

Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no Nordeste do Brasil

Esdras Cabus Moreira

João Guilherme Biehl

Desenvolvimentos tecnológicos e novas práticas médicas estão reconfigurando a experiência de morrer. Sob essa ótica, realizamos um estudo etnográfico em um hospital geral no Nordeste brasileiro, enfocando as práticas médicas junto a pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. Observamos condutas médicas de aceitação da morte, tais como: não reanimar pacientes considerados "irrecuperáveis", ajuste do respirador para controle menos rigoroso e diminuição de drogas psicoativas. Identificamos uma ética informal existente entre o grupo médico da unidade, que possibilita tais condutas. Apesar de não corresponder às diretrizes formalizadas pela instituição, esta ética informal reinventou estas diretrizes à luz de dilemas cotidianos e adquiriu, ao longo do tempo, uma normatividade, consolidando-se como uma "bioética local". Essa reinvenção aponta para novas formas de experiência que emergem da interação de avanços biocientíficos, poder médico e padrões locais de exclusão e inclusão social.

Esdras Cabus Moreira

Psiquiatra do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); mestre em Saúde Pública pela UFBA e mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Johns Hopkins; Hubert Humphrey Fellow, 2001-2002

João Guilherme Biehl

Professor assistente do Departamento de Antropologia, Universidade de Princeton; membro da Escola de Ciências Sociais, Instituto de Estudos Avançados 2002-2003

Unitermos: bioética, doente terminal, eutanásia, morte, ordem para não ressuscitar, suicídio assistido

INTRODUÇÃO

A criação de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) teve início há cerca de 30 anos, nos Estados Unidos, pela necessidade de especialização dos serviços médicos para o atendimento de quadros agudos graves, cuja fisiopatologia envolve conhecimentos específicos e tecnologia própria. As UTIs se desenvolveram no rastro histórico da definição médica de coma irreversível (final dos anos 60).

Os avanços da tecnologia nas áreas de neuroimagem e monitoração de pressão intracraniana, hemodinâmica e drogas vasoativas, diálise, análises clínicas laboratoriais,

neurofisiologia, bem como de reanimação cardiorrespiratória, possibilitaram o surgimento de situações de prolongamento da vida de pacientes críticos. No entanto, diante da irreversibilidade destes quadros, os especialistas passaram a debater questões éticas relacionadas à decisão de manter ou não a vida desses pacientes.

Nas últimas décadas, a morte tornou-se um epifenômeno das tecnologias que podem registrá-la e decretá-la, enquanto a extensão do tempo de vida tornou-se, de forma crescente, uma possibilidade técnica real (1). Em tal cenário, os procedimentos médicos foram envolvidos em polêmicas sobre as práticas de aceitação da morte, tais como a eutanásia - definida como *um ato deliberado de uma pessoa, com a intenção de terminar com a vida de uma outra pessoa para aliviar seu sofrimento, sendo este ato a causa da morte* ("Of life and death - Final report". The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, 1995) - e o suicídio assistido pelo médico, no qual o especialista, quando solicitado pelo paciente, fornece os meios para que este ponha fim à sua vida. Além disso, intensificou-se a discussão sobre as práticas de duplo-efeito (2), nas quais a utilização de analgésicos e sedativos objetivando o controle da dor diminui, secundariamente, a expectativa de vida do paciente.

As práticas de aceitação da morte nas UTIs americanas vêm aumentando desde o final dos anos 80 (3,4), refletindo uma limitação na utilização de tratamentos de suporte da vida para intervenções consideradas fúteis pelos clínicos, ou seja, sem possibilidade de recuperar a função

fisiológica e o bem-estar do paciente (5,6). Entretanto, sociólogos e antropólogos médicos apontam para o fato de que julgamentos clínicos também estão concatenados, de forma explícita ou implícita, com as lógicas, práticas e interesses organizacionais das instituições hospitalares nas quais são enunciados (7,8,9). É possível cogitar que a limitação do uso seletivo de recursos médicos e de alta tecnologia nos anos 80, acima apontado, seja de fato um resultado positivo decorrente das dramáticas mudanças ocorridas na área da saúde pública, no âmbito das economias capitalistas centrais.

