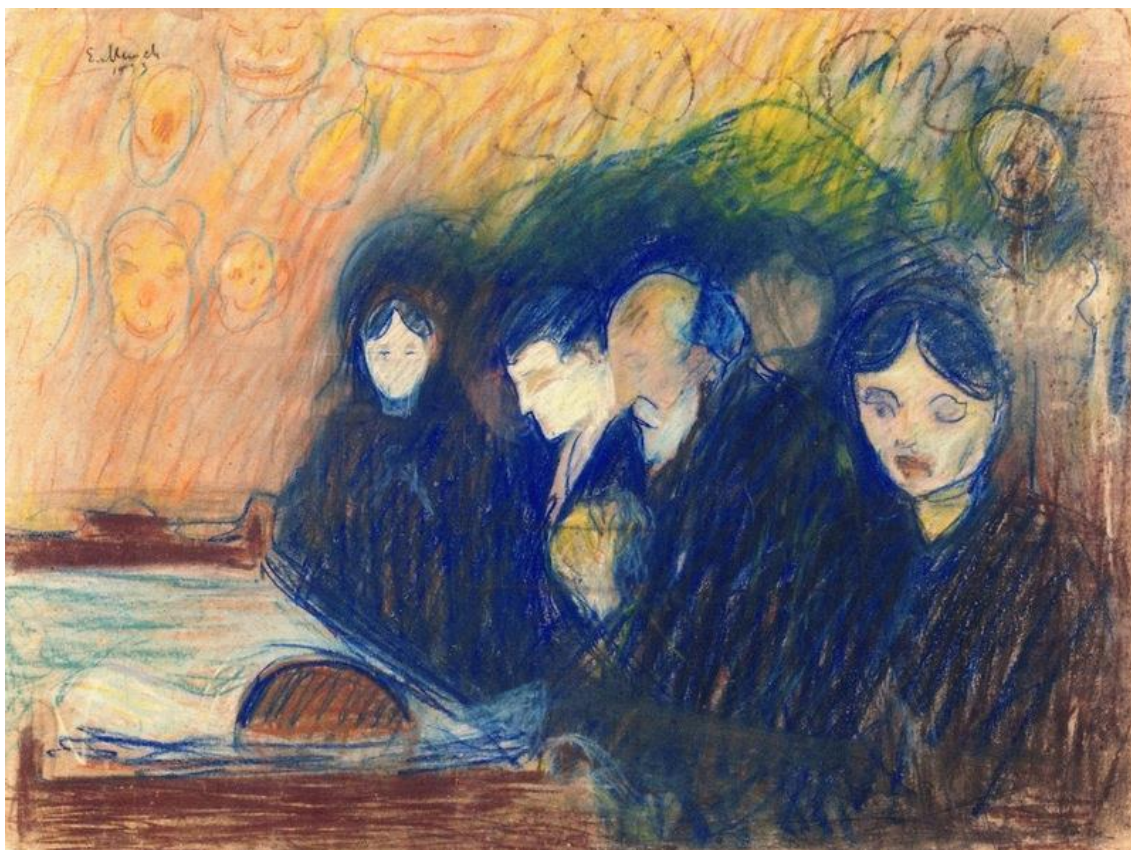


Morrer como uma relação social: uma revisão sociológica dos debates sobre determinação da morte¹



Edvard Munch – *By the Deathbed, Fever*, 1893

Fonte: <https://theartstack.com/artist/edvard-munch/deathbed-fever-1893>

Por Allan Kellehear

Tradução: Lucas Faial Soneghet

Introdução

A determinação científica da morte permanece marcada por controvérsia, confusão e crítica. Podemos apontar a origem de grande parte dessa perturbação profissional nas objeções filosóficas e biomédicas quanto a definição de morte cerebral, seus critérios ou testes para estabelecê-la. Para complicar a questão, a dominância de perspectivas filosóficas enfatizou noções associadas de “pessoa”² que não refletem as realidades culturais e interpessoais no leito de

¹ Fonte: KELLEHEAR, Allan. Dying as a social relationship: A sociological review of debates on the determination of death. *Social Science & Medicine*, v. 66, n. 7, p. 1533-1544, 2008.

² *Personhood* no original. N. do T. Adotarei o termo “pessoa” para traduzir “personhood” ao longo desse texto.

morte. A dificuldade de aceitar definições clínicas de morte cerebral em todas as suas versões diferentes, da parte do público geral e das famílias, é geralmente atribuída a sua “confusão” a respeito da “aparência visual” real da morte. A resistência a própria ideia de morte cerebral, não simplesmente em países como o Japão, mas também nos EUA, Inglaterra e outras nações europeias, é constantemente explicada em termos de diferenças religiosas, ignorância ou uma questão de consciência. Ao longo desse tempo, houve pouca ou nenhuma evidência de um diálogo entre estudantes do morrer em áreas cognatas como o hospice, eutanásia, cuidado de idosos ou estudo do luto, e todos os pesquisadores no campo da determinação da morte. Também há reconhecimento mínimo do fato de que esses problemas não são simplesmente bioéticos ou biomédicos em natureza, mas são fundamentalmente moldados e impulsionados por uma série de influências sociológicas.

O objetivo desse texto é chamar atenção para tal conjunto de influências gravemente ignorado e demonstrar que perspectivas sociológicas sobre morrer e determinação de morte são cruciais, não somente para entender padrões atuais e passados de discordância, mas também para desenvolver políticas de saúde mais inclusivas no futuro. Esse artigo é uma contribuição para restaurar o equilíbrio e superar a ênfase neurobiológica e bioética no campo de pesquisas e na literatura sobre determinação de morte. Argumentarei que, ao ignorar um fato sociológico simples – morrer como uma relação social –, também ignoramos a razão mais importante para a incompletude de formulações biomédicas e filosóficas sobre morte cerebral, que as torna sujeitas a resistência e discordância.

Na primeira parte do artigo, revisarei brevemente a história do debate sobre morte cerebral chamando atenção para a diversidade de suas objeções clínicas, filosóficas e sociológicas. A segunda metade do artigo apresenta uma descrição crítica da imagem associal da pessoa morrente, tão frequentemente encontrada no centro das pesquisas e discussões contemporâneas sobre determinação da morte. Demonstrarei a base sociológica da suposta “confusão pública” em relação a conceitos de morte cerebral, chamando atenção para o contraste agudo entre ideias sociais publicamente sustentadas sobre morrer e a visão solitária do morrer tão comumente assumida pela literatura acadêmica corrente sobre determinação da morte.

Determinando a morte: uma breve história

Durante a maior parte da história humana, determinar a morte para seres humanos não foi diferente de determinar a morte de animais – uma coisa vivente caiu e não se moveu novamente. As diferenças entre o momento de insensibilidade e o momento da morte se embaralham porque a determinação se baseava no comportamento observado (boca aberta, cessação de movimento, etc.) e não numa consideração de estados fisiológicos (Knudsen, 2005). Depois que uma pessoa “caía”, a morte era determinada gradualmente (Lock, 1996: 579), enquanto observadores procuravam pelos sinais típicos como rigor mortis (enrijecimento do corpo), livor mortis (descoloração do corpo) ou algor mortis (mudança nos olhos). Eventualmente, a putrefação ou invasão de vermes ocorre (Gorman, 1985).

