enquanto aquelas que implicam interrupção quase nunca podem ser revistas; considerando que a morte de um paciente que teria potencial para se recuperar implica erro muito mais sério que o eventual prolongamento da vida de um paciente que acabará por morrer ou se manter em estado vegetativo (...) parece ser mais prudente manter-se o suporte vital para todo e qualquer doente, por semanas ou mesmo meses, ainda que os *índices prognósticos* (grifo meu) apontem para má evolução (Shewman; Digiorgio, 1989 *apud* Orlando, 2001, p. 60).

Você tem bem claros *os critérios para estabelecer diagnóstico* (grifo meu) de morte encefálica? De qualquer modo nunca é demais recordá-los: ausência de função cerebral: coma profundo, arreativo e aperceptivo (Glasgow 3); eventualmente reflexos medulares periféricos podem persistir; ausência de função do tronco-cerebral: ausência de reflexos; reflexo fotomotor: sua ausência é mais significativa do que a simples dilatação pupilar; reflexo córneo-palpebral: estimulação da córnea bulbar; reflexo óculo-cefálico: “olhar de boneca”; reflexo vestibulo-ocular: ausência de nistagmo com a introdução de soro gelado no conduto auditivo externo; reflexos profundos: tosse e deglutição; teste de apnéia: deve ser obtido com  $\text{Pa CO}_2 > 60\text{mmHg}$ ; durante o período de desconexão do ventilador, a oxigenação adequada deve ser proporcionada por (...) (Orlando, 2001, p. 215-216).

Se não concordar com a classificação dos batimentos, pode-se fazer com que o algoritmo de arritmia reaprenda o ECG, pressionando a Tecla de Função *Reaprender* ou selecionando *Reaprender Arritmia* na janela de *Configuração de Arritmia*. Durante o processo de aprendizagem os batimentos são classificados com a letra *L*, para os primeiros 15 batimentos válidos. A forma do batimento é, então, determinada e cria-se um novo padrão. Inicie a aprendizagem somente nos períodos de ritmo predominantemente normal e nos quais o sinal de ECG é relativamente livre de ruídos. Se iniciar a aprendizagem durante um ritmo ventricular, os ectópicos podem ser interpretados como um complexo QRS normal. Isso pode resultar na não detecção de eventos Taqui-V e Fib-V subsequentes. Depois da nova aprendizagem estar completa, verifique a onda de arritmia atrasada para ter certeza de que o algoritmo está classificando os batimentos corretamente. Se entretanto os batimentos ainda não classificados corretamente (...) (Guia do usuário, 1999, p. 130, grifos do autor).

Na primeira enfatiza-se que, mesmo com a utilização dos índices prognósticos para avaliar o estado de gravidade do paciente e suas “reais” chances de sobrevivência, o processo que envolve re/considerar a morte está imerso num território acentuadamente tênue e escorregadio. Em função disso, a estratégia recomendada visa orientar os/as profissionais envolvidos/as diretamente com o processo de morrer, nas UTIs, no sentido de procurarem adotar uma posição mais prudente, prevenindo-se de possíveis complicações.

Já a segunda citação permite compreender o processo pelo qual os/as profissionais da terapia intensiva são continuamente convocados/as a revisar as etapas dos protocolos utilizados para detectar a morte. No exemplo, focaliza-se parte do protocolo atualmente utilizado para detectar morte cerebral. A idéia que o perpassa é a de que estamos devidamente subsidiadas científica, ética e legalmente por tais protocolos e algoritmos. Ainda nessa direção, indica-se que, em

casos que apresentam algum tipo de situação considerada ambivalente, o problema sempre reside numa inadequada utilização dos protocolos e algoritmos e nunca no que esses mesmos protocolos e algoritmos veiculam como sendo a “verdade sobre...”.

