

PRAXIOLOGIA DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: A MULTIPLICIDADE DA PRÁTICA MÉDICA

PRAXIOLOGY OF ORGAN DONATION: THE MULTIPLICITY OF MEDICAL PRACTICE

Isabela Pellacani Pereira das Posses; João Luís Erbs Pessoa; Pedro Paulo Gomes Pereira

Universidade Federal de São Paulo; isabela.pellacani@gmail.com;
joaoerbs@gmail.com; pedropaulopereira@hotmail.com.br

Historia editorial

Recibido: 24-08-2022
Aceptado: 20-01-2024
Publicado: 07-02-2024

Palavras-chave

Etnografia; Ontologia;
Doação de órgãos; Práticas

Resumo

Este artigo é resultado de uma praxiografia — uma pesquisa realizada entre janeiro e dezembro de 2019, em um hospital da cidade de São Paulo, por meio de acompanhamento diário da rotina da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), observação participante e entrevistas. A praxiografia é um tipo de etnografia que concebe, além de significados e perspectivas, as ações e as materialidades mobilizadas nas práticas, verificando como elas são produzidas a partir de arranjos múltiplos e heterogêneos, e registrando as conexões entre as realidades e os objetos. O artigo busca descrever as materialidades e práticas no processo de doação de órgãos. O texto acompanha a doação de órgãos (que é uma prática médica, cuja temporalidade produz um ato que possibilita uma terapêutica, o transplante de órgãos), registrando a performatização das práticas — ou de um conjunto coordenado de práticas — de doação de órgãos.

Abstract

This article is the result of a praxiography research conducted between January and December 2019, in a hospital in the city of São Paulo, through interviews, participant observation and daily monitoring of the routine of the Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) [Intra-Hospital Commission for Donation of Organs and Tissues for Transplantation]. Praxiography is a type of ethnography that, in addition to meanings and perspectives, conceptualizes the actions and materialities mobilized in practices, verifying how they are produced from multiple and heterogeneous arrangements, and recording the connections between the realities and objects. The article seeks to describe the materialities and practices in the organ donation process. The text follows organ donation — a medical practice whose temporality produces an act that enables a therapeutic intervention, organ transplantation —, recording the performatization of practices, or a coordinated set of practices, of organ donation.

Keywords

Ethnography; Ontology;
Organ donation; Practices

Posses, Isabela Pellacani Pereira das; Pessoa, João Luís Erbs & Pereira, Pedro Paulo Gomes (2024). Praxiologia da Doação de Órgãos: A Multiplicidade da Prática Médica. *Athenea Digital*, 24(1), e3361.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3361>

Introdução

Desde a década de 1990, a prática de doação e transplante de órgãos está inserida nas Políticas Públicas de Saúde Brasileira; a partir de então, o país tem ocupado a segunda posição no *ranking* de maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Em 2018, o Brasil chegou a receber o título de detentor do maior programa público de doação e transplantes de órgãos do mundo, uma vez que 96% dos transplantes são feitos com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece assistência inte-

gral a todos os transplantados (Freire, 2013; Garcia et al., 2015; Ministério da Saúde, s.d.; Ministério da Saúde, 2018; Moreira et al., 2020; Stancioli et al., 2011).

Nos últimos dez anos, de acordo com os dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), um total de 87.680 mil transplantes foram realizados no Brasil. No entanto, se, por um lado, os transplantes relacionam-se com o aumento da sobrevida de um número considerável de pessoas, por outro, há um cenário marcado pelas dificuldades atinentes à captação de órgãos. Um dado estatístico é digno de nota: em setembro de 2023, o número de pacientes ativos na lista de espera era de 58.908 mil (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2023).

Essa prática recente e bastante complexa desperta o interesse da comunidade acadêmica dessa área em obter subsídios para entender as questões envolvidas com a doação e os transplantes de órgãos. No campo das Ciências Sociais e Humanas, vários autores se propuseram a pesquisar o processo de doação de órgãos. É o caso de Margaret Lock (2002), Juliana L. de Macedo (2016), Dnyelle Silva et al., (2019), e Almir G. Bitencourt et al., (2007), que realizaram estudos sobre a ambiguidade da morte encefálica e a relação que os profissionais de saúde e a própria sociedade estabelecem com esse diagnóstico. Por sua vez, Lesley Sharp (1995, 2000), Marcelo José dos Santos e Maria Cristina Massarollo (2005), Alberto Manuel Quintana e Dorian Mônica Arpini (2009) abordam o significado que o ato de doar o órgão de um familiar representa para as famílias e para a equipe médica. Pedro Fernando Bendassolli (2000) analisa o impacto causado pela doação de órgãos sobre a relação que o homem estabelece com seu corpo, como centro de atravessamentos simbólicos. Dnyelle S. Silva (2019) também procura entender como a representação social do corpo influi nessa prática. Já Nancy Scheper-Huhs (2014) e Claire Lazzaretti (2007) consideram a doação e o transplante de órgãos intervivos como a dádiva da modernidade.

Como os transplantes são fundamentais para a biomedicina contemporânea, é curioso o fato da existência de pouquíssimas abordagens da antropologia da ciência ou da sociologia da ciência (sobretudo, abordagens que se aproximem dos achados de Annemarie Mol (2002) a respeito do corpo múltiplo e mesmo da sua proposta de praxiologia para compreender) sobre a prática da doação e do transplante de órgãos. Em pesquisa bibliográfica, só foi possível destacar os textos de Marisol Marini (2018, 2020, 2021) e de Vitor Jasper (2016, 2021). Marini, utilizando-se das abordagens de Mol, descreve e analisa a produção e o uso de corações artificiais; Jasper busca compreender o processo de constituição do transplante de órgãos como uma prática terapêutica.

