

Gestação e morte cerebral materna:

decisões em torno da vida fetal

Rachel Aisengart Menezes^(a)
Naara Luna^(b)

Aisengart Menezes RA, Luna N. Pregnancy and maternal brain death: decisions on the fetal life. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):629-39.

This paper presents cases of brain death of pregnant women in different countries, that were published in the press, aiming to reflect about the decision making process on the prolongation of somatic support of vital functions of the women, in order to keep fetal development until they reach viability. Based on the analysis of the positioning of the different social actors involved, such as family, medical staff, religious authorities and Justice officials among others, this paper reveals the values that are present in each context and situation.

Keywords: Brain death. Pregnancy. Fetus. Vital support. Decisions.

Este artigo apresenta casos de morte cerebral de gestantes de diversos países, publicados na imprensa, com o objetivo de refletir sobre o processo de tomada de decisões referentes ao suporte das funções vitais da grávida, para possibilitar o desenvolvimento do feto, até sua viabilidade. A partir da análise dos posicionamentos divulgados na mídia, dos distintos atores envolvidos, como familiares, equipe médica, representantes religiosos, agentes da justiça, entre outros, consideramos ser possível o acesso aos valores presentes, em cada contexto e situação.

Palavras-chave: Morte encefálica. Gravidez. Feto. Suporte vital. Decisões.

^(a) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horácio Macedo, s/n, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. raisengartm@terra.com.br

^(b) Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica, RJ, Brasil. 23890-000. naaraluna2015@gmail.com

Introdução

Na segunda década do século XXI, o número de notícias na mídia sobre gestantes com morte cerebral aumenta. A conjuntura exige uma tomada de decisão: manter ou não as funções vitais da gestante, para possibilitar o desenvolvimento fetal. Distintos atores sociais se posicionam: familiares, médicos, religiosos, agentes da justiça, jornalistas, entre outros. Instâncias governamentais e não governamentais são demandadas a se pronunciar. Neste artigo, apresentamos casos publicados em diferentes países, com as polêmicas referentes às possíveis decisões de manutenção da vida da grávida. Com base nestes dados, empreendemos uma análise antropológica dos valores que aparecem nos relatos dos casos, a partir dos impasses e das decisões tomadas.

O caso de uma mulher de 27 anos, com 22 semanas de gestação, ocorrido em 1983, é descrito por Margaret Lock¹ em seu estudo sobre morte cerebral e transplante de órgãos. Lock¹ se baseou em caso ocorrido em 1983, publicado em 1988 em artigo de Field et al.² A grávida foi internada para investigação em hospital nos Estados Unidos, com vômitos e desorientação, teve exames clínicos com resultados normais, exceto um aumento da pressão medular. Ela sofreu parada cardíaca, foi reanimada e transferida para unidade de cuidados intensivos, com suporte respiratório. Após dois dias, confirmou-se o diagnóstico de morte encefálica, as funções fetais permaneceram normais. Em concordância com o desejo do esposo e pai, a equipe médica forneceu suporte cardiorrespiratório, objetivando oferecer condições de desenvolvimento do feto até a viabilidade, para intervenção e nascimento. Na 28^a semana de gestação, uma infecção conduziu à cesariana, no 62^o dia de internação. O bebê, do sexo masculino, nasceu com baixo peso, foi internado na unidade de terapia intensiva neonatal; com três meses, foi transferido para outro hospital e se desenvolveu bem. Após a cesariana, a aparelhagem foi desligada e a mãe teve a (segunda) morte decretada.

Segundo Lock¹, não há menção, no artigo médico de Field et al.², acerca da discussão ética sobre os sentimentos da equipe da unidade intensiva, quanto ao trabalho de cuidar do corpo de uma mulher com morte cerebral e de seu feto. Não há também referência à participação do marido e pai. Por fim, é ressaltada a ambiguidade criada com a escolha por manter um “cadáver vivo”¹ em estado híbrido por mais de dois meses. Ainda de acordo com Lock¹, em artigos médicos sobre o tema, desloca-se o foco, do debate ético para a prescrição dos modos de controle e cuidados para o desenvolvimento fetal.

O artigo de Lock¹ contempla uma dúvida: uma vez que há tecnologia disponível para manutenção das funções vitais de gestante em morte cerebral, trata-se de rotinizar e normatizar este procedimento. O caso ocorreu em 1985. Desde então, os recursos para diagnóstico e tratamento se desenvolveram, novas leis e normas foram criadas, novas sensibilidades e subjetividades emergem, diante de cada caso. Os debates permanecem, com a participação de diferentes atores sociais.

Via de regra a divulgação de notícias acerca do tema mobiliza a comunidade, aciona posicionamentos da sociedade. Diante de cada circunstância, frequentemente o debate se polariza: de um lado, a defesa do direito à vida do feto; de outro, o direito de autonomia da mulher. A possibilidade de manutenção da vida fetal, em caso de morte encefálica materna, acarreta um problema específico, ao se tratar de uma grávida. Se, no caso do aborto voluntário, o debate ético contrapõe a autonomia da mulher em torno de decisões reprodutivas ao direito do feto à vida, essas posições se apresentam em distinta configuração quando há morte cerebral materna. O feto somente terá chances de vida e desenvolvimento se as funções vitais maternas forem preservadas, o que é possível apenas com suporte de aparelhagem e recursos terapêuticos.