Há pouco tempo, falha cardiovascular e cessação da respiração eram considerados critérios igualmente confiáveis e rápidos para afirmar a chegada da morte. Os sinais mais antigos tomavam mais tempo e eram pouco agradáveis para os membros familiares que os observassem. Até a década de 1960, observações da cessação de funções cardiovasculares e respiratórias eram o jeito principal de diagnosticar a morte (Waisel e Truog, 1997: 683) e continuam a ser sinais cardiais até hoje em situações fora do hospital (Crimmins, 1993; Knudsen, 2005: 43; Poppe e Bottinger, 2006; Robinson, Murphy e Jacobs, 2003). Apesar desses critérios, o interesse em determinar a morte através do emprego de critérios de morte cerebral vem crescendo firmemente nos últimos séculos.

Aparentemente, a primeira pessoa a defender a ideia de morte cerebral foi Moses Maimonides (1135-1204), que teorizou a respeito dos movimentos súbitos em humanos decapitados. Ele argumentou que esses movimentos não representavam “vida” ou “controle centralizado” (Laureys, 2005). Algum tempo depois, teorias sobre morte cerebral do século XIX foram derivadas de teorias sobre pressão intracranial e sua aparente relação causal com paradas respiratórias (Settergren, 2003). Em 1959, os neurologistas franceses Mollaret e Goulon identificaram um coma particularmente profundo e aparentemente irreversível que descreveram como “coma depasse” (Laureys, 2005: 899). Em 1968, a combinação de desenvolvimentos na tecnologia de cuidado intensivo com o interesse crescente em cirurgia de transplante de órgãos humanos levou a escola

de medicina em Harvard a criar um comitê *ad hoc* para desenvolver novos critérios para morte que correspondessem à complexidade e às implicações biológicas desses desenvolvimentos (Gioacomini, 1997). Estas deliberações de Harvard foram historicamente significativas porque a formulação de morte cerebral desenvolvida por seu comitê *ad hoc* estabeleceu os critérios básicos a partir do qual todas as revisões e debates subsequentes derivaram.

Outras mudanças profissionais e legislativas ocorreram em defesa de uma ou outra definição de morte cerebral desde então. Nos EUA, o Relatório da Comissão do Presidente³ (1981) em “Definindo a Morte⁴” e o Ato Uniforme de Determinação da Morte⁵ acordaram uma definição de morte do “cérebro inteiro” (Truog e Fletcher, 1990). No Reino Unido, a Conferência de Universidades Médicas Reais⁶ e suas Faculdades acordaram numa definição de morte pelo “tronco cerebral” (Sundin-Huard e Fahy, 2004). Mais de 80 países atualmente adotam uma ou outra dentre essas definições de morte cerebral (Bernat, 2005b).

O caminho clínico para a determinação da morte cerebral começa com o estado de coma. Dependendo da causa do coma e a extensão do dano cerebral, pacientes podem desenvolver síndrome de lock-in, um estado vegetativo, coma crônico ou morte cerebral (Laureys, Owen e Schiff, 2004). O dano cerebral começa alguns minutos após a cessação do fluxo de sangue para o cérebro (ver Bernat, 2004: 163) com destruição global das células cerebrais depois de 20-30 minutos. Morte de células cerebrais leva a edema cerebral difuso com um aumento resultante em volume intracraniano (e conseqüente aumento de pressão). A medida que a pressão aumenta no cofre craniano rígido, a pressão intracraniana excede a pressão do sangue fluindo para o cérebro e a circulação cessa. O conteúdo do cérebro então começa a herniar parcialmente no tronco cerebral.

Ao longo dessas mudanças fisiológicas, ocorrem outras mudanças no nível celular e molecular (na medula ventrolateral rostral) que criam um conflito danoso entre programas neurais “pró-vida” e “pró-morte”, com os últimos tornando-se dominantes (Chan, Chang e Chan, 2005). Tais processos, por sua vez, aceleram a

³ *President's Commission Report* no original, N. do T.

⁴ *Defining Death* no original, N. do T.

⁵ *Uniform Determination of Death Act* no original, N. do T.

⁶ *Conference of Medical Royal Colleges* no original, N. do T.

morte cerebral programada enquanto reposta à interrupção de nutrientes metabólicos vitais e em decorrência da vivência vicária de estresse (Vaux, 2002; Vaux e Korsmeyer, 1999). A morte do “cérebro inteiro” originalmente incluía os hemisférios cerebrais, tronco cerebral, cerebelo e espinha dorsal, mas a última foi excluída da definição quando se descobriu que a maioria das pessoas “mortas” mantém ou recuperam reflexos nessa área depois de pouco tempo (Truog e Fletcher, 1990: 204).

A determinação da morte do cérebro inteiro ou da morte do tronco cerebral envolve os mesmos princípios clínicos: avaliação do estado de coma, estabelecimento de apneia contínua e avaliação dos reflexos do tronco cerebral (Plum, 1999). Testes confirmatórios também ajudam. Tais testes incluem eletroencefalogramas (gravação dos sinais elétricos cerebrais espontâneos comuns), angiografia cerebral (injeção de contraste para exibir o fluxo de sangue cerebral), ultrassonografia Doppler transcraniana (imagem ultrassom), potenciais somatossensoriais evocados (gravação de sinais “evocados” ou “estimulados” no cérebro) e cintilografia (imagem nuclear) (Sundin-Huard e Fahy, 2004). Os critérios gerais para a morte são a cessação irreversível da circulação e respiração ou função cerebral irreversível (cérebro inteiro, ou seja, hemisférios cerebrais e tronco cerebral; ou tronco cerebral somente). Esses critérios não são confiáveis para avaliar recém-nascidos (Diamond, 1998).

Ainda há grande variabilidade nos critérios de morte cerebral apoiados academicamente ao redor do mundo, incluindo todo o sistema central nervoso, o cérebro inteiro, o tronco cerebral e a área do neocórtex/hemisfério cerebral (Facco e Machado, 2004). Inicialmente, o desenvolvimento da tecnologia de cuidado intensivo levou a um aumento na sobrevivência de pacientes com grave dano cerebral (Laureys et al., 2004), mas a incidência desses tipos de pacientes está diminuindo ou se estabilizando devido aos avanços em cuidados neurocríticos e a diminuição no número de acidentes de trânsito no mundo desenvolvido (Doig e Rocker, 2003).