Este texto busca analisar a doação de órgãos com base em uma praxiografia realizada no Hospital X, localizado na cidade de São Paulo. A praxiografia é, segundo Mol

(2002), um tipo de etnografia que concebe, além de significados e perspectivas, a amplitude dos agentes envolvidos e das materialidades mobilizadas para a construção das realidades. A escolha dessa metodologia e da teoria sobre realidades múltiplas de Mol se deve à possibilidade de, por meio dela, compreender aspectos (como as materialidades e as ações envolvidas) nem sempre observados nas análises sobre doação de órgãos no Brasil.

Um ponto merece ser destacado na proposta de Mol: a realidade múltipla não está fragmentada. Mesmo que seja múltipla, suas versões ficam juntas, ela depende de todas as suas partes para formar uma categoria única. Para isso, algumas questões surgem: como isso é alcançado? Como se relacionam as diferentes doações de órgãos? Como se somam, se juntam?

Metodologia

Este artigo é parte dos resultados da praxiografia realizada pela primeira autora deste texto no Hospital X entre janeiro e dezembro de 2018, por meio de acompanhamento diário da rotina da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), observação participante e entrevistas. O texto busca registrar como eram performadas (*enacted*) as múltiplas versões de doação de órgãos e a forma como elas se conectavam e por vezes interferiam umas nas outras, o que se mostrou essencial para entender essa prática da medicina moderna e seus desdobramentos.

Para isso, adota-se aqui o conceito de realidade múltipla definido por Mol (2002) em seu livro *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, em que ela defende que a realidade não é dada *a priori*, mas é moldada ao longo das práticas e de diferentes agentes. Interessada em pesquisar a aterosclerose, essa filósofa holandesa resolve percorrer vários setores do Hospital Z para acompanhar o diagnóstico e o tratamento de pessoas com aterosclerose nos vasos das pernas. A partir de então, constrói uma narrativa sobre a dinâmica da doença, como ela é modelada e manipulada por diferentes práticas e agentes (Mol, 2002; Rangel, 2010).

Durante a praxiografia no Hospital Z, Mol observa não só o que as pessoas pensam a respeito do seu objeto de estudo, mas também a maneira como fazem, a razão por que fazem e as materialidades que movem para fazer a aterosclerose. Ao longo de suas descrições, é possível perceber que, se os objetos são efeitos de práticas, diferentes práticas fazem variados objetos. Mol alerta, então, que essas versões não se desconectam; pelo contrário, conectam-se entre si e caminham juntas sob a denominação de sua categoria única, aterosclerose (Martin et al., 2018; Quintais, 2007; Silva, 2016). Assim, ao fazer uso da praxiografia — método de pesquisa, vale insistir, atento à multipli-

cidade —, Mol não considera apenas os significados que médicos e pacientes atribuem à aterosclerose, mas enfatiza, também, a colaboração entre eles e as materialidades que utilizam para performar seus objetos (Cordeiro e Spink, 2013; Martin et al., 2018; Mol, 2002; Rangel, 2010; Posses et al., 2019).

Com base nesse referencial teórico, os objetivos deste artigo foram os de descrever e analisar: (i) as práticas e materialidades no processo de doação de órgãos no Hospital X; (ii) a doação de órgãos, que é a própria prática médica, cuja temporalidade produz um ato que possibilita uma terapêutica, o transplante de órgãos; (iii) a performatização da prática — ou de um conjunto coordenado de práticas — de doação de órgãos.

A doação de órgãos é definida pelas normatizações da medicina como um conjunto de procedimentos que transformam um potencial doador em um doador efetivo (Souza et al., 2020). O processo de doação inicia-se com a identificação de um caso de morte encefálica e é concluído com a efetivação do transplante. Assim, a doação de órgãos não é uma doença, é um processo, um ato, e a coordenação, nesse caso, fica a cargo dos múltiplos acontecimentos, que, coordenados, tornam a categoria “doação de órgãos” única e efetiva.

Ao longo da próxima seção deste texto, os interlocutores serão identificados por pseudônimos para garantir o anonimato e a confidencialidade deles. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, pelo Parecer 2.124.126, de 19 de junho de 2017.

Resultados e discussão

O que é a doação de órgãos? Embora o verbo “ser” aqui empregado pareça estabelecer a doação de órgãos como algo estável e como dada em si em todos os lugares, em realidade, trata-se de um evento situado. Para Mol, não se pode mapear um campo total, mas tentar seguir as práticas pelos caminhos que estas vão trilhando e procurar vínculos e conexões entre elas (Mol, 2002). Bruno Latour (2005) complementa essa ideia ao defender que as práticas não estão em todos os lugares, estão em algum lugar.

Assim, ao falar sobre doação de órgãos em hospitais, pode parecer que se está tratando de um protocolo médico único, comum a todos os lugares. Porém, se mudam os sujeitos, conseqüentemente também se alteram as práticas e as versões. Afinal, vale insistir, uma “prática” nunca acontece em todos os lugares, mas em um determinado local (Mol, 2002). Dessa forma, torna-se, então, imprescindível começar essa descrição pelo Hospital X, cenário desta pesquisa.