Neste estudo, investigamos como tais razões e juízos clínicos com respeito a paciente críticos são formulados e praticados num contexto de alta tecnologia médica em um hospital do Nordeste do Brasil. Enfatizamos a relação dos médicos com os pacientes terminais, sem chance de recuperação, submetidos a procedimentos de alta tecnologia para a manutenção da vida. Analisamos, também, suas condutas com os pacientes submetidos a medidas paliativas de controle da dor e do desconforto agudo, já sem indicação de cuidados intensivos. Problematizamos, ainda, os limites éticos da aplicação da técnica e do poder médicos sobre a vida de pacientes terminais e de seus familiares e questionamos o lugar ocupado pela morte na constituição do ethos biomédico do nosso presente (10,11).

1. Metodologia

A realização do estudo em um hospital geral de alta tecnologia em cidade do Nordeste brasileiro, com recursos comparáveis aos dos

centros avançados do mundo, possibilitou a observação de peculiaridades de nossa realidade. Em linhas gerais, confrontamos os resultados obtidos com leituras iniciais dos estudos internacionais, bem como a relativização dos achados com verdades divulgadas e aceitas pela comunidade científica internacional.

Este estudo está inserido num longo período de acompanhamento realizado por um dos pesquisadores (E.C.M.) da dinâmica hospitalar, na época em que mantinha contato permanente - semanal, durante três anos - com as equipes médicas da UTI e da unidade semi-intensiva do hospital - unidades com características semelhantes. Este freqüente contato com os especialistas e subespecialistas favoreceu a observação do comportamento profissional dos mesmos em questões pertinentes ao estudo, que ocorriam fora da UTI, além de problemas de outra natureza que envolviam estratégias de poder semelhantes às encontradas nesse contexto institucional. Assim, o pesquisador realizou, com médicos intensivistas da UTI e em ambiente reservado, nove entrevistas semi-estruturadas com duração média de 40 minutos cada. Nestas, gravadas com o consentimento prévio dos entrevistados e plena garantia de anonimato, foi esclarecido o objeto do estudo e a natureza sigilosa da informação obtida.

Para a formulação do roteiro da entrevista foram consideradas as variáveis categoriais necessárias ao objetivo pretendido: prognóstico médico, hierarquia na instituição e na unidade, recursos disponíveis, relação entre as práticas e a noção de tempo, comprometimento do médico ao confrontar-se com a decisão técnica e o

poder, nível de participação da família nas decisões e, por fim, as práticas utilizadas de aceitação da morte.

O roteiro da entrevista foi dividido em quatro módulos, assim organizados: 1) Aspectos organizacionais e técnicos da UTI; 2) Relação médico-família-paciente; 3) Situações decisórias específicas da UTI e 4) Práticas de aceitação da morte em outras unidades de saúde. Foi também utilizada, de forma mais estruturada, a observação participante durante o período das entrevistas - junho/julho de 1997.

A metodologia e análise dos dados foram desenvolvidas em conjunto com um dos autores do trabalho (J.G.B), que, como orientador do projeto, utilizou-se da articulação entre o referencial teórico escolhido e os dados de realidade apresentados.

O escopo deste estudo circunscreve-se às práticas médicas realizadas em uma UTI e é importante apontar algumas limitações metodológicas desta aproximação (que apontam para a necessidade de maior aprofundamento e novos desdobramentos comparativos de análise): caso o estudo abrangesse outros profissionais da unidade utilizada, poderíamos encontrar focos de resistência e, ao mesmo tempo, interação com os discursos e práticas médicas problematizadas. É provável que, assim, observássemos outras formas de transformação das práticas do grupo e de modificação da estratégia geral em vigor. Outro ponto pouco aprofundado no presente estudo foi a inter-relação entre os recursos materiais disponíveis no hospital e a

eclosão das práticas de aceitação da morte de pacientes críticos. Neste sentido, um trabalho de observação participante, fundamentado em entrevistas realizadas com profissionais de UTIs públicas, poderia acrescentar a este estudo a possibilidade de comparar os procedimentos e as soluções encontradas para o tratamento de pacientes críticos nas esferas hospitalares pública e privada. Ademais, a inclusão de familiares e pacientes na descrição do funcionamento da UTI e das dinâmicas de participação no processo decisório de manutenção, ou não, dos tratamentos de suporte da vida poderia ajudar no entendimento das práticas médicas em questão.

2. Resultados

O hospital no qual o estudo foi realizado dispunha de 345 leitos. A UTI geral, como é denominada a unidade estudada, funcionava, em 1997, há seis anos, com 13 leitos para internamento. Naqueles últimos seis anos ocorreram 3.674 admissões, com taxa de ocupação mensal em torno de 88%. A idade média dos pacientes foi de 50 anos, com maior percentual do sexo masculino. O tempo médio de internamento foi de cinco dias, com mortalidade em torno de 20%. Pacientes com transtorno cardiovascular e neurológico representavam 15% de todos os diagnósticos; os em pós-operatório e vítimas de trauma (acidentes), 45%; os com infecções, 25% e os com transtornos do trato gastrointestinal, 5% - ressalve-se que estes dados pertencem a um levantamento interno, com base no Livro de Registros de Pacientes Internados desde a inauguração da unidade.