Houve debate significativo sobre porque a morte cerebral foi escolhida como critério principal da morte ela mesma. Razões incluem o desejo de aliviar custos financeiros das famílias (Schlotzhauer e Liang, 2002), a pressão social para trazer alívio psicológico para as famílias dos doentes, liberar camas ou respiradores em

unidades de tratamento intensivo (UTI) (Pernick, 1999), e a remoção de bases para objeção da remoção de órgãos para transplante (Karakatsanis e Tsanakas, 2002). A demanda crescente por órgãos tem sido regularmente implicada em discussões sobre motivos para determinações de morte baseadas no cérebro (Bos, 2005; Doig e Rocker, 2003; Truog, 1997). Contra essa visão, Diamond (1998) rejeita qualquer sugestão de que o apoio para conceitos de morte cerebral resulta da conspiração de “raptadores de corpos”⁷, “ladrões de túmulos” e lobbies de transplante. Entretanto, Giacomini (1997) demonstrou, através de uma extensa análise documental dos arquivos da comissão ad hoc de Harvard em 1968, a influência poderosa exercida por lobbies de transplante dentro da comunidade médica da época.

Objecções clínicas, filosóficas e sociológicas

Nos 40 anos desde as deliberações do comitê de Harvard, objeções ao conceito de morte cerebral vieram rápido e em grande volume com nenhuma indicação de diminuição (ver Machado e Shewmon, 2004; Youngner, Arnold e Schapiro, 1999). Alguns autores argumentaram que as definições orgânicas de morte cerebral nunca substituirão definições culturais e sociais de morte (Gervais, 1989; Jones, 1998; Sass, 1992), e além disso, consciência não pode ser checada por testes médicos, logo, o diagnóstico da morte cerebral permanece uma hipótese não provada (Karakatsanis e Tsanakas, 2002: 140). A criação de uma divisão aguda entre vida e morte também tem sido chamada de artificial, visto que tal distinção não existe na natureza ela mesma (Halevy e Brody, 1993).

Bernat (2004) e Laureys (2005) afirmam seu desagrado com o termo “morte cerebral”, pois esse implica que há outros tipos de morte ou que somente o cérebro está morto nesses casos. Bernat (2004: 370) afirma também que a morte é “fundamentalmente” um fenômeno biológico, sendo todos os outros usos meramente “metafóricos”. As pessoas “devem estar” mortas ou vivas porque ninguém pode estar nos dois estados. Tais afirmações desconsideram uma diversidade de achados sobre entendimentos biológicos e sociais sobre a morte.

⁷ *Body-snatchers* no original, N. do T.

Por exemplo, muitos autores têm questionado a veracidade da morte cerebral mesmo quando todos os critérios foram verificados. A pergunta, “o cérebro está mesmo morto?”, parece apontar para muitas evidências que apoiariam um “não” decisivo (Banasiak e Lister, 2003; Karakatsanis e Tsanakas, 2002; Truog, 1997; Waisel e Truog, 1997; Samperetti, Bellomo, Defanti e Latronico, 2004). O trabalho de Vaux (2002) e Vaux e Korsmeyer (1999) demonstra habilmente a coexistência de células vivas e mortas em todos os organismos multicelulares, incluindo humanos. Para além disso, Waisel e Truog (1997: 684) apontam que muitos dos supostos pacientes com morte cerebral são capazes de reprodução, um critério que muitos biólogos considerariam o “*sine qua non* da vida”.

Muitos pesquisadores vêm observando que profissionais da saúde e famílias sustentam ideias sobre vida e morte de maneira coexistente e situacionalmente contingente (Kaufman, 2005; Lock, 1996; Sundin-Huard e Fahy, 2004; Veatch, 2005). Tais conclusões complementam o trabalho de longa data feito por colegas da medicina e das ciências sociais fora do campo de determinação da morte, no qual a morte e o morrer são vistos como experiências *sociais* e não simplesmente biológicas (ver Blauner, 1966; Cassell, 1974; Charmaz, 1980; Guthrie, 1971; Hartland, 1954; Kalish, 1968; Leming, Vernon e Gray, 1977; Michalowski, 1976; Vernon, 1970; Vollman, Ganzert, Picher e Williams, 1971). Kalish (1968), por exemplo, argumentou que conceitos e percepções orgânicas, clínicas e sociais da morte são ideias comumente fluidas e podem coexistir e mudar para cuidadores e pessoas morrentes. Cassell (1974) argumentou que tanto a morte quanto o morrer – para profissionais clínicos e famílias – não são vistos simplesmente como processos biológicos, mas também como experiências pessoais e sociais. Categorias como “morte ou “morrendo” não são caracterizadas como “vivendo” ou “morto” ou “metafóricas” de maneira simples em situações da vida real.

Além destas, outras objeções ao modelo de morte cerebral incluem a tendência de construir a ausência de evidência sobre consciência como evidência da ausência de consciência (Diamond, 1998); a tendência do choque cerebral (penumbra isquêmica) imitar morte cerebral e obscurecer uma recuperação possível (Sundin-Huard e Fahy, 2004); e o uso vago e impreciso do conceito (Shewmon, Capron, Peacock e Schulman, 1989; Truog e Flethcer, 1990). Outros também questionaram o problema com termos como “futilidade de tratamento”

ou “irreversibilidade” da função cerebral. Estes tem sido questionado conceitualmente (Bernat, 2005a; Cohen-Almagor, 2000; Cole, 1992), clinicamente e estatisticamente (Shewmon, 1987).

Finalmente, há uma preocupação geral quanto ao entendimento do conceito entre clínicos, inclusive aqueles que trabalham em transplante e tratamento intensivo (Conrad e Sinha, 2003; Winkler e Weisbard, 1989; Youngner, Landfield, Coulton, Juknialis e Leary, 1989), sem mencionar que muitos lugares não têm neurologistas experientes disponíveis para ajudar com eventuais incertezas (Bernat, 2005b). Em alguns países em desenvolvimento, o número de neurologistas per capita da população é estimativamente de um em três milhões de pessoas (Baumgartner e Gerstenbrand, 2002). Há também alguma preocupação, em países afluentes, a respeito da variação em experiência e qualificações entre médicos envolvido na determinação da morte cerebral (Sundin-Huard e Fahy, 2004: 69).

E os problemas não param por aí. Mesmo que, de acordo com Gervais (1989: 9), nós prossigamos “normalmente” da teoria para os critérios e para os testes, além de ter esse processo fora de ordem ao começar pelos critérios, os próprios testes não são totalmente compatíveis com os critérios (Waisel e Truog, 1997: 684). Testes para a morte cerebral tem igualmente sido alvos de crítica e ceticismo. Como Bernat (2004: 161) nos lembra, afirmar a irreversibilidade da morte cerebral é uma coisa, mas prova-la é outra bem diferente. Os testes para morte cerebral são tão bons quanto os operadores encarregados dos testes e aqueles que os interpretam (Conrad e Sinha, 2003; Young e Lee, 2004).