O Hospital X, referência em atendimentos de trauma, está localizado no Estado de São Paulo. Além de sua prestação de serviços na área de assistência à saúde, é também um importante centro de ensino e pesquisa. No âmbito da doação e transplante de órgãos, conta com a assessoria de uma Organização de Procura de Órgãos (OPO) e, desde 2016, com uma CIHDOTT III, classificada assim uma vez que o Hospital X é um estabelecimento de saúde com mais de mil óbitos por ano (Portaria nº 2.600, 2009).

A equipe da CIHDOTT é composta por Rosa, enfermeira com regime de dedicação exclusiva à comissão, e pela Dra. Ana, médica intensivista, que não só coordena essa Comissão, mas também a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital X.

Para descrever as versões da doação de órgãos, é necessário acompanhar o desenrolar de um processo de doação, desde a identificação de um caso de morte encefálica até a captação efetiva dos órgãos. Embora tenha sido selecionada uma história entre muitas, convém ressaltar que os casos de não doação também foram acompanhados até a preparação do corpo para devolução à família.

O processo que vai ser descrito envolve tanto as pessoas e a relação entre elas quanto as instituições e seu funcionamento; é uma história sobre práticas e eventos. São esboços de cenas separadas, mas justapostas entre si ou em contraste. O importante, nessas cenas, é que são constituídas e desempenhadas por pessoas, bem como por coisas, palavras, mãos, olhos, tecnologias, como também por recursos organizacionais, ingredientes heterogêneos que, juntos, falam sobre a doação de órgãos. O enfoque não se direciona para as perspectivas de pacientes ou médicos, mas sobre a própria prática de doação de órgãos. Vamos ao processo de doação.

A narrativa a seguir foi retirada do prontuário médico de uma paciente.

MSC, 45 anos (nascimento: 11/09/1972), negra, ensino médio completo, residência na Vila Jacuí, zona leste do município de São Paulo (SP). Abertura do prontuário em 18/07/2018: paciente com história de cefaleia, náuseas, vômito, vertigem e desequilíbrio há mais de um mês. Realizada angiografia e constatada presença de dilatação vascular da artéria carótida interna esquerda ao nível do seguimento oftálmico. Paciente consciente, orientada, sem déficits motores. (Entrada de diário de campo, agosto de 2018)

03/08/2018 — 18:56: Paciente retornou do centro cirúrgico (CC) com pupilas anisocóricas e retornou para o CC para uma craniectomia descompressiva mais passagem de DVE (derivação ventricular externa) apenas para aferir valor de PIC — pressão intracraniana. (Entrada de diário de campo, agosto de 2018).

04/08/2018 — 09:00: Após craniectomia, paciente mantém sinais e sintomas importantes de HIC (hipertensão intracraniana) com anisocoria importante, apesar de medidas clínicas. (Entrada de diário de campo, agosto de 2018)

05/08/2018: Instabilidade hemodinâmica com necessidade de vasopressor. Evoluindo com extinção dos reflexos de tronco. Sedação suspensa para abertura do protocolo de morte encefálica. Tiopental desligado às 22:00, fentanil às 8:30 e propofol às 22:00. Não apresenta resposta neurológica a estímulos dolorosos. Glasgow 3. (Entrada de diário de campo, agosto de 2018)

Como se nota, descreve várias práticas, atos, que, coordenadas, formam a categoria única da doação de órgãos.

Retomando, no entanto, a descrição do processo de doação: após ser detectada a ausência de reflexos de tronco, toda sedação é suspensa para que se descarte qualquer possibilidade de que a falta dos reflexos ocorra em decorrência dos medicamentos. Ao mesmo tempo, a comissão intra-hospitalar é informada da abertura do protocolo, que, por uma espécie de cadeia de transmissão de informações, comunica imediatamente a OPO; posteriormente, a Central Estadual de Transplantes (CET) também é acionada. O protocolo é iniciado após a metabolização total, pelo organismo da paciente, dos medicamentos usados para sedação. Cada um deles tem uma quantidade de horas específica a ser respeitada.

Às 14h30, do dia 7 de agosto de 2018, após mais de 16 horas da suspensão do Tiopental, a equipe inicia o primeiro exame clínico do protocolo para o diagnóstico de morte encefálica. Estão presentes o médico residente, Thiago, que irá realizar o exame, e mais alguns colegas de residência: a fisioterapeuta, a enfermeira responsável pela UTI e Rosa, já apresentada anteriormente, acompanhada por alguns alunos da residência multidisciplinar. Antes de começar os exames, Dr. Thiago chama a paciente pelo nome, aperta uma caneta contra o leito de sua unha, não sendo constatada qualquer reação. Confirma-se então que a paciente mantém Glasgow 3. Inicia-se o protocolo de morte encefálica, conforme preconiza a Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017, do Conselho Federal de Medicina. Informada, a família preferiu não estar presente.

Dr. Thiago inicia o exame avaliando o reflexo fotomotor da paciente. Com a ajuda da lanterna de seu celular, segura a pálpebra do olho direito da paciente aberta e joga a luz diretamente sobre ele para verificar se a pupila se contrai. Nenhuma reação é detectada. O mesmo teste é realizado no outro olho, sem qualquer reação. Enquanto realiza os testes, ele vai explicando aos seus colegas residentes o que o teste significa e o que deve acontecer se a paciente não estiver em morte encefálica.