A utilização de recursos modernos e tecnologia avançada torna a UTI estudada uma referência de qualidade de serviço e resolubilidade para as regiões Norte e Nordeste do país. Seu programa de treinamento e educação é credenciado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Estrutura-se como uma UTI intermediária, com corpo clínico próprio e possibilidade de formulação de protocolos para procedimentos, sendo possível a participação do médico-assistente, não-integrante da equipe, em condutas não-emergenciais.

A equipe médica era composta por 14 médicos, seis dos quais trabalhavam na unidade desde a sua inauguração. A metade possuía formação em anestesiologia e quatro deles, o título de especialista em medicina intensiva. A equipe de enfermagem era composta por 21 enfermeiras (quatro por turno de 12 horas) e 28 auxiliares de enfermagem (seis por turno de 12 horas).

Pela arquitetura e condições de funcionamento da UTI, a proximidade física dos técnicos com os pacientes era maior, comparada às outras enfermarias do hospital. A monitorização era constante e ocorria de diferentes maneiras: por procedimentos médicos; observação do funcionamento dos monitores, bombas de infusão, oxímetros e respiradores; a partir da atuação de enfermeiros e médicos; e administração constante de medicamentos e alimentos. Toda essa movimentação, associada às características da utilização do espaço e da tecnologia, conferia uma suposta explicitude e controle técnico de tudo o que se passava, num cenário de fluidez e transparência.

A organização do trabalho e complexidade das intervenções e controles fisiológicos acabavam por distanciar o médico de uma visão integrada do paciente, tornando sua prática específica ao órgão ou sistema orgânico acometido. Tomamos como exemplo o nefrologista que se empenhava de forma excessiva no controle da função renal, através dos padrões laboratoriais e ritmo urinário, reduzindo a pessoa ao seu corpo bruto, a uma matéria viva bruta, passível de todas as manipulações técnicas possíveis. A tecnologia terminava não só por tornar as medições mais precisas como modificava a relação do médico com o paciente. Através do instrumento, dos traçados e medições ele via a possibilidade da restauração de um equilíbrio fisiológico, como relatou um médico: "A UTI aproxima muito o médico do doente como doença, afasta como pessoa, diferente do consultório. Cada vez mais, com a monitorização, a gente olha o sistema do paciente, a gente se afasta um pouco da pessoa em si, a gente é obrigado a olhar mais os órgãos, a dividir o paciente em setores, e passa a olhar a pessoa como mais um setor. É difícil integrar tudo. A gente dá um plantão com o paciente grave, a gente fica ligado aos monitores, drogas aqui e ali e não olha para o rosto do sujeito. Olha, examina a mucosa, mas não vê o rosto, vê a mucosa, mas não vê o fâcies dele".

No entanto, ao tentar essa reconstrução "bruta" dos parâmetros somáticos do paciente, o médico o coloca numa zona de suspensão entre a vida e a morte, cujos limites passam a ser estabelecidos pelo potencial de manipulação física desses corpos, determinado por uma multiplicidade de fatores que envolvem a capacidade técnica e das

máquinas, as políticas hospitalares e as questões jurídicas. A determinação da gravidade do paciente é construída nessa multiplicidade, estabelecendo o doente reversível, curável e os critérios de irreversibilidade, ou seja, de morte.

Os médicos não se reuniam para discutir problemas da unidade, formulação de protocolos de procedimentos, avaliação de condutas ou debates sobre temas relacionados à prática profissional. Os encontros informais aconteciam nos horários de troca de plantão, quando os casos eram "passados" e as questões apresentadas na forma de soluções pessoais, que deviam ou não ser acatadas pelo próximo profissional a conduzir o caso. É interessante observar o comentário de que a formulação do colega era, na maioria dos casos, acatada, homogeneizando os procedimentos. Um dos médicos relatou: "Se chegar um grupo hoje em reunião mais ou menos formal e disser que o paciente não tem prognóstico, amanhã muito dificilmente alguém volta atrás. Se eu estou fazendo, aí o colega pára de fazer ou não amanhã, dependendo da crença dele a respeito daquele doente, aí é mais fácil. É este tipo, estar fazendo e parar de fazer é mais fácil do que não estar fazendo e voltar a fazer". Nas palavras de outro médico, essa prática foi descrita como a passagem de um bastão, quando o paciente está muito grave e nada mais está sendo feito: "olhe, passando o bastão, tá passado".