Testes envolvidos em angiografia cerebral são invasivos e tecnicamente difíceis de fazer (Young e Lee, 2004: 503), e podem ter efeitos deletérios sobre outros sinais clínicos (Sundin-Huard e Fahy, 2004: 69). Sonografias e tomografias computadorizadas (raios-X tridimensionais) também apresentam grandes problemas com falsos positivos, e imagens por ressonância magnética (escaneamentos magnéticos ou por ondas de rádio) são insuficientes por si mesmos (Young e Lee, 2004: 503). Eletroencefalografias não podem diagnosticar morte cerebral, embora possam ajudar a confirmá-la (Moshe, 1989; Schneider, 1989) e mesmo assim não dão informações suficientes sobre o funcionamento do tronco cerebral (Facco e Machado, 2004). A cintilografia – uso de um rastreador

nuclear químico para avaliar o fluxo de sangue – é um teste excelente, aparentemente, mas depende em muito do quão bem o teste é realizado. Sendo assim, dado esse problema comum, mesmo esse teste só pode dar apoio condicional em vez de substituir a avaliação clínica (Conrad e Sinha, 2003: 313; Laureys et al., 2004: 537, 543). Dado que os testes são frequentemente consultados como confirmatórios para as avaliações clínicas e não o contrário, a última observação é irônica.

Concluindo esse sumário das objeções ao conceito de morte cerebral, deve ser ressaltado que revisões regulares do debate recente sobre determinação da morte têm sido singularmente incestuosas em termos acadêmicos. Em outras palavras, grande parte das deliberações sobre morte cerebral tem sido conversas relativamente fechadas entre comunidades médicas, filosóficas e legais, raramente incluindo as ciências sociais. Raramente se reconhece o quanto a determinação da morte pela profissão legal e médica é em si mesma uma atividade social e cultural. Estudos sociais importantes sobre o morrer não tem sido consultados para entender a congruência e a dissonância entre ideias biomédicas e sociais da morte e do morrer. O porquê dessas definições serem resistidas ou apoiadas por comunidades ao largo tem sido pouco investigado em tentativas de checar e examinar a história paralela de como entendimentos sobre a morte mudaram ou evoluíram nas culturas humanas em geral (ver Pernick, 1996, 1999; Veatch e Tai, 1980, para exceções importantes).

Alguns autores argumentaram que o comitê de Harvard e a Comissão do Presidente demonstraram desconfiança em relação a opiniões não-médicas de fora a respeito da determinação da morte, além de suspeição daquelas vindas da lei, da filosofia e da “tanatologia” (Pernick, 1999: 13-18). Entretanto, também é verdade que as histórias seminais da mudança de nossos entendimentos sobre a morte vindas do historiador francês Philippe Ariès (1974, 1975, 1981) vieram tarde demais para o comitê *ad hoc* de Harvard (1968) (mas não para a Comissão do Presidente). No relatório da Comissão do Presidente (1981), somente duas referências históricas foram notadas – o artigo de Michel Vovelle (1980) sobre a “redescoberta da morte desde 1960” e a referência ficcional à “A Queda da Casa de Usher” de Edgar Allan Poe (Comissão do Presidente, 1981: 4, 82). Por outro lado, trabalhos importantes relacionados ao tema que existiam no momento

foram infelizmente ignorados, mesmo contendo questões históricas relevantes para o trabalho do comitê (por exemplo, Borkenau, 1965; Freud, 1915; Moore, 1946; Sudnow, 1967; Toynbee, 1968; Van Gennep, 1908/1969; Williams, 1966).

Williams (1966), por exemplo, investigou 30 anos de resumos de artigos na área da psicologia para avaliar a mudança nas atitudes sobre a morte durante esse período, primariamente nos EUA. Sudnow (1967) estudou 200 mortes em hospitais, muitos comatosos antes da morte, e fizeram observações cuidadosas a respeito das reações do staff. Ele argumentou que significados sociais da morte são tirados de práticas profissionais particulares numa situação. Van Gennep (1908/1969) é um trabalho antropológico clássico que traz insights importantes sobre como o morrer e a morte são comumente divididos por testemunhas em estágios sociais de transição. Tal processo raramente resulta numa ideia da morte como aniquilação, mas como transformação – um insight crucial para explicar porque pessoas modernas provavelmente não aceitem facilmente uma definição da morte que não possam de fato ver por si mesmas. Se os achados e insights mais básicos desses trabalhos tivessem sido incorporados em deliberações sobre morte cerebral no final da década de 1960, tanto as interpretações do staff quanto o comportamento familiar e/ou recomendações de políticas pública poderiam ser substantivamente diferentes.

O conceito de morte cerebral sofreu uma miríade de objeções clínicas e filosóficas, mas essas objeções por si mesmas ignoraram um problema epistemológico mais amplo, e talvez mais importante, com a definição ascendente de morte cerebral. Definições de morte cerebral tem ignorado a base histórica e sociológica do entendimento humano da morte. Ao ignorar a literatura paralela sobre a história da morte e do morrer, e estudos sociológicos de como a morte e o morrer são comumente percebidos em situações sociais, a literatura sobre determinação da morte tornou-se unicamente técnica e descontextualizada. A evidência desse problema será demonstrada através de um exame de como o debate sobre determinação da morte persistentemente vê a pessoa morrente – não como um ser social – mas como uma entidade sozinha e psicologicamente isolada.

A pessoa morrente como solitária

Em raras ocasiões é possível ler autores na literatura sobre determinação da morte aceitando que definições da morte devem ser vistas como questão social e cultural, e não somente filosoficamente e biologicamente (Jones, 1998; Veatch, 2005). Entretanto, em outra literatura, o debate em torno da definição de morte em termos sociais e culturais aparece em discussões sobre culturas estrangeiras, particularmente a japonesa e sua resistência a conceitos de morte cerebral (Bowman e Richar, 2003; Brannigan, 1992; Doig e Rocker, 2003; Kimura, 1991; Kita et al., 2000).

Com a exceção de alguns cristãos fundamentalistas (Campbell, 1999) e grupos judeus (Rosner, 1999), assume-se que ideias ocidentais sobre morte são menos resistentes a definições médicas de morte e que o público geral está mais disposto a aceitar esse tipo de liderança. Dessa forma, discordância ou resistência é atribuída a “diferença religiosa ou étnica” e não a uma cisma mais ampla e profunda no entendimento público entre a natureza da morte e o fim da identidade. Discordância e resistência é muito comumente localizada nas minorias ou em grupos estrangeiros. De fato, o Relatório da Comissão do Presidente de 1981, intitulado “Definido a Morte”, indicou que sua definição seria identificada por instituições médicas e legais e suas profissões, não por indivíduos (Gervais, 1989).

Recentemente, Laureys (2005) e Machado e Shewmon (2004) conduziram revisões dos debates acerca da determinação da morte e reivindicaram um âmbito mais amplo para suas revisões, mas acabaram limitando-se a questões médicas, filosóficas, legais e éticas – os mesmos fatores estreitos considerados importantes pelo comitê ad hoc de Harvard 37 anos antes (Comitê ad hoc, 1968: 337). Infelizmente, tanto antes quanto agora, não há menção aos fatores sociais e culturais que são essenciais para um entendimento nacional, mais do que aceitação, dos critérios de morte cerebral nos EUA ou em outros lugares. Para além disso, Laureys (2005: 907) conclui, sem surpreender muito, que a morte é um fenômeno biológico, afinal de contas.