A terceira citação, por sua vez, aponta para outra dimensão dos possíveis modos de aprender a detectar e definir a morte nas UTIs. Ou seja, através de uma linguagem muito específica, direcionada para quem manuseia os equipamentos e necessita aprender o que os manuais ensinam acerca deles, ensina-se como se deve configurar um monitor cardíaco, considerando o ritmo cardíaco “normal” do/a paciente. Nesse excerto, em especial, evidencia-se que uma configuração inadequada da máquina resultará, inclusive, em sua incapacidade para conseguir detectar uma PCR (taqui-ventricular e fibrilação-ventricular) e, conseqüentemente, se poderia incorrer no risco da inobservância de um/a paciente estar entrando num processo de morte.

Mediante esses exemplos, é possível apontar para a dificuldade encontrada pelas enfermeiras intensivistas, incorporadas aos equipamentos, quando estas devem delimitar fronteiras nítidas entre os diagnósticos de morte ou de sobrevida. Mas isso não significa dizer que, se as mesmas estivessem desconectadas das máquinas, o processo seria mais tranquilo ou “fácil”. Nem, tampouco, que a discussão deva perscrutar uma verdade última sobre o que é morrer. Significa, sim, afirmar que a ambivalência entre o viver e o morrer constitui-se como questão, justamente porque as atuais tecnologias permitem ou possibilitam que isso seja assim. Pacientes e profissionais conectados/as às máquinas, na terapia intensiva, alteraram os possíveis modos do viver e do morrer. Ou, como problematizam Barbara Koenig; Linda Hogle (1995), são as implicações sociais e culturais das novas relações entre corpo humano e tecnologias médicas que têm produzido e permitido deslocamentos na concepção de morte. E Haraway diria: é com isso que temos de lidar.

Margaret Lock<sup>8</sup> (1996) expõe uma situação ocorrida num hospital dos EUA. Segundo ela, Richard Selzer foi dado como morto por uma enfermeira após uma prolongada tentativa de reanimação. A enfermeira anotou o horário da morte no prontuário e, dez minutos depois, ainda notou a característica fixa do corpo: a fixidez que seria incontestável em casos de morte. Decorrido um breve período, inesperadamente, o corpo de Richard Selzer estremeceu e um momento depois ele suspirou. Prontamente, o *scope* do monitor cardíaco mostrou um ritmo cardíaco, e a respiração tornou-se regular. O quarto onde se havia feito silêncio pela morte do paciente voltou a tornar-se violentamente ativo. Todo o maquinário estava de volta, vibrando, batendo e alarmando. Após o ocorrido, na reunião semanal, pessoas questionavam se ele estava realmente morto e as enfermeiras garantiram que o visoscópio mostrava uma linha isométrica e não havia nem pulso palpável, nem pressão sangüínea.

Em outro exemplo, Lock (1996) reporta que médicos, num hospital de Otawa, declararam o paciente Cybulski com morte cerebral, aos 79 anos de idade,

dez semanas depois de uma operação de emergência no seu coração. Cybulski estava prestes a ser retirado dos aparelhos e a receber a cerimônia de morte de um padre quando, em resposta ao grito de seu neto de 2 anos, ele levantou e esticou seus braços para a criança. Em suma, Cybulski foi descrito não só com vida, mas como estando excepcionalmente bem um mês após o incidente. Aparentemente, os médicos envolvidos não levaram em consideração esse estado; eles confirmam que a imagem transmitida do cérebro mostrava quase total inatividade, e suas conclusões eram de que havia sofrimento e irreparáveis danos cerebrais. Um médico disse que, com toda a nossa moderna tecnologia, ainda assim é difícil determinar quando ou se o paciente sairá do coma profundo. E Lock observa, em sua narrativa, que coma profundo e morte cerebral não são o mesmo diagnóstico, uma vez que um é “menos milagroso” do que o outro.

Para narrar essas duas histórias, Lock refere em seu artigo que utilizou documentos da história recente e materiais publicados na mídia contemporânea. Seu objetivo era tentar mostrar como 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 pulmões, seguidos por sua rotinização na América do Norte e grande parte da Europa), têm, freqüentemente, fomentado discussões nas quais os esforços são feitos para definir a vida e a morte como conceitos/fatos cientificamente comprováveis e como categorias verificáveis, para torná-los inquestionáveis dentro do círculo profissional médico.