É interessante destacar aqui como o conceito de morte encefálica é ambíguo o tempo todo. Todos os profissionais envolvidos se referem à pessoa submetida ao protocolo de morte encefálica como “paciente” — termo atribuído a alguém que ainda espera por cuidados médicos —, mas afirmam que essa paciente “está” em morte encefálica. Seria, então, um “cadáver-vivo”? Essa ambiguidade também é relatada em outros trabalhos, como o de Juliana Macedo e Daniela Knauth (2015). Ao tomar emprestado de Lock (2000, p. 233) o termo “cadáver-vivo”, as autoras relatam a dificuldade que os próprios médicos ligados diretamente a esse contexto apontam por ocasião do diagnóstico da morte encefálica. O conceito de morte encefálica abala as representações da morte geralmente vinculadas ao coração ou a manifestações mais mecânicas como a respiração ou movimentos. É justamente nesse ponto que o paradoxo da morte encefálica se estabelece, uma vez que a morte sempre esteve ligada à falência do coração e, nesse caso, é esse sinal vital que deve ser mantido até a captação do órgão (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 4, 2017; Aredes et al., 2018; Crowley-Matoka e Lock, 2006; Macedo, 2016; Pons e Íñiguez-Rueda, 2014; Vargas e Ramos, 2006).

Voltando ao processo de comprovação da morte cerebral da paciente, a equipe iniciou o segundo teste, o do reflexo córneo-palpebral. Enquanto um dos colegas do Dr. Thiago mantém a pálpebra da paciente aberta, ele pinga algumas gotas de soro fisiológico no olho direito, para observar se ela pisca. Nada acontece. O mesmo procedimento é realizado no olho esquerdo. Logo após, ambos os médicos residentes seguram a cabeça da paciente ao mesmo tempo que mantêm suas pálpebras abertas. Com movimentos firmes, mas delicados, Thiago movimentava a cabeça da paciente de um lado para o outro. O reflexo oculocefálico é então testado.

As pessoas que acompanham o exame, principalmente as que o presenciam pela primeira vez, parecem se sentir um pouco incomodadas. Algumas verbalizações também colaboram para aquela sensação e expressam mais uma vez a ambiguidade da morte encefálica. Aquela “paciente” tem a aparência semelhante aos demais enfermos da UTI. Assim que se abrem as cortinas que separam os leitos, se vê uma paciente deitada de costas, coberta, entubada, recebendo soro e medicamentos intravenosos. Está quente, corada. “Respira”, porque seu peito sobe e desce. O monitor ao lado da cama marca seus batimentos cardíacos. A pressão sanguínea, a temperatura e a oxigenação também aparecem naquela tela. Todos os cuidados estão sendo prestados àquela paciente. Dão-lhe banho no leito, o coletor de urina está cheio. Familiares seguram sua mão, acariciam sua cabeça e a atualizam sobre os últimos acontecimentos familiares, pedem por sua recuperação e comentam sobre sua personalidade, sobre seu local de trabalho. Mas quando o médico testa esse reflexo, nesse exato minuto, a vida que parecia ali existir se esvai rapidamente. “Que sensação terrível. É como virar a cabeça de

uma boneca” (Entrada de diário de campo, agosto de 2018). A “nova morte” (Macedo, 2016, p. 33) toma forma, e o desconforto que ela causa se estampa nas feições de toda equipe que acompanha os procedimentos.

Em seguida, a equipe vai testar o reflexo vestibulo-calórico. Para isso, a enfermeira prepara o material a ser utilizado: uma cuba rim, duas bolsas pequenas de soro fisiológico gelado, duas seringas de 50 ml e um cateter bem fino. Ela enche as duas seringas com o soro e encaixa o cateter em sua ponta, já que as seringas são muito grossas e podem machucar o paciente durante o exame. O leito é ajustado da melhor forma para a realização do exame. A cuba rim é posta abaixo da orelha da paciente. Um médico segura as pálpebras abertas, um cateter é inserido no ouvido direito, e o soro é injetado “nem muito rápido, mas também não tão devagar” (Entrada de diário de campo, agosto de 2018), segundo as recomendações do Dr. Thiago. Todos observam se a paciente apresenta qualquer movimento ocular, mas nada é identificado. Após o intervalo recomendado, realizam o mesmo teste no ouvido esquerdo e, novamente, nenhum movimento é observado. Até agora tudo é compatível com morte encefálica.

Chega a hora de o reflexo de tosse ser testado. Embora sua ausência já tenha sido detectada por toda equipe, o que os levaram a suspeitar do diagnóstico de morte encefálica, é necessário que o procedimento seja refeito pelo fisioterapeuta, que insere uma cânula de aspiração no tubo orotraqueal da paciente e faz os movimentos de aspiração. Nenhuma reação de tosse ou vômito é observada.

Com todos os reflexos ausentes, o primeiro exame clínico é tido como compatível com morte encefálica. “Agora vamos esperar no mínimo uma hora e outro médico vai realizar o 2º exame, exatamente como fizemos esse. Mas, antes disso, vamos realizar o teste de apneia ok?” (Entrada de diário de campo, agosto de 2018), diz Dr. Thiago na ocasião. Começam então os preparativos. Dentro de uma cuba rim, uma enfermeira traz gazes com álcool e uma seringa própria para realização da gasometria. Enquanto isso, o fisioterapeuta ajusta o ventilador mecânico para que seja ofertado à paciente 100% de oxigênio. Com a gaze embebida em álcool, faz-se a assepsia do braço da paciente, em que será coletado o sangue para gasometria basal. Com a ajuda da enfermeira, Dr. Thiago coleta sangue arterial da paciente com a seringa apropriada e imediatamente um de seus colegas a leva até a máquina que faz a leitura do exame. Nela existe um lugar específico onde a seringa com o sangue coletado é encaixada, mas, antes disso, por meio de um painel de *touch*, o número do prontuário eletrônico da paciente é inserido no sistema de análise de gases, e todos os dados são “puxados”. Começa a leitura da gasometria; no final, um apito é emitido, e um pequeno papel é impresso: o valor da PaCO₂ (pressão parcial de dióxido de carbono) é 45 mmHg.