Lizza (1993, 1999), uma defensora da definição de morte do “cérebro superior”, argumenta que a morte do ser humano deveria ser vista, não somente em termos biológicos, mas em termos dos critérios que criamos para o que significa ser

humano. Lizza (1993) argumentou que *todos os filósofos* concordam a respeito das condições necessárias para o que ser uma pessoa significa. Acontece que, surpreendendo pouco, “ser humano” significa uma capacidade de pensar para a filosofia e os filósofos. Como o sociólogo C. Wright Mills (1959: 19) observou ao se referir a parcialidade epistemológica em disciplinas diferentes, “todo sapateiro acha que couro é a única coisa”.

“Pessoaidade”, de acordo com Lizza (1999: 441, 442), pode se expressar em três maneiras possíveis. Primeiro, a pessoa pode ser membro de uma espécie (esteja ela viva ou morta) como a raça humana. Segundo, a pessoa pode ser psicológica ou caracterológica; ou seja, a presença por trás da aparência orgânica/biológica. Finalmente, a pessoa pode ser uma personalidade única. O problema “filosófico” para Lizza é qual categoria de explicação melhor dá conta daquilo que queremos dizer sobre, por exemplo, morte, estados vegetativos permanentes ou anencefálicos. Há dois problemas sociais óbvios com essas categorias limpas de “pessoaidade”.

Primeiro, muitas pessoas portam essas categorias simultaneamente e mutuamente. As pessoas se apegam aos outros (sejam vivos ou objetos inertes) por causa de sua relação social com essas pessoas ou objetos. A ideia de “personalidade” ou do caráter geral por trás das coisas em suas aparências são de importância secundária para o jeito pelo qual *os outros se relacionam com aquela pessoa ou objeto*. A pessoa não é simplesmente um “ser”, mas uma “propriedade ou qualidade” dada/imposta em alguém ou alguma coisa *pelos outros*. Para empregar um termo filosófico, pessoa não é uma categoria “essencialista” para a maioria das pessoas (uma qualidade em si mesma divorciada do resto do mundo), mas uma nascida da, e que ganha sentido em uma, história percebida de reciprocidade social. A identidade é criada nas mentes dos outros por uma história de relações com pessoas ou coisas.

Segundo, definições técnicas de pessoaidade ou de morte cerebral, se não são inclusivas das pessoas para as quais são designadas (ou seja, pessoas ordinárias no cotidiano), são categorias meramente acadêmicas que (1) provavelmente não descrevem adequadamente a morte para pessoas que não estão envolvidas em suas formulações; e (2) muito provavelmente não explicam o apego para a maioria das pessoas – um fator social importante no entendimento da resistência

da família e do staff em face de um diagnóstico de morte cerebral. Em outras palavras, definições de pessoaidade que enfatizam uma visão do morrer solitária e altamente individualizada enquanto meramente “pensante” ou “personalidade”, falham por não entender o morrer como uma relação social. Não entender a reciprocidade inerente na pessoaidade e no apego leva Lizza (1993: 361) a algumas conclusões ironicamente impessoais:

“No ‘jeito ordinário de falar’, ‘Paul Brophy’ (um exemplo fictício) se refere a pessoa e ao ser humano. Entretanto, depois que Brophy perde as funções do cérebro superior, ‘Paul Brophy’ não mais se refere a ‘Paul Brophy’, a pessoa, já que Paul Brophy, a pessoa, não existe mais. O que está deitado na cama do hospital, aquilo ao que nos referimos pelo nome Paul Brophy é somente Paul Brophy, o ser humano.”

Sem surpresa, Lizza (1993: 358) se encontra um tanto estupefata pelo fato de que a maioria das pessoas e famílias permanecem emocionalmente comprometidas a pessoas em um estado vegetativo permanente. Porém, Lizza não parece perceber que a visão de pessoaidade acadêmica, associal que ele ensaia, pode ser o principal obstáculo em seu próprio entendimento do comportamento diante de pacientes em estado vegetativo permanente. A ideia de que uma pessoa é uma qualidade solitária separada dos relacionamentos que a criam, a sustêm e a dão sentido, é comum na literatura sobre determinação da morte. Diamond (1998: 74) escreve poeticamente sobre determinar a morte como se isso não tivesse nada a ver com relações sociais e, em vez disso, se baseia na imagética religiosa medieval que novamente foca totalmente no indivíduo solitário: “O que estão tentando todos os profissionais de saúde conscientes é saber o inescrutável, ou seja, o ponto em que uma alma deixa o corpo”.

Settergren (2003) citando Lachs (1988: 250, 251) continua esse elogio ao indivíduo socialmente desconectado:

“Quando nós perdemos inalteravelmente a habilidade de querer e de fazer, de pensar e de esperar, de sentir e de amar, nós paramos nossa existência como seres humanos. O único caminho humano então é declarar-nos mortos e nos tratar como tal... uma vez que a pessoa humana se foi, no corpo vacilante não há ninguém”.

Na visão acima, seres humanos não são seres recíprocos, nem pessoas que compartilham uma vontade e identidade comum com família e amigos, agindo e esperando juntos, não somente dando, mas também recebendo afirmação, sentimentos e amor dos outros.

Novamente, muitas dessas visões recentes da medicina, bioética e filosofia em geral tem emergido porque elas consistentemente deixam de engajar com as discussões paralelas nas ciências médicas e sociais, além de ignorar os dados a respeito da natureza social do morrer que são cognatas a literatura sobre determinação da morte. O trabalho seminal passado de sociólogos estudando a morte e o morrer como Blauner (1966), Glaser e Strauss (1965, 1968, 1971) ou Charmaz (1980) ou médicos Hinton (1967), Weisman (1972) ou Witzel (1975) não são citados ou integrados em lugar nenhum num entendimento da pessoa-próxima-a-morte dentro da literatura sobre determinação da morte. Trabalhos sociológicos e clínicos mais recentes sobre o morrer como os de Davies (1997), Kellehear (1990), Lawton (2000), McNamara (2001), Seale (1998), ou Young e Cullen (1996), para nomear alguns estudos e revisões, não aparecem nas discussões sobre como as pessoas entendem a morte e vem a defini-la para si mesmos e para os outros. Recentemente, Kaufman (2005) produziu uma etnografia longa e nuançada sobre como tratamentos hospitalares são interpretadas e empregadas por aqueles no leito, pela família e pelo staff, e isso inclui questões sobre vida assistida. Kellehear (2007a) recentemente publicou uma história social da morte mostrando a relação simbiótica entre morrer, morte e comunidade. A história sociológica mostra como conceitos de “morrer” e “morte” tem mudado de lugar várias vezes na história humana e como, contrariando certas partes do pensamento bioético (Veatch, 2005: 360-362), vida e morte são raramente vistos como opostos ou absolutos. Ainda há de ser visto se esses estudos recentes terão mais sucesso em restaurar um equilíbrio sociológico para a visão solitária do morrer do que os estudos equivalentes e não utilizados das décadas de 1960 e 1970.