O que desejamos, ao recorrer a essas narrativas, é argumentar que, na medida em que somos incorporadas a nossos equipamentos, vemo-nos lidando com linhas divisórias entre o humano e o não-humano – e entre o viver e o morrer – cada vez mais flexíveis e ambíguas. Para além disso, consideramos que a concepção do que significa morrer, atualmente, está inserida num campo de disputas políticas, culturais e sociais.

Nessa perspectiva, uma análise cultural que se utiliza da noção de ciborgue pode nos fazer pensar ontologicamente, uma vez que aquilo que caracteriza a vida – o ser vivo – nos faz problematizar aquilo que caracteriza a morte. Por exemplo, se estamos diante de um/a paciente com diagnóstico de morte cerebral, este/a, mediante essa concepção de morte-morrer, 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.

Pode-se, pois, dizer que tratamos aqui do processo de ciborguização da enfermeira intensivista em sua relação com a morte porque: conectamos nossos/as pacientes a diferentes equipamentos para mantê-los/las vivos/as; detectamos limiares tênues e deslizantes entre o viver e o morrer quando estamos conectadas a diferentes máquinas; cuidamos dos/das receptores/as de órgãos de outro ser humano com o objetivo de que estes obtenham uma sobrevida; conservamos pacientes mortos, doadores/as de órgãos, conectados/as a várias máquinas para garantir a manutenção das condições “ideais” para doar seus

órgãos a outro(s) ser(es) humano(s); definimos o que é a morte justamente porque estamos amparadas por uma infinidade de protocolos assistenciais que nos “auxiliam”, ou melhor, nos conduzem, indicando qual é o tipo e o momento da morte daquele/a paciente específico.

A ciborguização reconfigurou radicalmente a morte, criando toda uma nova classe de ordens<sup>9</sup> médicas e éticas: a manutenção de um/a paciente conectado às máquinas – por isso paciente ciborgue –, a conversão do/da paciente num ciborgue doador; o controle das diferentes necessidades dos órgãos e, ainda, como as partes do/da doador/a-ciborgue são doadas para novos ciborgues. Essa enfermeira, ao cuidar desse/a paciente ciborguizado/a, já não estaria, ela mesma, ciborguizada? Aos moldes de Frankenstein, quem seria o ciborgue: a criatura criada ou o seu criador e mantenedor?

Haraway (2000), ao afirmar a inexistência de algum impulso nos ciborgues para a produção de uma teoria total, focaliza sua análise nas contradições que não se resolvem em totalidades mais amplas: esse tipo de análise “tem a ver com a tensão de manter juntas coisas incompatíveis porque todas são necessárias e verdadeiras” (*ibid.*, p. 39). A nós interessa explorar o tema da morte justamente pela sua ambigüidade polissêmica e, nessa perspectiva, essa discussão permite evidenciar 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 reversível e o irreversível; 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; 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-nos a conviver com tais relações de forma ambivalente e polêmica. Algumas dessas polaridades estão evidenciadas em algumas das narrativas e análises feitas por Lock (1996, 1995) e Gray (2001). Outras, a partir dos próprios manuais que analisamos.

Um tema que contornamos, e que agora desejamos retomar, é o da íntima relação entre as políticas de morte e as políticas de transplante. De uma 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 manter “vivos” os órgãos de 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 baten-

do “naturalmente”. Elas são chamadas de “cadáveres com coração ativo” ou “neomortos”. 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”:

Morte encefálica é MORTE! [...] declarar o paciente CADÁVER, CORPO, AFASTAR AS FALSAS ESPERANÇAS! (Orlando, 2001, p. 216).

O texto acima evidencia o esforço que se faz para 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 como um tipo de morte que “necessita” dessa imediatez.