Tecnologia e novas possibilidades de gestão dos limites da vida: normas e leis

Após a metade do século XX, são criados aparelhos e desenvolvidas tecnologias que propiciam a preservação da vida, como: o respirador artificial, a hemodiálise e outras. Acrescentam-se os tratamentos que prolongam a vida, em doenças degenerativas como câncer, enfermidades autoimunes e neurológicas.

Em contrapartida ao modelo de gestão do processo do morrer considerado desumano, frio e tecnologicado, denominado por Philippe Ariès³ de modelo de morte moderna, surgem novas propostas

de cuidados e deliberações ao final da vida. Discursos inovadores são veiculados com designações para novos dilemas, concernentes aos diferentes modos de gestão da vida, de cuidados e no processo do morrer. “Morte com dignidade”, “distanásia”, “encarniçamento terapêutico”, “ortotanásia”, “morte suficientemente boa”⁴, entre outras expressões, são utilizadas tanto por defensores da manutenção da vida quanto por militantes pelo direito de livre arbítrio em torno da própria vida e morte. Por vezes, há polissemia de algumas expressões como “boa morte”⁴ ou “com dignidade”⁴. Para uns, somente é possível alcançá-la por meio de assistência paliativa, enquanto, para outros, apenas mediante agência individual que conduza ao término da vida – por suicídio assistido ou eutanásia⁵.

Desde o final do século XX, um debate vigora no Ocidente, cujo foco incide sobre o direito a não sofrer^{6,7}. Este se insere em dois movimentos: de um lado, as preocupações com o genocídio da Segunda Grande Guerra; de outro, as consequências das novas tecnologias dirigidas à criação, prolongamento e manutenção da vida⁷. No primeiro, situam-se a formulação dos direitos humanos e as normas bioéticas para pesquisas ‘em’ e ‘com’ seres humanos. Os princípios morais e os valores que regem a conduta humana são continuamente questionados. Para Giorgio Agamben⁸, trata-se de uma discussão sobre as diferenças entre corpo biológico e corpo político, entre vida nua e vida digna ou, em sua terminologia, entre “zoé” e “bios”.

O século XX assistiu ao maciço desenvolvimento de tecnologia voltada à vida, por novos recursos. Distintas deliberações são possíveis, com o uso dessa aparelhagem. Novas categorias e conceitos (morte encefálica, vida digna, doação e transplante de tecidos corporais e órgãos) conduzem à elaboração de novas normas e leis, em cada contexto. Novas sensibilidades e insensibilidades são configuradas, associadas a cada situação⁵.

A possibilidade de preservação das funções vitais da gestante, para que o feto alcance condições de viabilidade para seu nascimento, consiste em situação análoga à manutenção do funcionamento de órgãos de pessoas com morte encefálica declarada, para fins de doação. À semelhança dos debates em diferentes países e contextos, em torno do diagnóstico de morte encefálica, da preservação de funções vitais para retirada e doação de órgãos, quando uma grávida tem morte cerebral, emergem questionamentos acerca da dignidade (ou não) da manutenção de uma vida vegetativa (da gestante) em prol da vida fetal. A pesquisa pioneira de Lock¹ evidencia a diferença de valores e aceitação da morte cerebral, doação e transplantes de órgãos nos Estados Unidos e no Japão. Entre norte-americanos, o conceito e o diagnóstico de morte encefálica são aceitos pela sociedade em geral, enquanto, para japoneses, houve – e ainda há – ampla rejeição social da possibilidade de retirada de órgãos para doação e transplante.

Ao termo dignidade são atribuídos diferentes significados, sobretudo no que concerne ao fim da vida e ao processo do morrer. De acordo com o valor preeminente em cada contexto, é possível a classificação de dignidade ou condição não digna. Nesse sentido, para os que consideram a vida como valor supremo e defendem a manutenção das funções vitais da gestante para preservação da vida fetal, tratar-se-ia de condição digna para a mulher, pois teria uma finalidade digna.

Partimos aqui do pressuposto de que a demarcação das fronteiras entre vida e morte envolve fatores culturais, sociais, religiosos e políticos, referentes à gestão da pessoa. Concepções as mais diversas sobre o significado de pessoa, seu estatuto e direitos propiciam entendimento de aspectos presentes na polêmica atinente às deliberações relativas ao início e final da vida.

Vida e morte são conceitos estruturantes dos valores compartilhados em cada cultura, que possibilitam acesso às concepções vigentes de pessoa⁹. Todo grupo social elabora sua definição de pessoa como agente social¹⁰⁻¹². Cada cultura demarca quando a pessoa é reconhecida socialmente. Historicamente, no Ocidente, vida e morte foram objeto de definições religiosas pautadas pela tradição judaico-cristã¹². Com os processos de secularização¹³ e a crescente medicalização¹⁴, se deslocaram, da esfera religiosa para a da ciência, acepções de vida e morte. A crença generalizada na razão como leitura objetiva da natureza se tornou prevalente no Ocidente¹⁵. Quanto à autonomia da grávida em relação ao direito de vida fetal, distintas possibilidades se apresentam.