Morrer como uma relação social

Nem todo comentário filosófico ignorou concepções e argumentos sociais em discussões sobre a determinação da morte. Porém, há dois problemas mesmo

nessa literatura. Primeiro, o número de autores que tentou argumentar a favor da importância de fatores sociais na determinação da morte é muito modesto. Segundo, entre os que de fato perseguem esses insights, há uma divisão infeliz entre aqueles que afirmam a necessidade de mais entendimentos sociais sobre a morte e aqueles outros que nos provém com indicadores empíricos dessa realidade.

Dentro os escritores teoricamente orientados, Cohen-Almagor (2000: 267) argumenta que “pessoas são seres sociais”. A linguagem médica, como estados “vegetativos”, “irreversibilidade” ou “futilidade”, serve aos interesses de médicos mais do que dos pacientes. Ele enfatiza aquilo que ele chama de natureza de “construção da realidade” da linguagem e não se surpreende sobre o porquê de muitas famílias não compartilharem a linguagem (e assim a “realidade”) da morte cerebral, do coma, ou do estado vegetativo persistente.

Jones (1998) escreveu um artigo intrigante comparando nascimento do cérebro e morte do cérebro. Embora ele aponte prontamente que conceitos de desenvolvimento e degeneração não são intercambiáveis, ele está igualmente seguro que tanto o nascimento cerebral quanto a morte cerebral são só parcialmente biológicos, sendo as características dos dois em muito devidas a valores sociais, religiosos e éticos. Tal conclusão ecoa trabalhos anteriores como os de Sass (1992) e Veatch (1993) que argumentaram que problemas de definição da morte não resolveram os problemas culturais. Zamperetti et al. (2004), em sua revisão da literatura mais recente, declarou diretamente a necessidade de uma abordagem social mais pragmática para a determinação da morte. Eles argumentam que após 35 anos, é necessário reconhecer que a evidência biológica para morte cerebral é sempre equívoca e defende a necessidade de mudar o nome “morte cerebral” para “Coma Apneico Irreversível”. A mudança de nome foca a discussão clínica e familiar na probabilidade de recuperação e não em argumentos sobre a natureza da morte ela mesma. Também se torna mais fácil a explicação para o público por causa dessa simplificação, além de deixar mais espaço para envolvimento e participação da sociedade em geral, e das famílias em particular.

Sassower e Grodin (1986), num artigo que chega mais perto do reconhecimento da importância crucial do morrer como relação social, argumenta que “não há

sentido” em prover uma resposta a pergunta, “O paciente está morto?” fora de um contexto específico. Precisamos saber *quem* está perguntando e *para que propósito* e *o quão certo* você quer estar da resposta. Em outras partes da literatura, em que esse material mais conceitual frequentemente não é citado, há apoio para tais ideias da parte de autores mais clínica e empiricamente orientados.

Robinson et al. (2003) conduziram um survey sobre determinação da morte por times de transporte médico nos EUA. Com uma taxa de resposta de 57% de todos os times empregados nos EUA ($N = 190$), descobriram que o critério chave para a determinação da morte foi simplesmente a ausência de resposta para suporte cardíaco avançado. Mais interessante, porém, é o achado de que o motivo chave para não pronunciar ou presumir a morte em pacientes foram “motivos políticos” (71%). Esses motivos políticos incluíram o nível de conforto do time no chão, o nível de conforto do time aéreo, envolvimento numa cena do crime, envolvimento de oficiais da lei, envolvimento de uma criança e envolvimento em algum tipo de missão humanitária.

Em contraponto a esses tipos de determinações circunstancialmente determinadas, onde a decisão de presumir a morte, ou de não a presumir, é mediada pelas relações entre o paciente e outros em torno dele/dela, estão as ideias sociais prevalecentes sobre a reversibilidade da morte. Cole (1992) argumenta que a morte cerebral é contraintuitiva porque vai contra a experiência das pessoas com resgate médico na mídia – TV, filmes ou jornais. É claro, as pessoas comumente veem imagens de “flat line” como sugestivas da morte, mas as mesmas imagens são comumente (e talvez isso seja mais importante) demonstradas reversíveis. A reversibilidade não é somente testemunhada em cenas de ressuscitação médica, mas também na reconstrução de objetos e organizações aparentemente destruídos como motores, cidades e casas. A própria ideia de irreversibilidade é a-histórica e inconsistente com a experiência social. De acordo com Cole, ela simplesmente não “faz sentido”.

A experiência do staff médico e das famílias trabalhando com pacientes “mortos cerebrais” de fato apoia – não subverte – esse senso de continuidade. Pacientes mortos cerebrais parecem estar vivos – eles são rosas e respiram (Truog e Fletcher, 1990); às vezes eles até respondem a incisões cirúrgicas com pressão

sanguínea e respiração elevados (Karakatsanis e Tsanakas, 2002: 129); eles são capazes de reprodução (Waisel e Truog, 1997); eles desenvolvem escaras e pneumonia, algo que cadáveres não fazem (Sundin-Guard e Fahy, 2004: 66); e eles se movem nas camas, aparentando inquietude e “agarrando” em resposta a estímulos acidentais ou propositais (Turmel, Roux e Bojanowski, 1991). Não se trata de “confusão”, “apreensão errônea” ou “equivoco” do público geral sobre aqueles que sofreram morte cerebral (Laureys, 2005: 899; Lizza, 1993; Siminoff e Bloch, 1999: 187). Pela maioria dos critérios sociais, os mortos cerebrais aparentam estar vivos.

Mais ainda, muitos dos mortos cerebrais aparentam estar dormindo, uma experiência mais familiar que frequentemente atrai atenção e suporte similar (Aubert e White, 1959). Pessoas que dormem geralmente necessitam de uma cama, de condições ambientais favoráveis e especialmente proteção de perturbações desnecessárias. Para além disso, pessoas que estão doentes e dormindo comumente necessitam ou atraem monitoramento e checagem discretos. Estes não são corpos. Pouco surpreende então que haja um desejo geral de cuidadores dos inconscientes de apoiar-los, apesar de quaisquer razões médicas abstratas que possam ser oferecidas para a má responsividade de suas investidas. De fato, surpresa só será possível se por algum motivo, morrer não for visto como uma relação social, mas somente como uma noção técnica abstrata divorciada do mundo cotidiano da vida social e de seus princípios de interação, reciprocidade e produção de sentido.