Ao mesmo tempo, a paciente é descoberta, e seu tórax é deixado à mostra. O fisioterapeuta desconecta a paciente do ventilador mecânico e insere um cateter de oxigênio no tubo orotraqueal com o fluxo de oxigênio mínimo, de 06l/min, necessário para que, caso a paciente não esteja em morte encefálica, não ocorra nenhum dano em seus tecidos. Todos então observam rigorosamente, durante dez minutos, a existência de qualquer movimento respiratório. No entanto, nada: a paciente não apresenta nenhum movimento respiratório. Atentos a todos esses movimentos e práticas, todos os presentes verificam apenas as batidas de seu coração. Rapidamente uma nova gasometria é coletada pelo Dr. Thiago, o ventilador mecânico é reconectado à paciente, e seu peito é coberto. Novamente, a seringa contendo sangue arterial é levada até o analisador de gases no sangue. O resultado é impresso e a PaCO₂ é 80 mmHg, compatível com morte encefálica.

A morte, então, surge numa combinação de exames, procedimentos, seringas, a lanterna de um celular, um pedaço de papel, máquinas, monitores, medicamentos, soro gelado, materiais, saberes, especialidades. Várias heterogenias, que, coordenadas, encenam o que é a morte encefálica e, com ela, uma das versões da doação de órgãos.

Enquanto aguarda pela realização do segundo exame clínico, Rosa, a enfermeira da CIDOHTT, comunica à OPO e dá início ao preenchimento de vários documentos, conforme é definido pela Portaria de Consolidação n° 4, de 2017, e a Resolução SS n° 6, de 2019 (Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo). Tanto para a OPO quanto para a Central Estadual de Transplante, os dados básicos da paciente, o resultado de seus exames anteriores, os medicamentos utilizados, a causa do coma, entre muitas outras informações, serão de suma importância para determinar o histórico de saúde atual da paciente e para deliberar se aquela paciente está apta ou não à doação de órgãos.

Nesse mesmo dia, às 15h30, Dra. Marcela, residente de neurologia vascular do hospital, chega à UTI para realizar o doppler transcraniano, que avalia a velocidade do fluxo sanguíneo cerebral. Trata-se de um exame complementar exigido no protocolo para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica (Resolução n° 2.173 – Conselho Federal de Medicina, 2017). Ela traz consigo uma mesa de ferro branca, de rodinhas, contendo um notebook, o aparelho de doppler e um frasco contendo gel condutor. Ela se encaminha até o leito da paciente, acompanhada por Dr. Thiago, Rosa e seus residentes. Um breve histórico do paciente é apresentado por Dr. Thiago e o exame tem início.

Dra. Marcela coloca um aparelho com gel condutor em sua superfície na cabeça da paciente e, de maneira delicada, o desliza em movimentos circulares em regiões específicas do crânio (região temporal, orbitária e posterior). Por meio das janelas ósseas,

a médica avalia as artérias que formam o Polígono de Willis, em busca de qualquer sinal de fluxo sanguíneo cerebral. Enquanto ela movimentava o aparelho, uma imagem é projetada no notebook conectado ao doppler, e uma linha reta demonstra a ausência de fluxo sanguíneo cerebral, também compatível com morte encefálica. Ao finalizar o exame, Dra. Marcela leva os resultados até seus superiores para que eles aprovelem sua avaliação. Após confirmado o resultado do exame, ela preenche o protocolo em que registra “exame compatível com parada circulatória cerebral” (Entrada de diário de campo, agosto de 2018).

No final da tarde, o segundo exame clínico é realizado. Ele se dá exatamente como o primeiro, mas é realizado por outro médico. Todos os reflexos permanecem ausentes, e então o diagnóstico de morte encefálica é atestado. O médico que acompanha a paciente há mais tempo leva a família até uma pequena sala reservada para conversas entre os familiares e a equipe médica, em que o diagnóstico é informado à família. A partir desse momento, o processo de doação de órgãos vale-se de outros agentes, matérias e saberes.

Rosa assume então o protagonismo e dá início ao processo de transformar a potencial doadora em doadora efetiva. Ao entrar na sala onde estão os familiares da paciente (seu marido, sua irmã gêmea e uma amiga), a enfermeira se faz acompanhar por duas residentes. A sala é pequena, bem quente, mobiliada com apenas três cadeiras, destinadas à família, e uma mesa. Rosa se apresenta à família, sem dizer que é da CIDOHTT; apenas informa que é enfermeira da UTI, pois não quer “assustar” a família. Segundo ela, revelar seu vínculo com os protocolos de doação de órgãos pode gerar certa desconfiança nos familiares e um possível conflito de interesses. A não identificação de seu vínculo com a CIDOHTT a coloca em um “campo neutro”, explica.