Nestes casos, transfere-se, além da idéia da responsabilidade do próximo plantonista com a morte do paciente no seu plantão, a noção de que o paciente é irreversível e que nada deve ser tentado, apenas mantido. Isto repre-

senta o já dito anteriormente: a realidade fisiológica do paciente é construída pelas diferentes formas de interação. Na passagem do plantão, as informações sobre a evolução do paciente e seu estado clínico atual são transmitidas com base num modelo geral de conduta e entendimento da patologia e da situação técnica e política da UTI, que posiciona o intensivista no seu papel, possibilitando a atuação apropriada à sua função. "Passar o bastão" requer que a corrente não seja desfeita, que os padrões e normas explícitas ou implícitas de funcionamento sejam seguidas de forma coerente com a disposição das coisas, da corrida contra o tempo e das pessoas, naquele contexto. E tudo isso envolve muito mais que a relação médico-paciente.

Essa forma de conceder espaço ao outro no campo da própria prática obedece a uma lógica do grupo. Não havia protocolos formais de conduta técnica, mas o longo tempo de trabalho da equipe, além do acesso a fontes uniformes de conhecimento médico, estabeleciam critérios gerais de conduta para a maioria dos casos internados na UTI. O consenso criado na cena do cotidiano passava a ser interessante naquelas condutas ditas aberrantes, não-normativas, alvo do nosso estudo. A transcrição acima mostra que, longe de atender a um requisito de reavaliação, o tratamento era mantido em confiança ao colega, seguindo uma lógica própria aos profissionais, entendidos como pessoas com formação semelhante, com competência aprovada pelo grupo para desempenhar seu papel.

A evolução clínica do paciente era determinada pelos critérios e escores populacionais de

prognóstico e, em parte, pelo chamado *feeling*, ou seja, uma maneira peculiar ao indivíduo que interpreta a situação, com base em sua experiência pessoal. Na prática, o *feeling* pode determinar a distribuição dos recursos. Um dos plantonistas relatava que, como a disponibilidade de respiradores Évita (mais sofisticados) era limitada (apenas cinco), o paciente com prognóstico de irreversibilidade era colocado nos respiradores Bird (de tecnologia inferior), que oferecem menor interação aos parâmetros fisiológicos e, portanto, limitam a eficácia de sua recuperação respiratória. Um dos profissionais entrevistados comentou: "Aí sim, nós podemos pegar um respirador que tenha muito mais recursos e que seja muito mais útil para um doente que precise desse recurso do que para um que nós sabemos que dentro dos escores, dentro da história natural da doença que já estamos acostumados a ver, sabemos que *praticamente* é irrecuperável, então nós fornecemos o respirador (...)".

A imprecisão no prognóstico não impede a tomada de decisões que a aceitação da morte do paciente. Mesmo sem a certeza da inevitabilidade da morte, o limite de tolerância é estabelecido pelo grupo, ele existe, com variações pessoais e de contexto. Percebemos que a máquina passa a representar a própria morte do paciente. A menor eficiência técnica da máquina é colocada à disposição do doente, significando a decisão de que este acabou de penetrar nos limites biológicos da morte, ou seja, não é mais necessário utilizarmos o Évita, o Bird já é suficiente. A morte deixou de ser pontual, definitiva e privada, passando a se integrar nas políticas de intervenção sobre a vida.

Uma outra prática baseada no prognóstico era transmitida na passagem dos plantões. Os médicos recebiam a informação de que o paciente é SPE, ou seja, "se parar, encene". A encenação era necessária não apenas pelo aspecto legal, relacionado à família, que poderia vir a questionar os procedimentos ou, mesmo, estar presente no momento da parada, mas como uma proteção ante o pessoal não-médico. Um dos médicos relatou: "A gente sabe que isso existe, mas é raramente questionado, é o que diz assim, esse paciente não tem mais o que fazer por ele, ninguém faz nada, e aí tem aquela coisa, o SPE, "se parar, encene", ninguém deixa o paciente morrer sem fazer uma reanimação qualquer. Que mesmo que não funcione, a gente tem o aspecto legal, a gente tem uma população imensa de, ela sabe disso (referindo-se à enfermeira que nesse momento entra na sala e sai em seguida), e é um pouco para se proteger delas, ninguém pode saber quem vai dizer o quê, então ninguém pode dizer que você não fez a massagem cardíaca, você fez. Fez para não funcionar, mas fez. Paciente com pouco prognóstico a gente sempre faz alguma coisa. A gente tem medo que a enfermeira, inimiga sua, ou auxiliar, diga, ah não...".