A partir da metade do século XX, o tema dos direitos adquire preeminência e centralidade. Os usos do corpo, de substâncias corporais, prolongamento da vida de enfermos terminais, interrupção da gravidez e doação de órgãos passam a integrar os debates dos direitos¹⁶. Duas posições se destacam:

da sociedade laica e de instâncias religiosas. As propostas de legalização do aborto, da eutanásia e do suicídio assistido são responsáveis pela polarização entre o direito de livre arbítrio individual – seja da gestante, seja do doente terminal – e a santificação da vida¹⁷.

O debate sobre o estatuto do embrião^{18,19} encerra disputas jurídicas, éticas e religiosas. Estudos antropológicos sobre limites da vida apontam diferenças e semelhanças no estatuto de pessoa, nos casos do embrião e do doente terminal, sobretudo com diagnóstico de morte cerebral. O feto e o enfermo terminal possuem a mesma característica: ambos estão situados em um tempo provisório²⁰ e contam com uma diferença. No início da vida, há um reconhecimento da condição social da pessoa, enquanto, no final, ocorre uma transformação, de ser vivo para outra categoria.

Para manter as funções vitais de gestante com morte cerebral, são necessários conhecimentos, tecnologia e profissionais de saúde habilitados para lidar com aparelhagem para suporte da vida. Em levantamento sobre o tema, encontramos artigos biomédicos, apresentados a seguir, abordando dilemas e posicionamentos referentes às possíveis decisões e consequências. O levantamento foi efetuado na Internet por meio do mecanismo de busca Google, para encontrar matérias da mídia sobre o tema após 2014, até abril de 2015, e de artigos científicos, a partir das seguintes palavras: gestação, morte cerebral, decisões sobre a vida fetal, considerando, também, os equivalentes em língua inglesa. Foram encontradas notícias da mídia referentes a doze casos de gestantes com morte cerebral. Dentre os casos, selecionamos três para análise, pois os posicionamentos da família, equipe médica e a decisão judiciária foram distintos em cada um deles, o que permitiu um aprofundamento e reflexão em torno do processo de tomada de decisões. Vale referir que os artigos publicados em periódicos biomédicos, da área da justiça e do campo da ética também foram encontrados a partir da mesma busca na Internet por meio do Google, pois não efetuamos busca em bases científicas. Uma vez que a possibilidade de manutenção das funções vitais de gestante com a finalidade de preservação da vida fetal é recente, tendo em vista o desenvolvimento de recursos tecnológicos, o número de artigos da área biomédica é restrito: apenas quatro. A busca foi efetuada nos anos de 2014 e 2105.

Biomedicina e questões éticas

Em 2004, foi publicado artigo acerca do caso da morte cerebral de uma mulher na 13^a semana de gestação²¹. O foco incide sobre a decisão de manter suporte das funções vitais maternas para atingir a viabilidade fetal. Os batimentos cardíacos fetais cessaram no oitavo dia após a morte cerebral materna. Os autores consideram mãe e feto como dois organismos distintos. Embora sem limite mínimo de tempo de gestação, a manutenção das funções somáticas maternas depende do tempo para atingir a viabilidade fetal, com o ideal de 32 semanas. O artigo cita o máximo de prolongamento de 107 dias, após os quais ocorreu o parto. No caso, seriam necessários 133 dias para atingir a viabilidade. Os autores julgam ético o prolongamento somente quando há esperança de sucesso. O texto menciona o direito de autonomia da mãe, mas o foco é a atribuição de primazia à vida materna ou do feto. As opiniões de parentes também devem ser consideradas. Os autores apontam três perspectivas: 1. considerar a mãe como sujeito autônomo, respeitando seus desejos expressos; 2. a percepção da mulher como incubadora, sem direitos autônomos, com ênfase nos direitos fetais; 3. considerar a mulher como doadora voluntária de órgãos, segundo opinião previamente expressa.

Em termos legais, a legislação europeia varia quanto à concessão de direitos ao feto²⁰. Na Irlanda, o feto tem direito à vida desde a concepção, mas, em outros países, não são atribuídos direitos legais a um feto de 13 semanas. Na Irlanda, mesmo com suporte legal ao feto, o imperativo da manutenção do suporte materno é exercido quando há probabilidade de nascimento.