Na entrevista com a família, Rosa questiona sobre o diagnóstico informado pelo médico, para verificar se realmente houve entendimento do que ele significa. A família concorda com um movimento de cabeça e diz que o médico já fez os devidos esclarecimentos. Ela ainda tenta explicar mais uma vez, com mais detalhes, mas eles estão ansiosos e parecem querer acabar logo com aquela conversa e seguir os próximos passos. A possibilidade de doação de órgãos é então exposta e rapidamente todos eles concordam. “É a vontade dela. Sempre deixou isso bem claro para todos” (Entrada de diário de campo, agosto de 2018), justifica a irmã.

Tendo em mãos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de doação de órgãos e tecidos, a equipe explica o processo de doação. Rosa faz então as seguintes informações: (i) a família tem o direito de escolher quais órgãos e tecidos serão ou não doados; (ii) nem a família e nem o hospital têm qualquer interferência ou conhecimen-

to do processo de escolha dos receptores dos órgãos; (iii) o tempo de cirurgia dependerá da quantidade de órgãos a serem retirados; (iv) os órgãos doados podem não ser captados por motivos de qualidade; (v) o tempo de devolução do corpo será determinado posteriormente; (vi) a família receberá uma ajuda financeira para o velório, para o custeio do caixão e para o traslado do corpo.

Depois dos esclarecimentos, a família da doadora opta por doar todos os órgãos sólidos apenas para fins de transplante; os tecidos e as córneas não poderão ser captados. O TCLE é então preenchido com os dados do doador e com o das duas testemunhas (o marido e a amiga). Rosa também tira uma cópia do documento de cada uma das testemunhas e da doadora, para formalizar a doação. Agradece aos familiares, deixa seu contato com eles, dispondo-se a tirar qualquer dúvida, a qualquer momento. Esclarece também que o aceite de doação pode ser retirado a qualquer momento antes do início da cirurgia. Ela também anota o telefone dos familiares para que possa avisá-los sobre o início e fim da cirurgia de captação. Ao final, pergunta se eles desejam ver o corpo antes da cirurgia, mas todos decidem ir embora dali e aguardar o velório para os ritos de despedida.

Após o consentimento da família, Rosa finaliza o preenchimento dos papéis necessários à doação e solicita aos médicos que acompanham o caso um novo exame de sangue, raio X do tórax e um eletrocardiograma. Depois, se encaminha até o doador e coleta sangue para os exames sorológicos e de histocompatibilidade; sinaliza os tubos com os dados do doador e os leva até a OPO, onde os exames serão processados. Agora se trata de um corpo-doador que deve ser manipulado de forma eficiente e rápida para a adequada retirada dos órgãos.

Com todos os dados e documentos do doador, além dos resultados dos exames sorológicos e de histocompatibilidade, a CET inicia os processos para localizar os possíveis receptores e as equipes transplantadoras. Por meio de um sistema computacional, os dados do doador são cruzados com os dados dos pacientes que estão na fila de espera; se houver compatibilidade entre eles, a equipe transplantadora responsável pelo paciente que apresenta compatibilidade com o doador é acionada. Caso a equipe aceite o órgão, o paciente que aguarda na fila é comunicado; se sua resposta também for positiva, dá-se início a todo o processo de transplante.

Encerra-se aqui o processo de uma parte da doação de órgãos que dará lugar aos procedimentos cirúrgicos de captação e transplante de órgãos. Como já foi exposto, diferente da pesquisa de Mol, este artigo se propôs a entender a performatização da própria prática ou de um conjunto de práticas. Assim, as descrições anteriores falam sobre diferentes práticas que, coordenadas, formam uma categoria única, que é a doação de

órgãos. Mesmo assumindo denominações diferentes ao longo do caminho, como é o caso da morte encefálica, ainda é uma prática que conduz à outra prática: a doação de órgãos.

Como as múltiplas versões da doação de órgãos se fundem em uma categoria única? Para Mol, a coordenação se dá em meio a avanços e recuos; utiliza-se a dúvida do outro sobre o processo em um movimento de consenso (Mol, 2002; Rangel, 2010). Por exemplo, a doação de órgãos praticada durante os exames clínicos descritos anteriormente é diferente daquela que se manifesta por meio do doppler transcraniano. Essa é diferente daquela encenada dentro da sala onde acontece a entrevista familiar, que é diferente da do centro cirúrgico. No entanto, todas elas se coordenam na medida em que é necessário se chegar a um fim comum: a doação efetiva do órgão.

Talvez seja importante, aqui, lembrar que a doação de órgãos se dá e só pode ser em um contexto de materialidades, tais como as descritas no decorrer deste artigo: monitores de sinais vitais, bombas de infusão, fármacos, gasometria, eletroencefalograma, doppler transcranial, seringas, tubos para coleta de sangue, instrumentais cirúrgicos, cubas inoxidáveis, soluções de conservação, caixas térmicas, entre outros. Além disso, diversos agentes performam a doação de órgãos, profissionais de saúde e exames clínicos, exames de gasometria, entrevistas com a família. Profissionais externos ao hospital avaliam sinais de fluxo cerebral durante o doppler transcraniano. A família e suas reações diante dos fatos. Profissionais atuam no ato cirúrgico, quando os órgãos são colocados dentro de sacos plásticos contendo gelo e solução para conservação e, por conseguinte, quando são acondicionados dentro das caixas térmicas. Procedimentos, protocolos, profissionais, materiais agem conjuntamente para que a doação possa ocorrer. Evidentemente, apesar de uma produção em comum, há, como salientado, diferentes versões da doação de órgãos. Talvez, a mais significativa esteja relacionada as ações e percepções da família diante da morte encefálica; as disjunções do corpo e o paradoxo entre os “sinais” que apresenta, mesmo estando sem vida. Tais disjunções são explicitadas tanto nas entrevistas com os familiares, como, ainda, na execução do doppler transcraniano.