E mesmo que a morte seja declarada e concordada por todos – digamos, com rigor mortis observado amplamente ou até com processo de putrefação posterior -, raramente termina a relação social. Em outras palavras, não é somente o morrer que é uma relação social, mas também a morte. Não é verdade que a morte mata a identidade, quaisquer que sejam as mudanças morais, legais e financeiras incitadas por essas mudanças corporais (Veatch, 2005). Compromissos sociais e apegos emocionais raramente evaporam na morte. Em vez disso, como a miríade de literatura antropológica e social sobre morte e morrer habilmente demonstra, relações continuam a evoluir no ponto da morte (ver por exemplo, Hartland, 1954; Hocart, 1953; Howarth, 2000; Kellehear, 2007b; Palgi e Abramovitch, 1984; Pardi, 1977; Riley, 1983). Relações evoluem em práticas memoriais na casa,

em vigílias na beira de estradas no local da morte, ou até mesmo em visitas tradicionais ao túmulo, onde o “falar” com os mortos é historicamente e sociologicamente difundido. Além disso, pessoas contemporâneas normalmente reportam “interações” com os mortos em visões dos enlutados, sonhos, séances, consultas com médiuns ou psicomanteus (ver Howart, 2000; Kellehear, 2007b; Picardie, 2000 para mais detalhes e exemplos). Tais “interações” com os mortos são vistas como “recíprocas”. Esse contexto humano mais amplo da morte e do morrer enquanto relações sociais contínuas significa que a “determinação” da morte é mais a “determinação” de funções morais e sociais particulares durante o declínio corporal (Miles, 1999: 313).

Sendo assim, a ênfase não pode estar na morte – como vimos, uma relação simbiótica inseparável entre biologia e cultura – mas numa irreversibilidade do declínio biológico, social e financeiro (com ramificações legais óbvias). Como a “irreversibilidade” só pode ser sujeita de avaliações falíveis, o desafio legal e social diante de nós não é de consentimento, mas de consenso. Assim somos trazidos firmemente ao mundo de diretivas antecipadas, decisões médicas participativas e lei cívica. Esses são debates sobre cidadania – discursos sociais e legais sobre direitos e obrigações – e não simplesmente ou somente discussões sobre biologia e bioética.

A morte não é decidida por apelos a biologia, mas por uma mistura social de consenso médico, legal e familiar. Como o esposo de alguém com demência severa disse uma vez: “É por isso que estou procurando por uma casa de repouso para ela. Eu a amei muito, mas ela não é mais a Mary. Não importa o quanto eu tente, não consigo mais acreditar que ela ainda está lá” (Gubrium, 2005: 314). Algumas pessoas ficam quando seus entes queridos aparentam estar mortos; outros saem quando estes entes queridos aparentam estar vivos e bem, mas deixaram de reciprocitar de maneira reconhecível. A força do laço, as oportunidades para a reciprocidade contínua do relacionamento e a sustentabilidade futura dos dois, são cruciais para determinar se a relação terminou e foi para uma nova fase, ou se é possível e desejável se segurar a relação antiga.

Informação médica e ética é necessária e importante, mas comumente, para a surpresa e desprezo de alguns, não é decisiva. Isso porque a determinação da morte foi historicamente baseada nos critérios da comunidade sobre a morte.

Você está morto quando nós dizemos que está, e não simplesmente quando alguns de nós dizemos que está, ou mesmo quando seu médico diz que você está (Lock, 1996, 575). Em outras palavras, quaisquer critérios para morte devem ser inspirados, ou consultados em fontes culturais e ideias mais amplas do que as que são comuns em profissões. Ignorar o fato do morrer como relação social levará médicos, inevitavelmente, previsivelmente e desnecessariamente, em conflito com famílias de pacientes comatosos (Bernat, 2005a).

Conclusão

A presente revisão de literatura contem várias observações sociológicas sobre a literatura passada e recente sobre a determinação da morte. Primeiro, muito material na pesquisa e na literatura é a-histórico. Por conseguinte, pesquisas sobre os conceitos de morte e experiências de morrer, não foram colocados num contexto mais amplo de mudanças de atitude e comportamento. Surveys de atitudes ou conhecimento sobre “morte cerebral” tendem a avaliar o entendimento das pessoas a partir do ponto de vista dos critérios médicos para morte. A identificação de fontes alternativas e mais amplas para o entendimento da morte e do morrer, localizada em suas biografias e comunidades, não é alvo de grande parte dessas pesquisas (ver por exemplo, Siminoff e Bloch, 1999).

Segundo, a omissão de uma dimensão histórica da morte e do morrer também levou a uma certa desatenção para com a pesquisa sociológica e antropológica sobre os pressupostos e conhecimentos cotidianos que as pessoas usam para construir seus entendimentos da morte e do morrer. Pesquisas sobre o apego social e o desengajamento (do staff, das famílias ou comunidades) em direção a pessoa morte ou moribunda precisam ser incorporadas em novas revisões da literatura, bem como no trabalho empírico sobre determinação da morte.

Terceiro, muito da pesquisa sobre a determinação da morte demonstrou uma super-confiança em perspectivas psicológicas e filosóficas. Mesmo que seja verdade que “sapateiros” como os sociólogos não estão mais imunes do que filósofos a elogiar suas perspectivas em qualquer área de pesquisa, é, apesar de tudo, verdade – na linguagem, na teoria e na metodologia – que o trabalho tradicional na determinação da morte tem sido parcial. A figura dominante do

morrer que emergiu enfatiza cognição, vontade e consciência sobre a base social do apego, produção de sentido e identidade. Supostos “trabalhos interdisciplinares” nessa área precisam de esforço colaborativo maior com os quadrantes biomédicos, bioéticos e das ciências sociais.

Pedidos mudos ou ausentes, advindos da biomedicina e da bioética, por uma perspectiva social da morte e do morrer podem decorrer da falta de disponibilidade ou interesse em revisar e avaliar a literatura sobre morrer de um jeito sociológico. Entretanto, parte do problema deve ser atribuído também a aparente falta de interesse ou disponibilidade da sociologia e da antropologia para entrar em debates que podem parecer esotéricos, da neurologia a ontologia. Talvez isso transpareça na ambivalência e tensão contínua entre as ciências sociais e a medicina em questões relativas ao corpo. Porém, quaisquer que sejam as causas implicadas nessa parcialidade favorável a estruturas psicobiológicas em detrimento de estruturas sociais, podemos dizer que ela leva a uma observação final.

Debates sobre a determinação da morte tem encoraja um clima acadêmico condutivo a aceitação não crítica de critérios biológicos para morte com um “sub-reconhecimento” do papel crucial dos critérios sociais para morte. A relutância em ver a morte em ambos os termos, sociais e biológicos, constitui a barreira mais importante para a confiança do público geral nessas deliberações científicas, legais e éticas.

No que diz respeito a pesquisa posterior, percebe-se a necessidade para mais trabalho empírico que incentiva colaboração e diálogo com colegas nas ciências sociais, especialmente em disciplinas comparativas como sociologia e antropologia. Revisões de literatura continuarão a cobrir questões filosóficas e biomédicas, mas precisam integrar a pesquisa clínica, comportamental e social sobre morte e morrer em áreas cognatas, e ainda assim diretamente relevantes, quanto às questões da determinação da morte. Para o desenvolvimento futuro de políticas públicas, será importante incluir as comunidades que são diretamente afetadas por esses conceitos, incluindo outros colegas da área da saúde que devem tratar das complexidades da morte cerebral com pouco ou nenhum apoio neurológico especializado.