Lock (1996) fez uma investigação etnográfica no mundo ocidental e no Japão, que visava comparar a repercussão do conceito científico de morte cerebral, nestes dois contextos. Concluiu que os norte-americanos adotam o conceito científico de morte, que é discutido 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, ali, discutidas publicamente, e os japoneses não aceitam como naturalidade 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. Mas a autora sinaliza para o fato de que tanto os japoneses quanto os norte-americanos, com suas perspectivas aparentemente divergentes, não escapam do pressuposto científico, já que os especialistas japoneses da terapia intensiva também não problematizam os critérios que permitem estabelecer a morte cerebral como indicativo irreversível 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 (os japoneses) foram além, pois 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

que é capaz de fazer com que eles sejam ouvidos nesse campo de disputas. Lock (1996), com essa investigação, procura demonstrar como saberes e valores, acerca do mesmo evento, podem ser normalmente reconhecidos e partilhados num contexto (Japão) e não serem aceitos e compartilhados em outro (o círculo em que são tomadas decisões médicas norte-americanas).

Gray (2001) remete ao trabalho de graduação de Linda Hogle, que envolveu a observação da morte de pessoas. Nos Estados Unidos e na Alemanha, Linda Hogle aguardava nos quartos dos/das doentes terminais que decidiram doar órgãos, observando o que acontecia com eles/elas e com seus órgãos. Enquanto os/as pacientes estavam vivos, as enfermeiras conversavam com eles/elas, encorajando-os/as a se manterem vivos. Mas, tão prontamente o coração e os pulmões parassem, tudo mudava, e uma outra equipe de saúde vinha oferecer tratamento intensivo. Traziam equipamentos especiais e cobriam as faces e os genitais do/da doador/a. Nesse momento, segundo ela, existiam mais pessoas trabalhando no corpo do que quando ele estava vivo.

Stuart Youngner (*apud* Gray, 2001), um importante comentarista da “nova” morte, descreve o tratamento de uma paciente que ele chama de Janet no artigo “Alguém deve morrer”. Ela estava grávida, com 22 semanas de gestação, e apresentou rompimento espontâneo de vaso na cabeça – um aneurisma cerebral. Em 24 horas, os médicos declararam seu cérebro morto, 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, as enfermeiras estavam convencidas de que ela podia escutar músicas, e algumas acreditavam que sua alma ainda estava lá. Como uma enfermeira explicou, elas sabiam que ela estava morta, mas sentiam que ela estava viva. Seu cabelo e unhas cresciam, seu bebê também. O que é morte se, nesse caso, vida saudável pode sair daí? Youngner sinaliza para o fato de que algumas pessoas, ao olharem a morte sob as lentes dos atuais avanços tecnológicos, provavelmente pensam que é importante manter uma equipe qualificada para manter uma semi-vida para Janet, enquanto outras concordam com a necessidade de promover-se uma morte rápida para esses casos, suprimindo ou limitando o uso de tecnologias médicas. O comentarista aponta, também, para o aspecto 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, ele indaga: “mas não seria esse o caso? Seguindo um protocolo, o corpo de Janet não estava morto? (...) Parabéns às máquinas que a sustentaram nesse estado. Sua inteligência se foi, mas talvez não sua alma. Como um ciborgue, ela foi menos do que um humano, mas mais do que um morto” (Youngner, p. 108).

Sant’anna (2001) argumenta que a morte encefálica não é uma novidade criada pela lei de doação de órgãos em seu artigo 3º, mas destaca 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 (Sant’anna, 2001, p. 73).*

Lock (1996), por sua vez, verifica uma “real” articulação entre a proliferação do diagnóstico de morte cerebral e a implementação dos transplantes de órgãos. Para ela, 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 sendo mantidos em morte cerebral. Foi justamente após a implementação dos transplantes de órgãos que se instituiu a necessidade da discussão e legitimação do conceito de morte cerebral.

Lock (1996) ainda lembra que, em 1975, o bioeticista Tristram Engelhardt escreveu 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 (*apud* Lock, 1996) ainda argumentava que crescemos desde o desenvolvimento da neurologia moderna, e que a neurofisiologia toma como base o pressuposto de que ser uma mente, neste mundo, é ter um cérebro funcionando de forma intacta. Para ele é uma conclusão lógica que pacientes com falta de função cerebral, e em persistente estado vegetativo, não vivem por muito tempo.