Instituir a morte como componente do tratamento através das ordens de não-reanimação requer sua noção como presente antes mesmo da parada cardiorrespiratória. "Encenar" significa aceitar a presença da morte como fundamental para o limite do investimento possível, o que determina, por sua vez, o espaço de manifestação da vida. A encenação, aproximando-se da representação teatral, tem o caráter político da revelação da ação do homem em relação aos

outros homens (12). Assim sendo, "encenar", neste contexto, representa não só a imitação de uma tradição de legalidade que se preserva mas a negação dessa realidade, introduzindo o que é novo e determinante, ou seja, a regulação da máquina e das intervenções médicas como parte das biopolíticas, definidas como a inclusão da vida natural do homem nos mecanismos e cálculos do poder (13).

Essa encenação é a realidade antiga de uma luta contra a morte que ainda faz parte da atividade dos outros membros da equipe (enfermeiras, auxiliares, fisioterapeutas), familiares e, também, dos próprios médicos. Encena-se essa luta arcaica com uma morte desconhecida, ainda não incorporada à vida através de padrões fisiológicos próprios. Ao encenar a reanimação o médico traduz, em parte para si e em parte para os outros, uma linguagem ética aceitável da morte como resultado da falha de um empenho técnico extremo, embora saiba que no palco do seu teatro a morte já se fazia presente há minutos, horas ou dias.

Mostrar esta nova relação do médico intensivista com a morte é parte do nosso objetivo nesse estudo, pois essa relação, constituída pelo desenvolvimento da tecnologia, nascida em parte da ação moderna do homem sobre os limites fisiológicos do corpo, permite a emergência e consolidação das práticas de aceitação da morte descritas neste trabalho.

As práticas de não-instituição de tratamentos e diminuição das doses de drogas vasoativas eram frequentemente relatadas nas entrevistas. Era consenso, no grupo, a existência de condições em

que o investimento era reduzido: pacientes multi-comprometidos, com falência de múltiplos órgãos, sem chance de reversão do quadro. Existia um limite de investimento, não protocolado mas quase uniforme entre a equipe: a percepção - e a equipe mais ou menos deixa de investir.

Uma descrição de como um respirador funciona mostrou-nos como essas práticas podem, implicitamente, existir: o sinal de alarme do respirador, relacionado com a saturação de oxigênio desejada, é ajustado pelo médico. Se ele deseja um controle rigoroso e uma saturação adequada, o limiar é menor, disparando com variações mínimas. Se o paciente for considerado de pior prognóstico, irrecuperável, o limiar é maior, só disparando em níveis menores de saturação. Dessa maneira, de forma sutil, abrevia-se o tempo de vida do paciente. O mesmo foi dito por um médico, de outra forma, menos explícita, referindo-se à ventilação mecânica de um paciente crítico: "Efetivo? Nem sempre, é mais para o limiar do alarme. Ou seja, é a consciência de que superotimizar a máquina não vai mudar a história natural".

Os procedimentos descritos de aceitação da morte não eram comunicados aos familiares e, como observamos anteriormente, não eram protocolados. As possíveis sanções jurídicas e a falta de interação com a família e o paciente não permitem que tais práticas se tornem explícitas. Entretanto, não deixavam de ser condutas eticamente aceitas pelos profissionais da instituição.

Entre os médicos intensivistas entrevistados não havia referência a práticas formais de

eutanásia ou suicídio assistido. Parecia clara a recusa desses profissionais a essas práticas. No entanto, com menor questionamento ético as práticas acima descritas eram realizadas. O não fazer não tem o mesmo peso moral da ação positiva, embora tal diferença seja eticamente questionável.

3. Discussão e conclusões

A medicalização da morte no século XX deveu-se ao desenvolvimento da tecnologia médica que, reunida em um hospital, transformou-o no lugar de excelência para a eficácia médica: reunião de recursos tecnológicos com pessoal competente e facilidade de exames laboratoriais e de bioimagem. Essa tecnologia permitiu ao médico um controle sem precedentes das funções fisiológicas do paciente, podendo prolongar sua vida nos momentos finais. Este processo operou uma transformação na noção, na prática e no tratamento médico da morte. Acreditamos que vem se desenvolvendo uma construção de uma representação biológica da morte, introduzindo-a em parâmetros fisiológicos determinados pela tecnologia e pelas estratégias biopolíticas de governo. Esta contextualização da morte no espaço biológico da vida está imbricada em práticas de sua aceitação no ambiente hospitalar e numa ética própria ao grupo médico estudado.