Para João Paulo de Souza et al.²², a morte cerebral na gravidez é rara e demanda uma decisão. Conforme o tempo de gestação, medidas devem ser tomadas para a homeostase do corpo da mulher após a morte cerebral, visando manter a vida fetal até sua viabilidade. O texto apresenta um caso no Brasil: mulher de 40 anos que sofreu hemorragia intracraniana na 25^a semana de gestação. Com o diagnóstico de morte cerebral, a paciente passou a receber: suporte respiratório e nutricional, drogas vasoativas, hormônios, controle da temperatura, intervenções para prolongar a gestação. As decisões foram em consenso com a família. As condições da mulher se mantiveram estáveis por 25 dias de

suporte, mas após alterações nas condições do feto, a equipe médica decidiu efetuar uma cesariana. O menino foi internado na unidade neonatal de cuidados intensivos, teve alta sem sequelas após quarenta dias.

Artigo de Anita Catlin e Deborah Volat²³ enfoca a prática de enfermagem na morte cerebral de gestante. A pergunta consiste na manutenção (ou não) de suporte vital da grávida por mais de 5 meses, para o desenvolvimento fetal. O texto reflete sobre o processo decisório, e, a partir de exemplos, analisam-se dilemas éticos referentes: à mulher, ao feto, à família e equipe de enfermagem. Seria necessário definir o que é vida e morte para avaliação da mãe. O imperativo kantiano é citado pelas autoras – não usar uma pessoa como meio – e contrastado com o pensamento utilitarista de Mill, quanto a maximizar a felicidade para o maior número de pessoas. É indagado se deve ser ignorada a assinatura, pela mulher, de diretiva sobre o fim da vida, com recusa de procedimentos heroicos. O texto questiona se o preenchimento de ficha para doação de órgãos significaria aceitação de medidas para prolongamento de sua vida. É possível comparar a morte cerebral de gestante com decisão pela doação de órgãos? Questões são indicadas, como: quem deve decidir; quais as deliberações quando há conflito de interesses. Quanto aos dilemas éticos, coloca-se uma indagação: se o feto pode ser considerado vivo quando a mãe tem morte cerebral. O artigo apresenta a preocupação em conduzir o feto a uma condição de viabilidade para seu nascimento, como se ele fosse um indivíduo com direito a tratamento. Essas perguntas são explicitadas: semanas ou meses devem ser empregados para salvar a vida do feto? Esse cuidado seria um tratamento experimental, sem consentimento da mulher ou do feto? Por fim, as autoras afirmam que os casos refletem o ambiente religioso do país em que o estudo foi conduzido.

Majid Esmaeilzadeh et al.²⁴ apresentam uma revisão sistemática nas bases Medline, Embase e Central sobre casos de grávidas em morte cerebral com suporte somático prolongado. Conforme referido, este artigo foi encontrado em busca na Internet. Entre 1982 e 2010, foram encontrados trinta casos. A idade gestacional média no diagnóstico de morte cerebral foram 22 semanas, e o tempo de gravidez até o parto, de 29 semanas e meia. Doze crianças viáveis nasceram e sobreviveram. Os autores afirmam ser possível sustentar as funções somáticas da gestante em morte cerebral por longo período. Não haveria limite definido para a idade gestacional mínima a partir da qual os esforços médicos têm chance de desenvolvimento fetal. A decisão deve ser para cada caso, segundo a estabilidade materna e o crescimento fetal. O artigo lista os procedimentos médicos de suporte e apresenta considerações obstétricas, fetais e neonatais, e sobre doação de órgãos. Quanto às questões éticas, alguns profissionais não concordam com a manutenção do corpo da mulher após sua morte cerebral para usá-la como recipiente do feto. A posição oposta é considerar a mulher incubadora cadavérica sem direitos autônomos, atribuindo preeminência aos direitos fetais. Outros autores comparam o prolongamento da vida materna a um transplante de órgãos, no qual o feto seria o receptor. O artigo conclui que a decisão deve ser tomada por especialistas, em conjunto com a família da gestante.

A possibilidade de extensão da vida em casos de morte cerebral apresenta um problema específico, quando se trata de gestante. No caso de morte cerebral materna, o feto somente tem chance de se tornar viável se há medidas para manter as funções vitais da mãe.

Na página da “Pontifícia Academia para a Vida” no portal do Vaticano²⁵, o tema da morte cerebral é mencionado em documentos sobre eutanásia e morte com dignidade. No manual Key to Bioethics²⁶, a discussão sobre o direito à vida se apresenta em tópicos associados à proteção do embrião desde a concepção, envolvendo: reprodução assistida, uso de embriões em pesquisas com células-tronco, diagnóstico genético pré-implantação, diagnóstico pré-natal, clonagem e aborto. O debate sobre a morte com dignidade surge na abordagem da eutanásia e doação de órgãos. Apesar da menção ao conceito de morte cerebral, não há referência à morte encefálica materna e continuidade da gestação. O manual condena qualquer forma de aborto e manipulação do embrião, exceto para estender sua vida. É categórico quanto ao consentimento informado na doação de órgãos, opondo-se a diretivas para o fim da vida, como os contratos para interrupção de suporte vital em caso de coma irreversível. O texto rejeita qualquer modalidade de ação para reduzir a vida do paciente terminal, a seu pedido ou de sua família.