Assim, o conceito de desumanidade, apoiado no conceito 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. Desse modo, não existem obrigações para com os órgãos, e nenhuma ética perdura sobre a remoção de órgãos daqueles/as definidos/as como não-pessoas. É possível pensar que, na terapia intensiva, ao mantermos esses/as pacientes conectados/as a vários equipamentos, lidamos, concomitantemente, com várias mortes num mesmo indivíduo. Uma primeira seria a morte cerebral, e, num processo em cascata, teríamos uma segunda morte quando, na tentativa de mantermos os órgãos viáveis para doação, utilizamos drogas e equipamentos capazes de substituir suas funções. Finalmente, uma terceira morte ocorre quando o sistema como um todo colapsa, e os órgãos não podem mais durar muito para serem aproveitados.

Entretanto, pode-se destacar mais algumas das conflitualidades presentes, nessa discussão sobre morte cerebral, abordando-se a própria legislação brasileira:

Nossa legislação tem orientação organicista: a morte só é reconhecida pela Justiça quando há parada cardíaca (Orlando, 2001, p. 216).

Como se vê, aqui, o Brasil, mesmo com a realização intensificada dos transplantes de órgãos e com a divulgação ampla da “necessidade” de aprimorarmos o diagnóstico de morte cerebral, não estabelece uma sincronia entre esse “avanço científico” e sua legislação. Além de o jurídico não “andar acompanhando” o científico, pode-se delinear, nessa citação, 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 um “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? Latour (1994) diria que os fatos científicos são sempre construídos de maneira interessada. A partir desse pressuposto, argumentamos que os discursos que constituem o contexto social do transplante de órgãos os legitimam como um presente da vida. Argumentamos, também, que nesse contexto houve necessidade de reconceitualizar a morte, tanto como uma forma de “conseguir” órgãos vitais adequados para a realização desses transplantes, quanto para se poder pensar a prática médica como uma instância capaz de alterar as atuais concepções sobre o eu e a integridade do corpo.

Para sustentar o primeiro argumento, recorremos ao relato de Gray (2001) sobre a implementação de um novo protocolo no hospital da Universidade de Pittsburgh. Esse centro médico tentou implementar um protocolo que permitia preservar os órgãos mesmo quando o paciente especificasse que não queria que essa medida fosse tomada. Assim, uma pessoa que quisesse “morrer naturalmente” podia, depois de ter morte por parada cardíaca e dos pulmões, achar-se ressuscitada para que seus órgãos ficassem bons para o transplante. Para tornar isso possível, a Universidade de Pittsburg queria usar dois minutos de parada cardíaca como critério de morte e não o mais comum, que é de seis a sete minutos. Finalmente, a universidade precisou mudar o protocolo para permitir que doadores/as pudessem morrer em paz com suas famílias presentes, antes que seus órgãos fossem retirados. Essa alteração na rotina dava-se, não por algum “sentimento de culpa”, advindo do que antes se pretendia realizar, mas simplesmente porque essa revisão permitiu um igual aproveitamento dos órgãos e menos aflição dos parentes.

Para retornar ao segundo argumento, nos reportamos a algumas das expressões utilizadas ao longo deste artigo, tais como “os mortos”, “o morto”, “cadá-

ver”, “neomortos” e “corpos mortos”, articulando-as a uma noção de não-pureza, de hibridismo dos órgãos – de um “corpo morto” para um “corpo vivo” – e de uma confusão entre as fronteiras entre natureza e cultura. Ao nosso ver, qualquer uma dessas expressões dá uma conotação de que os mortos existem ou estão sendo redefinidos em função das mortes possíveis, dentro de um contexto social e de uma época. De alguma maneira, esses termos parecem marcar os corpos de uma forma que viola o que ainda é entendido e veiculado, na contemporaneidade, como essência de vida, de inteiro e de eu. Sendo assim, faz sentido perguntar, como Rose (2001, p. 168), que “embora aceitando que a corporeidade não dá qualquer forma essencial ou estável à subjetividade, como poderíamos negar a asserção dessas análises de que é sobre esse material bruto do ‘corpo’ que a cultura (ainda) trabalha sua constituição da subjetividade?”