Algumas práticas de aceitação da morte foram descritas pelos médicos entrevistados: não reanimar pacientes considerados irrecuperáveis, ajustar o respirador para um controle menos rigoroso, diminuir a utilização de drogas vasoativas e não manter a intensidade de procedimentos

necessários, pelo seu trabalho e consumo de tempo, num paciente considerado sem prognóstico. Todas essas práticas não são previstas pelo código de ética médica, mas são aceitas pelo grupo como adequadas à sua prática. Não há uma discussão sobre a questão. Não são procedimentos explícitos, passam por um juízo aparentemente pessoal sobre o que deve ser feito, claramente assumidos como procedimentos lógicos, como alternativas técnicas legítimas, mediadas pela máquina. Entretanto, tais práticas são parte de uma dinâmica técnico-sociopolítica (10,11) viabilizada pela articulação entre os interesses da instituição e os interesses do grupo médico, familiares e pacientes.

Na UTI dos médicos não há lugar para a prática da eutanásia, no seu conceito mais puro, do ato positivo de tirar a vida de outrem para aliviar seu sofrimento e dor. Mas encontramos as práticas implícitas descritas. Qual seria o sentido de sua existência? Parece importante considerarmos que a tecnologia instrumentalizou não apenas a vida, mas também a morte (tal idéia foi desenvolvida pelo prof. João Guilherme Biehl na sua tese de doutoramento em Antropologia, na Universidade da Califórnia, Berkeley, em 1997). Possibilitou que, por meio da racionalização dos parâmetros fisiológicos, os pacientes pudessem ser setorizados de forma dual: os pertencentes à faixa fisiológica da vida e os mergulhados nos limites fisiológicos da morte. As estratégias biopolíticas de governo estabelecem a eficiência biológica adequada a cada indivíduo.

Numa sociedade em que a vida e suas formas de potencialização e otimização de funções são

privilegiadas, estabelecer um limite biológico de existência passa a ser uma necessidade não apenas dos médicos, mas de toda a comunidade. Por tais motivos, não nos parece estranho que numa sociedade onde as coisas e pessoas são dispostas por um governo do biopoder, as questões e práticas médicas de aceitação da morte de pacientes críticos ocupem posição de destaque no debate público e passem, progressivamente, ao terreno de práticas legais e moralmente aceitas.

Pretendemos mostrar, nesse estudo, que a morte faz parte do contexto cultural da tecnologia. As decisões sobre os limites e extensão da vida ocorrem ao redor da máquina. A utilização de critérios fisiológicos para a determinação do limite do investimento médico no paciente crítico introduz a morte numa faixa biológica onde atuam as práticas de sua aceitação. Construir os fatos que determinam a faixa fisiológica dessa incorporação não é objetivo desse trabalho, mas envolve, provavelmente, fatores científicos, técnicos, políticos, morais e legais próprios a cada contexto cultural estudado.

Percebemos que o caráter experimental das práticas implícitas de aceitação da morte envolve, na criação de seus conceitos, um dispositivo constituído pelo médico como pessoa e profissional, sua relação com a equipe de trabalho, o paciente e a instituição. Na prática, o doente passa a ser parte do ajuste da máquina, conectado como está a respiradores, bombas de infusão com alarmes e bips, como um corpo construído através do limite da eficácia tecnológica sobre o biológico, situando-se, além

9. Petryna A, Biehl JG. O estágio clínico: a constituição de uma criança inválida. Revista da Associação Psicoanalítica de Porto Alegre 1997;07:83-101.
10. Biehl JG. Biotechnology and the new politics of life and death in Brazil: the Aids model. Princet J Bioeth 2002;5:59-74.
11. Biehl JG. Vita: life in a zone of social abandonment. Social Text 2001;19(3):131-149.
12. Arendt H. A condição humana. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997: 200.
13. Agamben G. Op. cit.1998: 119.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Esdras Cabus Moreira
Av. Tancredo Neves, 1.632, Edif. Salvador Trade Center,
Torre Norte, Sala 413 - Pituba
Salvador/BA - Brasil
CEP 41820-020
E-mail: esdrascabus@aol.com