Considerações finais

Neste artigo, por meio de uma praxiografia no Hospital X, ao identificar e descrever as diferentes versões da doação de órgãos performadas, percebe-se a multiplicidade adquirida por essa prática à medida que é efetuada por materialidades e manipulada por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos residentes) e por familiares da doadora. Nesse contexto, a doação de órgãos surge como um produto

da concentração de diferentes práticas, medicamentos, exames, conversas e interpretações. No decorrer do texto, a busca foi a de descrever as práticas e materialidades no processo de doação de órgãos no Hospital X (a doação de órgãos, que é uma prática médica cuja temporalidade produz um ato que possibilita uma terapêutica, o transplante de órgãos) e registrar a performatização das práticas — ou de um conjunto coordenado de práticas — de doação de órgãos.

A doação de órgãos, vista como o resultado da coordenação de práticas e materialidades variadas, permite identificar a maneira como é performada e como suas diferentes versões se coordenam. Só assim se pode compreender a complexidade desse processo, em que se detectam pontos de tensão das interações entre as diversas práticas etc., — como é o caso da morte encefálica. Depois do exposto, cabe reconhecer como os processos de coordenação podem atuar com precisão e favorecer a prática de doação de órgãos. Evidentemente, trata-se de uma pesquisa com limites precisos e que não pode ser generalizada. A pesquisa também não conseguiu acompanhar outras dimensões do processo, como, por exemplo, a circulação e distribuição dos órgãos entre hospitais e serviços de saúde.

A realidade, então, não precede as práticas, mas, outrossim, é *enacted* por elas, ao transpor fronteiras entre as diferentes ciências. Não estaria esse fato destacando a importância da interdisciplinaridade, ou melhor, da relevância de um achado que transcenda os fundamentos das disciplinas da forma como são conhecidas?

Quando as mais variadas práticas produzem versões de um mesmo objeto, a diversidade entre elas — em termos de importância ou de precisão — torna-se uma questão menor diante da colaboração entre esses agentes na formação de uma única doença que comporta todas as versões. Tal dimensão é realçada ainda mais quando se trata da doação de órgãos, ou seja, quando se aborda a própria prática médica cuja temporalidade produz um ato que possibilita uma terapêutica (o transplante de órgãos).

Assim, talvez um dos aspectos mais importantes do uso da praxiologia para compreender uma prática, como a relatada neste artigo, esteja em deixar de enfatizar a *diferença* de significados que os agentes envolvidos atribuem a ela e em passar a valorizar mais a *colaboração* entre eles. Está aí um desafio para a biomedicina e para as ciências sociais.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — Brasil (CAPES) — Código de Financiamento 001.

Referências

- Anexo I da *Portaria de Consolidação nº 4*, de 28 de setembro de 2017. (2017, 28 de setembro). Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, 2017. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/z/zika-virus/publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-4-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>
- Aredes, Janaína S.; Firmo, Josélia O. A. & Giacomini, Karla Cristina (2018). A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. *Cad Saúde Pública*, 34(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061718>
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2023). *Registro brasileiro de transplante janeiro/setembro 2023*. <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/12/rbt2023-3trim-naoassociados.pdf>
- Bendassolli, Pedro Fernando (2000). Do lugar do corpo ao não-lugar da doação de órgãos. *Psicol. Reflex. Crit*, 13(1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000100015>
- Bitencourt, Almir G. V.; Neves, Flávia B. C. S.; Durães, Larissa; Nascimento, Diego T.; Neves, Nedy M. B. C.; Torreão, Lara de Araújo & Agareno, Sydney (2007). Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. *RBTI*, 19(2), 144-150. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200002>
- Conselho Federal de Medicina (2017, 23 de novembro). *Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica*. Diário Oficial da União. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
- Cordeiro, Mariana P. & Spink, Mary Jane P. (2013). Por uma psicologia social não perspectivista: contribuições de Annemarie Mol. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 338-356. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000300003
- Crowley-Matoka, Megan & Lock, Margaret (2006). Organ transplantation in a globalised world. *Mortality*, 11(2), 166-181. <https://doi.org/10.1080/13576270600615310>
- De-Souza, Camila C.; Do-Nascimento, Elisa K. K.; De-Quadros, Alexander; Dellanese, Amanda P. F.; Lysakowski, Simone & Fernandes, Morgana, T. C. (2020). Conhecimento da população brasileira acerca da doação de órgãos e tecidos para transplantes. *REAS/EJCH*, (56), 1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e4471.2020>
- Freire, Izaura L. S. (2013). *Fatores associados à efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Garcia, Valter D.; Vitola, Santo P. & Pereira, Japão D. (2015). História dos transplantes. Em: Clotilde Druck Garcia; Japão Drose Pereira & Valter Duro Garcia (Orgs.), *Doação e transplante de órgãos e tecidos* (pp. 1-22). Segmento Farma.
- Jasper, Vitor (2016). *Como pode um fígado fazer tudo isso? Estudo antropológico em um serviço de transplante hepático*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Jasper, Vitor (2021). Entre experimentos, controvérsias e invisibilidades: a constituição do transplante de órgãos como prática terapêutica. *ILHA – Revista de Antropologia*, 23(3), 176-196. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2021.e77278>
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
- Lazzaretti, Claire T. (2007). Dádiva da contemporaneidade: doação de órgãos em transplantes intervivos. *Epistemo-somática*, 4(1), 50-61. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1980-20052007000100005&lng=pt&nrm=isso
- Lock, Margaret (2000). On Dying Twice: culture, technology and the determination of death. Em: Margaret Lock; Allan Young & Alberto Cambrosio (Eds.), *Living and Working the Next Medical Technologies* (pp. 233-262). Cambridge University Press.
- Lock, Margaret (2002). *Twice dead: Organ transplants and the reinvention of death*. University of California Press.
- Macedo, Juliana L. (2016). As regras do jogo da morte encefálica. *Rev Antropol*, 59(2), 32-58. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2016.121932>
- Macedo, Juliana L. & Knauth, Daniela R. (2015). Nem lá, nem aqui: as ambiguidades da morte encefálica. Em: Cecília Anne McCallum & Fabíola Rohden (Orgs.), *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções* (pp. 111-130). ABA publicações.
- Marini, Marisol (2018). *Corpos biônicos e órgãos intercambiáveis: a produção de saberes e práticas sobre corações não-humanos*. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo.
- Marini, Marisol (2020). Desafios em torno do sangue na produção de corações artificiais. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 7(14), 55-76. <https://doi.org/10.48074/aceno.v7i14.9591>
- Marini, Marisol (2021). A atuação da imaginação no desenvolvimento de corações artificiais: por uma compreensão da corporificação e partilha da imaginação. *Mana*, 27(2), 1-32. <https://doi.org/10.1590/1678-49442021v27n2a207>
- Martin, Denise; Spink, Mary Jane & Pereira, Pedro Paulo G. (2018). Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. *Interface*, 22(64), 295-305. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>
- Ministério da Saúde. (s.d.). *Sistema Nacional de Transplantes*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/transplantes>
- Ministério da Saúde (2018). *Brasil aumenta doação de órgãos e bate recorde em transplantes*.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/brasil-aumenta-doacao-de-orgaos-e-bate-recorde-em-transplantes>