As orientações isoladas conduziriam a dois movimentos contraditórios em relação à morte cerebral da gestante: 1. respeitar a ausência de autorização para doação de órgãos, o que significa não utilizar recursos para manutenção de suporte vital; 2. manter suporte das funções vitais da gestante, segundo o pressuposto de que o feto tem direito à vida desde a concepção, para propiciar o desenvolvimento fetal. Nossa hipótese é que o Vaticano assuma a última interpretação, com base no exemplo da gestação de anencéfalo, em que documentos do magistério defendem que a gravidez seja mantida até o final, para dar o direito à vida a um ente inviável.

A polêmica em torno do direito à autonomia da gestante em morte cerebral e do direito à vida do feto em seu corpo é uma disputa de direitos, na configuração individualista de valores do Ocidente Moderno. O feto e a gestante em morte cerebral são considerados indivíduos: “o ser moral, independente, autônomo e, por consequência, essencialmente não social, que veicula os nossos valores modernos e ocupa o primeiro lugar na nossa ideologia moderna do homem e da sociedade”¹¹. A igualdade e a liberdade são traços fundamentais da configuração individualista de valores, característica das sociedades ocidentais modernas. O ideal de autonomia se impõe ao modelo de pessoa como indivíduo: “o ser de razão, o sujeito normativo das instituições”, “como testemunham os valores de igualdade e de liberdade”²⁷. Este indivíduo é o sujeito de direitos²⁶, do ponto de vista normativo.

Os casos: dilemas sobre a continuidade da vida

Dentre os casos reportados na mídia, escolhemos três: um irlandês, outro canadense e um norte-americano. Expomos a legislação sobre aborto em seus países, para revelar os contextos das situações. A escolha por referir o aborto e as normas em torno deste procedimento se baseia em possível interpretação da não manutenção das funções vitais da gestante com morte encefálica como opção que equivaleria à interrupção da gravidez com a morte fetal, como nos casos de aborto.

A Irlanda é um país com legislação restritiva acerca do aborto. A constituição irlandesa reconhece tanto o direito à vida do nascituro quanto o direito à vida da mãe. Uma decisão da Suprema Corte permite o aborto em caso de risco à vida materna. É permitido viajar ao exterior para interrupção da gravidez e para informações sobre a intervenção²⁸. O caso em questão não previa o aborto. Constatou-se a morte cerebral de uma grávida de 16 semanas. Os pais manifestaram o desejo de desligar os aparelhos de suporte vital. A recusa dos médicos baseou-se na legislação sobre aborto, que garantiria direito à vida do feto. Em última instância, significava o desenvolvimento do feto após a morte cerebral da mãe. A primeira notícia previa que, se o caso chegasse à Justiça, o Estado deveria “designar um advogado para defender o feto contra seus avós”, que pleiteavam a retirada do suporte das funções vitais da gestante²⁹. O Supremo Tribunal autorizou o desligamento dos aparelhos³⁰, supondo tratar-se de “um exercício inútil” e uma “angústia inimaginável” para o pai. O tribunal julgou que autorizar a retirada de suporte vital materno seria “do interesse do nascituro”³⁰. O caso é relatado em dois jornais. No primeiro, os pais da gestante se manifestam. No segundo, a decisão do tribunal se refere apenas ao sofrimento do pai. Médicos usaram a lei do aborto como justificativa para não interromper o suporte vital da gestante, contra a vontade manifesta de seus pais. Nesse sentido, o feto teria direito à vida, independente da situação materna. Essa perspectiva dos médicos retrata um posicionamento hierarquizante, entre os direitos da gestante e do feto. Segundo Dumont²⁷, o princípio social da hierarquia implica o englobamento do contrário. Embora a mulher seja a portadora do feto, ao hierarquizar – ou ao priorizar a vida do feto –, este passa a englobar a gestante.

A notícia seguinte revela o desdobramento do caso. A decisão do tribunal desfaz o primeiro englobamento, invertendo-o, argumentando que seria do interesse do feto a interrupção do suporte vital da gestante. A gravidez era recente (16 semanas), quando ocorreu a morte cerebral materna. O segundo aspecto concerne à vontade da família de concluir o processo. O argumento clínico acerca do tempo de gestação considera que, quanto mais avançada a gravidez, mais fácil manter o suporte materno para o desenvolvimento fetal até sua viabilidade. Talvez os familiares não se apegaram a um feto em estágio inicial. Ainda não seria uma pessoa, um neto ou filho desejado, em contraste com a certeza da morte da gestante. Quando a mulher não pode mais responder nem

redigiu um documento, a declaração é responsabilidade dos familiares próximos. A lei irlandesa trata, simultaneamente, o feto como sujeito de direitos e interesses, inclusive, com a decisão do tribunal de retirada de suporte vital materno sob argumentação de que também seria de seu interesse. Segundo Agamben⁸, o feto foi reputado pela Justiça como “bios”, vida digna do sujeito político. Seria de seu interesse interromper o suporte materno para impedir seu desenvolvimento e evitar que se tornasse “zoé”, vida nua⁸.