### **...Nem Deus, nem homem, nem máquina**

A era da ciborguização que, até há pouco tempo, era sugerida apenas pela ficção científica, parecer ter-se transformado em característica que conforma grandes dimensões da vida, nas sociedades contemporâneas, e isso é bastante visível nos campos de conhecimento e saber e nos setores comprometidos com a produção da tecnobiomedicina. É, pois, neste contexto, que destacamos a contribuição de uma discussão sobre a morte na confluência dos campos da Educação e da Saúde. Procuramos concentrar-nos numa análise que buscou articular a prática do cuidar em enfermagem com a ciborguização da cultura contemporânea. E foi justamente essa articulação que nos permitiu realizar um exercício que evidenciasse o imbricamento entre natureza e cultura, assim como reconhecer um tipo de aprendizagem que transforma profissionais de saúde em ciborgues. Essa análise permitiu, ainda, incorporar e explorar, produtivamente, modos de problematizar a fragmentação do sujeito, a hibridização corpo-máquina, no contexto da terapia intensiva, tomando como referência os deslocamento das fronteiras entre viver e morrer.

Para além disso, o que também se pretendeu foi apontar, de forma mais detalhada, como as noções de essência de humano e de máquina, de vida e de morte são historicamente construídas. Neste exercício, procuramos exemplificar um dos processos de “naturalização” de tais essências e, como afirma Louro (1995, p. 116), pudemos “provavelmente, com maior facilidade, perceber seus processos históricos de construção e, em particular, o papel das diversas instâncias e práticas educativas nessa construção”.

Finalmente, na medida em que convivemos em estreita conexão com a imagem do ciborgue, algumas perspectivas teóricas proclamam que nem Deus, nem o humano conseguem mais sustentar-se como elementos invariantes, como essências e como fatos naturais da vida. Por outro lado, em tempos atuais,

também não conseguimos mais tematizar a tecnologia nem como elemento essencial, nem como fator artificial e externo ao que é próprio do humano. Lidamos, pois, com um sujeito híbrido, nem Deus, nem homem, nem máquina: uma mistura? Um humano contido no tecnológico e vice-versa? Porque está em combinação, esse sujeito é um outro incapaz de ser idêntico a si mesmo e essa talvez seja uma das contribuições que a análise da ciborguização do sujeito enfermeira pode propiciar a todos/as nós: a de aprender (como sugere Haraway em entrevista a Kunzru, 2000) que estamos dentro daquilo que fazemos e que aquilo que fazemos está dentro de nós e, ainda, que hoje nós vivemos num mundo de conexões. E que, nesse mundo de conexões, o importante, do ponto de vista político, é problematizar quem é que é feito e quem é que é desfeito, nessas aprendizagens e relações.

### Notas

1. Dissertação de mestrado de Mara A. Vargas, intitulada *Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva*, orientada por Dagmar Estermann Meyer e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2002.
2. Conforme a Portaria nº 3.432 de 1998 (ORLANDO, 2001), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade complexa, destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco iminente de morte, que dispõe de assistência.
3. Encontramos nas diversas bibliografias que pesquisamos diferentes grafias para a palavra ciborgue e ciborguização. Face a isso, optamos pela utilização dos termos ciborgue e ciborguização, como o faz Tomaz T. da Silva em seu livro *Antropologia do ciborgue*.
4. Manual é usado, aqui, como todo material didático que subsidia a capacitação em sentido amplo das profissionais enfermeiras que atuam no contexto das UTIs.
5. Segundo Castiel (1999, p. 144) os protocolos assistenciais consistem num “conjunto de instruções sob a forma de diagramas de fluxo ou algoritmos que orientam, de acordo com dadas manifestações e/ou respostas, as medidas terapêuticas e as decisões mais indicadas a serem tomadas. Este autor considera que, na biomédica, “o protocolo é considerado um meio de lidar com aspectos de desconhecimentos na prática médica vigente, sob a influência inclusive de razões extramédicas, sejam estas judiciais, econômicas ou administrativas, que também pressionam no sentido de uma uniformização.”
6. Com o objetivo de diferenciar os trechos destacados do *corpus*, das citações bibliográficas, informamos que estão emoldurados.
7. Pa CO<sub>2</sub> = pressão arterial de gás carbônico.