- Mol, Annemarie (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Moreira, Dalria L. S.; Bresinski, Marcia R.; Canzian, Carla Aparecida T.; Ribeiro, Geudicéia; Piovezan, Gabriela V. O. & Nunes, Marcos Antonius da C. (2020). Política pública de transplante de órgãos no Brasil. *REAS/EJCH*, 12(12), 1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e5062.2020>
- Pons, Gemma Flores & Íñiguez-Rueda, Lupicinio (2014). Liminalidad, sensibilidad y simetría en la investigación: difracciones metodológicas en el estudio de la muerte encefálica. *Athenea Digital*, 14(3), 49-78. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1238>
- Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. (2009, 21 de outubro). Aprova o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União 2009. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
- Posses, Isabela P. P.; Matsue, Regina & Pereira, Pedro Paulo G. (2019). Tuberculose múltipla: uma praxiografia no Instituto Clemente Ferreira, de São Paulo, SP, Brasil. *Interface*, 23, 1-14. <https://doi.org/10.1590/Interface.180360>
- Quintais, Luís (2007). Resenha de: Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. *CIAS – Centro de Investigação em Antropologia e Saúde*, 24, 191-201. http://dx.doi.org/10.14195/2182-7982_25_13
- Quintana, Alberto Manuel & Arpini, Dorian Mônica (2009). Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de Psicologia*, 130, 91-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0006-59432009000100008
- Rangel, Vanessa Maia (2010). Como se constrói um corpo múltiplo: a praxiografia de um cenário médico contemporâneo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 325-328. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100017>
- Santos, Marcelo José dos & Massarollo, Maria Cristina K. B. (2005). Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(3), 382-387. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300013>
- Scheper-Huges, Nancy (2014). A tirania e o terror da dádiva: a violência sacrificial e o dom da vida. *Revista Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*, 3(5), 1-22. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/18989>
- Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (2019, 08 de fevereiro). *Resolução SS nº 6, de 08 de fevereiro de 2019. Dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo*. Diário Oficial Estado de São Paulo.
- Sharp, Lesley A. (1995). Organ transplantation as transformative experience: Anthropological insights into the restructuring of self. *Medical Anthropology Quarterly*, 9, 357-389. <https://doi.org/10.1525/maq.1995.9.3.02a00050>
- Sharp, Lesley A. (2000). The commodification of the body and its parts. *Annual Review of Anthropology*, 29, 287-328. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.29.1.287>

- Silva, Ana Cláudia R. (2016). Políticas ontológicas e realidades múltiplas: a doença falciforme performada na prática. *Antropológicas*, 27(2), 169-195. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaantropologicas/article/view/24027>
- Silva, Dnyelle S.; Bousfield, Andréa Barbará S. & Da-Silva, Caroliny D. (2019). Representações sociais da doação de órgãos para estudantes universitários: dimensões e tensões. *Psicol. Pesqui*, 13(3), 193-211. <http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2019.v13.27258>
- Silva, Dnyelle. S. (2019). *Representações sociais de corpo e da doação de órgãos*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Stancioli, Brunello; Carvalho, Nara P.; Ribeiro, Daniel M. & Lara, Mariana A. (2011). O Sistema Nacional de Transplantes: saúde e autonomia em discussão. *Revista de Direito Sanitário*, 11(3), 123-154. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v11i3p123-154>
- Vargas, Mara A. & Ramos, Flávia Regina S. (2006). A Morte Cerebral como o Presente para a Vida: Explorando Práticas Culturais Contemporâneas. *Texto Contexto Enferm*, 15(1), 137-145. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100017>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)