O Canadá não conta com lei restritiva do aborto. A intervenção foi descriminalizada em 1988, é tratada como procedimento médico e regulada por leis das províncias e normas médicas³⁰. Em contraste com a Irlanda, não há ambiente legal de feição pró-vida que influencie decisões médicas e da família. Apesar desse contexto, houve reação pública à decisão do marido de Robyn Benson e dos médicos de não desligamento de suporte da gestante. Ela recebeu diagnóstico de morte cerebral após uma hemorragia, quando a equipe médica constatou o desenvolvimento normal do feto. O intuito foi permitir que ele alcançasse 34 semanas. Uma comunidade na internet arrecadou cerca de 150 mil dólares canadenses, sinal da mobilização em torno do caso³¹. A morte cerebral ocorreu em dezembro de 2013, quando a mulher tinha 22 semanas de gravidez. Iver nasceu prematuramente de cesariana em fevereiro de 2014, com 28 semanas³². O caso ficou conhecido porque o pai relatou a experiência em blog e no Facebook, fez apelo para arrecadar fundos, para tirar licença sem vencimentos de alguns meses para cuidar do filho³³.

Esse caso ocorreu em ambiente jurídico diferente do primeiro. Não há referência a leis em defesa do direito à vida do feto. A gestação estava mais adiantada. As notícias divulgam a possibilidade de nascimento sem sequelas. O desenvolvimento normal do feto teria motivado a equipe médica e o marido à decisão de manutenção do suporte vital. Em contraste com o caso anterior, não houve menção a conflito familiar, mas acordo entre equipe médica e o marido. Os interesses da gestante não são referidos, a manutenção do suporte vital para a mulher servir de incubadora para desenvolvimento do feto implica perda de dignidade. Ela é tratada como sujeito que serve como meio para outros e não para si, contrariando o imperativo kantiano de não usar uma pessoa como meio para um fim²³. Assim, a mulher é englobada pelo feto que contém, em um processo de hierarquização²⁷. A mulher, na tipologia de Agamben⁸, retrataria “zoé”, a vida nua, o corpo biológico, enquanto o feto representa “bios”, a vida qualificada.

Tal desdobramento é oposto ao da Irlanda e, também, a outro caso, do Texas, Estados Unidos. Por decisão da Suprema Corte em 1973, o aborto é legal nos Estados Unidos²⁷. A despeito da decisão, o Texas é um dos estados que mais restringem o procedimento, por táticas regulatórias³⁴, e conta com forte movimento antiaborto³⁴. Esse é o contexto do caso de Marlise Muñoz, que sofreu uma embolia pulmonar e teve diagnóstico de morte cerebral na 14^a semana de gravidez. Sua família recebeu a notícia da manutenção do suporte vital no hospital. A decisão médica se baseou em lei estadual que proíbe a suspensão do suporte em gestantes. O marido se opôs, pois Marlise havia manifestado, anteriormente, o desejo de não ser mantida viva por máquinas³⁵. Ele foi à Justiça, argumentando que, além do respeito à vontade de Marlise, a lei previa manutenção de suporte vital em gestantes em coma, e não em morte cerebral. O feto não foi considerado viável no tempo gestacional de 22 semanas, a imagem de suas extremidades inferiores evidenciava deformidades. O juiz ordenou o desligamento dos aparelhos, supondo que Marlise teria decidido pelo aborto, pelos danos no feto³⁶.

Marlise Muñoz foi a única gestante que havia declarado previamente sua vontade. O desenvolvimento de má-formação fetal foi fator em contraponto à lei estadual pró-vida do Texas. A família considerou desumana a manutenção do desenvolvimento do feto. A lei do Texas hierarquiza em favor do feto: não é possível desligar aparelhagem de suporte vital de gestante. Entre os três casos, pela primeira vez, a grávida é tratada como indivíduo sujeito de direitos²⁶, cuja vontade é válida após sua morte. O valor da autonomia da mulher como sujeito teve preeminência sobre a lei de proteção ao feto na decisão final. Com base na tipologia de Agamben⁸, a equipe médica considerou a mulher “zoé”, vida nua, defendendo o feto como “bios”, em sua dignidade de sujeito político. A perspectiva da família se distinguiu ao considerar a mulher como sujeito autônomo, “bios”, corpo político. Tal posicionamento foi seguido pela decisão judicial.