8. A tradução desse texto, assim como a síntese de algumas narrativas utilizadas nesta lição, é de nossa inteira responsabilidade.
9. Utilizamos, aqui, a expressão “classe de ordem” com o objetivo de indicar que ela sinaliza uma forma de prescrever, categorizar algo relativo a uma determinada classe. No caso em questão, nos referimos à classe médica e às questões éticas aí implicadas.

### Referências Bibliográficas

- ARIÈS, Philippe. A morte domada. In: \_\_\_\_\_. *O homem perante a morte*. Lisboa: s.n., 1975. p. 13-40.
- BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia P. da. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 3, n. 24, p. 14-17, maio 2000.
- CASTIEL, Luis D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
- ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Genealogia del racismo*. Buenos Aires: Altamira/Nordan, 1992.
- GRAY, Chris H. *Cyborg citizen: Politics in the posthuman age*. Routledge: New York, 2001.
- GUIA do usuário. Hewlett Packard. HP Virídia. 3. ed. Alemanha: Hewlwt Packard, 1999.
- HARAWAY, Donna. J. *Simians, ciborgs and women*. Londres: Routledge, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Modest\_Witness@Second\_Millennium. FemaleMan@\_Meets\_OncoMouse™: feminism and technoscience*. Londres: Routledge, 1997.
- \_\_\_\_\_. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, T. T. da. (Org.) *Antropologia do ciborgue*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-129.
- KOENIG, Barbara A.; HOGLE, Linda F. Organ transplantation (Re) Examined? *Medical Anthropology Quarterly*, S. L., v. 9, n. 3, p. 393-397, 1995.
- LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1994.
- LOCK, Margaret. Transcending mortality: organ transplants and practice of contradictions. *Medical Anthropology Quarterly*, S. L., v. 9, n. 3. 1995, p. 390-393
- \_\_\_\_\_. Deat in technological time: locating the end of meaningful life. *Medical Anthropology Quarterly*, S. L., v. 10, n. 4, 1996, p. 575-600.
- LOURO, Guacira L. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, julho/dez. 1995, p. 101-132.
- MENNA BARRETO, Sérgio S. Residência médica em terapia intensiva. In: \_\_\_\_\_. *Rotinas em terapia intensiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 329-343.

- MEYER, Dagmar E. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 5, n. 2, 2002, p. 189-195,.
- ORLANDO, José M. C. *UTI: muito além da técnica....: a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- \_\_\_\_\_. Estado vegetativo: até quando? In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 59-62.
- ORLANDO, José M. C. et al. Morte encefálica: um conceito a ser difundido. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 215-218.
- PINHEIRO, Cleovaldo T. dos S. O paciente e seu atendimento em terapia intensiva. In: MENNA BARRETO, S. S.; VIEIRA, S. R. R; PINHEIRO, C. T. dos S. (Orgs.) *Rotinas em terapia intensiva*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, p. 25-30.
- ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. da. (Org.) *Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 137-204.
- SANT'ANNA, Denise B. de. *Corpos de passagem*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.
- VAZ, Alexandre F.; SILVA, Ana M.; ASSMANN, José S. O corpo como limite. In: CARVALHO, Iara M. de.; RÚBIA, Kátia. *Educação física e ciências humanas*. São Paulo: HUCITEC, 2001, p. 77-88.

MaraAmbrosina de O. Vargas é professora na UNISINOS e enfermeira do Centro de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Dagmar E. Estermann Meyer é professora na Faculdade de Educação da UFRGS, atual coordenadora do Grupo de Estudos de Educação e Relações de Gênero, na mesma instituição.

Endereço para correspondência:

E-mail: maraav@terra.com.br

E-mail: esterman.ez@brturbo.com