Considerações finais

Os três casos evidenciam um movimento em defesa da “santidade” da vida, segundo a concepção de Dworkin¹⁶, tanto dos que valorizam o desenvolvimento fetal, como dos atores sociais que priorizam a autonomia das gestantes em morte cerebral. Ao refletir sobre os extremos da vida (aborto e eutanásia) e as diferentes possibilidades de decisão, este autor aborda a “santidade da vida” e a dignidade – definida como o respeito “ao valor inerente de nossas próprias vidas”. Para ele, “a dignidade [...] encontra-se no cerne de ambos os argumentos” – em prol ou contra aborto e eutanásia. Ainda segundo Dworkin¹⁶, no debate em torno das diferentes possibilidades de gestão dos limites da vida, apresenta-se mais uma categoria: a liberdade individual, valor preeminente na cosmologia ocidental moderna⁶. Trata-se do que Luiz Fernando Duarte⁶ aponta como características ideológicas gerais da “cultura ocidental moderna”⁶, com os seguintes valores estruturantes: “individualismo ético”, “hedonismo”, “naturalismo” e “racionalização corporal”⁶. A primeira expressão, o individualismo ético, enfatiza o primado da escolha pessoal, da presumida liberdade individual. Para Duarte⁶, o qualificativo ético se refere à tradição weberiana e sua ênfase na associação da racionalidade moderna com o desencantamento do mundo. A segunda linha de força – o hedonismo – significa o privilégio do prazer a ser obtido no mundo. O naturalismo concerne à importância da categoria natureza na cosmologia moderna. No terreno moral, está presente uma associação com um estado “natural”, um “direito natural”, característico das sociedades humanas⁶.

A partir dessa perspectiva, é possível refletir sobre as tensões explicitadas nos casos em pauta. De um lado, a vida como valor fundamental em nossa cultura, valor que remete à dimensão holista²⁷, da totalidade, de um plano transcendente e englobante do indivíduo, que também está articulado com a visão de natureza⁶. Quanto ao valor da vida, prosseguir o desenvolvimento do feto em uma gestante em morte cerebral seria contraditório com a morte da mulher (definição de morte encefálica) e à natureza, em seu apelo à tecnologia de suporte de manutenção vital, mas enfatiza a vida do feto. Com respeito à noção individualista de pessoa, seria considerar o feto um sujeito e a mulher um meio, suporte para o desenvolvimento do primeiro. Por outro lado, invocar o direito desta, mesmo morta, à autonomia, é enfatizar sua condição de indivíduo, em contraposição ao direito do feto à vida. Esses valores referentes à vida e à natureza estariam em íntima conexão e imbricamento com a categoria dignidade, como respeito ao valor inerente à vida¹⁶. Já no que tange à liberdade, segundo Dworkin¹⁶, a liberdade de consciência pressupõe a responsabilidade pessoal de reflexão, conforme a dimensão do individualismo ético reportada por Duarte⁶. Os casos sem condições de refletirem sobre a própria vida e liberdade, como demências ou morte cerebral, propiciam dilemas complexos: quem pode/deve responder pelas decisões? Faz-se necessário analisar cada situação.

Diante da criação e desenvolvimento de cada nova tecnologia ou recurso terapêutico dirigido à criação ou manutenção/extensão da vida, emergem novas formulações referentes a: normatização, conduta ética de profissionais de saúde e cientistas, critérios, prognósticos e diagnósticos, possibilidades de controle de condições de vida/dor/sofrimento, entre outras – do direito, da medicina e da sociedade em sentido amplo. No caso de morte cerebral de gestante, configura-se uma equação de difícil solução, na qual a exaltação da vida como valor supremo e a liberdade individual ocupam posições relevantes. Todas as situações e casos aqui referidos evidenciam um valor crucial em nossa sociedade ocidental contemporânea: a vida. Contudo, visto que, cada vez mais, a biomedicina busca e consegue produzir vida a partir de formas inovadoras; e, também, manter a vida do feto sob condições anteriormente impensáveis, como é o caso da morte cerebral materna, dilemas éticos emergem, conduzindo à demanda de reflexões, não apenas de especialistas, como da sociedade mais ampla.

Em cada situação, diferentes atores sociais possuem lugar central na tomada de decisões. No exame dos aspectos envolvidos em cada contexto, buscamos refletir não apenas sobre os posicionamentos dos atores sociais, mas acerca de suas posições políticas, pois partimos do pressuposto de que vida e morte não constituem noções definidas pela ciência. Antes, tais categorias são conceitos políticos, que adquirem significado somente na vigência de uma decisão médica e/ou jurídica.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, do levantamento de notícias da mídia e da pesquisa bibliográfica, da análise dos dados, da redação do artigo e, também, da revisão e elaboração da versão final do texto.

Referências

1. Lock M. Twice dead: organ transplants and the reinvention of death. Berkeley: University of California Press; 2002.
2. Field DR, Gates EA, Creasy RK, Jonsen AR, Laros Jr. R. Maternal brain death during pregnancy: medical and ethical issues. *JAMA*. 1988; 260(6):816-22.
3. Ariès P. O homem diante da morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1981.
4. Menezes RA, Ventura M. Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito. *Rev Bras Cienc Soc*. 2013; 28(81):213-29.
5. Menezes RA. Biomedicina e gestão contemporânea do morrer. In: Ewald A, Soares JC, Severiano MF, Aquino CAB, Mattos A, organizadores. *Subjetividades e temporalidades: diálogos impertinentes e transdisciplinares*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014. p. 285-310.
6. Duarte LFD. Ethos privado e racionalização religiosa. Negociações da reprodução na sociedade brasileira. In: Heilborn ML, Duarte LFD, Peixoto C, Lins de Barros M, organizadores. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p.137-76.
7. Menezes RA. A medicalização da esperança: reflexões em torno de vida, saúde/ doença e morte. *Amazônica: Rev Antropol*. 2013; 5(2):478-98.
8. Agamben G. *Homo sacer. O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2010.
9. Gomes EC, Menezes RA. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. *Physis*. 2008; 18(1):77-103.
10. Mauss M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "eu". *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva; 2003. p.369-97.
11. Dumont L. *Ensaio sobre o individualismo: uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna*. Lisboa: Dom Quixote; 1992.
12. Duarte LFD, Giumbelli EA. As concepções de pessoa cristã e moderna: paradoxos de uma continuidade. *Ann Anthropol*. 1994; (93):77-111.
13. Weber M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira; 1992.
14. Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra Jr B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(6):1859-68.
15. Camargo Jr KR. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
16. Dworkin R. *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
17. Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1741-8.
18. Salem T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*; 1997; 3(1):75-94.
19. Luna N. As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza. *Genero*. 2002; 3(1):83-100.

20. Kaufman SR, Morgan LM. The anthropology of the beginnings and ends of life. *Annu Rev Anthropol.* 2005; 34(1):317-41.
21. Lane A, Westbrook A, Grady D, O'Connor R, Counihan TJ, Marsh B, et al. Maternal brain death: medical, ethical and legal issues. *ICM J*; 2004; 30(7):1484-6.
22. Souza JP, Oliveira-Neto A, Surita FG, Cecatti JG, Amaral E, Pinto e Silva JL. The prolongation of somatic support in a pregnant woman with brain-death: a case report. *Reprod Health.* 2006; 3(3):1-4.
23. Catlin AJ, Volat D. When the fetus is alive but the mother is not: critical care somatic support as an accepted model of care in the twenty-first century? *Crit Care Nurs Clin Am.* 2009; 21(2): 267-76.
24. Esmailzadeh M, Dictus C, Kayvanpour E, Sedaghat-Hamedari F, Eichbaum M, Hofer S, et al. One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother. *BMC Med.* 2010; 8:74.
25. Vida. Pontifícia Academia para a Vida [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/index_po.htm.
26. Keys to bioethics – JMJ Rio 2013: Manual de Bioética “Chaves para a bioética”. Brasília: Fondation Jérôme Lejeune; Comissão Nacional da Pastoral Familiar; 2013.
27. Dumont L. Ensaio sobre o individualismo: uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1997.
28. Roddy Tyrrell. Abortion law in Ireland [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: <http://www.lawyer.ie/abortion-law-in-ireland#Abortion - Legal Position in Ireland>.
29. Grávida com morte cerebral é mantida viva na Irlanda [Internet]. 19 Dec. 2014. [citado 01 Out 2015]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/gravida-com-morte-cerebral-mantida-viva-na-irlanda-contra-vontade-dos-pais-14876016>.
30. Tribunal irlandês autoriza desligar suporte de vida a grávida em morte cerebral [Internet]. 26 Dec 2014 [citado 03 Out 2015]. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=4314157.
31. National Abortion Federation. Legal abortion in Canadá [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: <http://www.org/legal-abortion-ca.html>.
32. Bebê de mulher clinicamente morta nasce no Canadá [Internet]. 2014 Fev 02 [citado 06 Out 2015]. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2014/02/bebe-de-mulher-clinicamente-morta-nasce-no-canada.html>.
33. Após morte cerebral mãe é mantida com aparelhos até nascimento do bebê [Internet]. 2014 Fev 02 [citado 06 Out 2015]. Disponível em: <http://noticias-do-bebe,705cf720b4df3410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>.
34. Texas abortion laws [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: <http://statelaws.findlaw.com/texas-law/texas-abortion-laws.html>.
35. Texas Rally for Life [Internet]. [citado 10 Out 2015]. Disponível em: <http://www.texasallianceforlife.org./texas-rally-life/>.
36. Homem pede retirada de aparelhos que mantêm sua mulher grávida viva [Internet]. 2013 Dez 12 [citado 06 Out 2015]. Disponível em: <http://gl.globo.com.ciencia-e-saude/noticia/2013/12/homem-pede-retirada-de-aparelho-que-mantem-sua-mulher-gravida-viva.html>.

Aisengart Menezes RA, Luna N. Gestación y muerte cerebral materna: decisiones en torno de la vida fetal. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(62):629-39.

Este artículo presenta casos de muerte cerebral de gestantes de diversos países que fueron publicados en la prensa con el objetivo de reflexionar sobre el proceso de toma de decisiones referentes al soporte de las funciones vitales de la embarazada para posibilitar el desarrollo del feto hasta su viabilidad. A partir del análisis de los posicionamiento divulgados en los medios, de los distintos actores envueltos, tales como familiares, equipo médico, representantes religiosos, agentes de justicia, ente otros, consideramos ser posible el acceso a los valores presentes en cada contexto y situación.

Palabras clave: Muerte encefálica. Embarazo. Feto. Soporte vital. Decisiones.

Submetido em 25/04/16. Aprovado em 30/08/16.