Um escopo amplo para a determinação da morte é crucial para o campo porque o problema da morte não é somente um problema técnico do cérebro e de seus funcionamentos, mas também diz respeito a como experiências da mortalidade são mediadas por entendimentos sociais de morte e do morrer. Como em todas as tentativas sociológicas para lidar com verdades humanas (Mills, 1959), incluindo a morte, trata-se de entender a morte e o morrer no lugar onde biologia e biografia se encontram, em suas interseções com sociedade e história.

Referências:

Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the Definition of Brain Death. (1968). A definition of irreversible coma. *Journal of the American Medical Association*, 205(6), 337e340.

Aries, P. (1974). *Western attitudes toward death*. London: Johns Hopkins University Press.

Aries, P. (1975). The reversal of death: changes in attitudes toward death in Western societies. In D. Stannard (Ed.), *Death in America* (pp. 134e158). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Aries, P. (1981). *The hour of our death*. London: Allen Lane.

Aubert, V., & White, H. (1959). Sleep: a sociological interpretation. *Acta Sociologica*, 4(2), 1e16, 46e54.

Banasiak, K. J., & Lister, G. (2003). Brain death in children. *Current Opinion in Pediatrics*, 15, 288e293.

Baumgartner, H., & Gerstenbrand, F. (2002). Diagnosing brain death without a neurologist. Simple criteria and training are needed for the non-neurologist in many countries. *British Medical Journal*, 324, 1471e1472.

Bernat, J. L. (2004). On irreversibility as a pre-requisite for brain death determination. In C. Machado, & A. Shewmon (Eds.), *Brain death and disorders of consciousness* (pp. 161e167). New York: Kluwer Academic Publishers.

Bernat, J. L. (2005a). Medical futility: definition, determination and disputes in critical care. *Neurocritical Care*, 2, 198e205.

Bernat, J. L. (2005b). The concept and practice of brain death. *Progress in Brain Death*, 150, 369e379.

Blauner, R. (1966). Death and social structure. *Psychiatry*, 29, 378e394.

Borkenau, F. (1965). The concept of death. In R. Fulton (Ed.), *Death and identity* (pp. 42e56). New York: John Wiley and Sons.

Bos, M. A. (2005). Ethical and legal issues in non-heart beating organ donation. *Transplantation*, 79(9), 1143e1147.

Bowman, K. W., & Richard, S. A. (2003). Culture, brain death and transplantation. *Progress in Transplantation*, 13(3), 211e215.

Brannigan, M. C. (1992). A chronicle of organ transplant progress in Japan. *Transplant International*, 5, 180e186.

Campbell, C. S. (1999). Fundamentals of life and death: Christian fundamentalism and medical science. In S. J. Youngner,

R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 194e209). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Cassell, E. J. (1974). Being and becoming dead. In A. Mack (Ed.), *Death in American experience* (pp. 162e176). New York: Schocken.

Chan, J. Y. H., Chang, A. Y. W., & Chan, S. H. H. (2005). New insights on brain stem death: from bedside to bench. *Progress in Neurobiology*, 77, 396e425.

Charmaz, K. (1980). *The social reality of death*. Boston, MA: Addison-Wesley.

Cohen-Almagor, R. (2000). Language and reality at the end of life. *Journal of Medicine and Ethics*, 28(3), 267e279.

Cole, D. J. (1992). The reversibility of death. *Journal of Medical Ethics*, 18, 26e30.

Conrad, G. R., & Sinha, P. (2003). Scintigraphy as a confirmatory test of brain death. *Seminars in Nuclear Medicine*, 33(4), 312e323.

Crimmins, T. J. (1993). Ethical issues in adult resuscitation. *Annals of Emergency Medicine*, 22(2), 495e501.

Davies, D. (1997). *Death, ritual and belief*. London: Cassell.

Diamond, E. F. (1998). Brain-based determination of death revisited. *Linacre Quarterly*, 65(4), 71e80.

Doig, C. J., & Rocker, G. (2003). Retrieving organs from non-heart beating organ donors: a review of medical and ethical issues. *Canadian Journal of Anesthesia*, 50(10), 1069e1076.

Facco, E., & Machado, C. (2004). Evoked potentials in the diagnosis of brain death. In C. Machado, & A. Shewmon (Eds.), *Brain death and disorders of consciousness* (pp. 175e187). New York: Kluwer Academic Publishers.

Freud, S. (1915). Thoughts for the times on war and death. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud*, 14 (pp. 275e300). London: Hogarth Press.

Gervais, K. G. (1989). Advancing the definition of death: a philosophical essay. *Medical Humanities Review*, 3(2), 7e19.

Giacomini, M. (1997). A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968. *Social Science & Medicine*, 44(10), 1465e1482.

Gorman, W. F. (1985). Medical diagnosis vs legal determination of death. *Journal of Forensic Sciences*, 30(1), 150e157.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1971). *Status passage*. London: Routledge & Kegan Paul.

Gubrium, J. F. (2005). The social worlds of old age. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 310e 315). Cambridge: Cambridge University Press.

Guthrie, G. P. (1971). The meaning of death. *Omega*, 2, 299e306.

Halevy, A., & Brody, B. (1993). Brain death: reconciling definitions, criteria and tests. *Annals of Internal Medicine*, 119, 519e525.

Hartland, E. S. (1954). Death and disposal of the dead. In: *Encyclopedia of religion and ethics*, 4. New York: Charles Scribner & Sons. p. 411e444.

Hinton, J. (1967). *Dying*. Harmondsworth: Penguin.

Hocart, A. M. (1953). Death customs. In: *Encyclopedia of the social science*, 5. New York: Macmillan. p. 21e27.

Howarth, G. (2000). Dismantling the boundaries between life and death. *Mortality*, 5(2), 127e138.

Jones, D. (1998). The problematic symmetry between brain birth and brain death. *Journal of Medical Ethics*, 24, 237e242.

Kalish, R. A. (1968). Life and death: dividing the indivisible. *Social Science & Medicine*, 2, 249e259.

Karakatsanis, K.G., & Tsanakas, J.N. (2002). A critique on the concept of "brain death". *Issues in Law and Medicine*, 18(2), 127e141.

Kaufman, S. R. (2005). *And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Chicago: University of Chicago Press.

Kellehear, A. (1990). *Dying of cancer: The final year of life*. Chur: Harwood Academic Publishers.

Kellehear, A. (2007a). *A social history of dying*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kellehear, A. (2007b). The end of death in late modernity: an emerging public health challenge. *Critical Public Health*, 17(1), 71e79.

Kimura, R. (1991). Japan's dilemma with the definition of death. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1(2), 123e131.

Kita, Y., Aranami, Y., Aranami, Y., Nomura, Y., Johnson, K., & Wakabayashi, T., et al. (2000). Japanese organ transplant law: an historical perspective. *Progress in Transplantation*, 10(2), 106e108.

Knudsen, S. K. (2005). A review of the criteria used to assess insensibility and death in hunted whales compared to other species. *The Veterinary Journal*, 169, 42e59.

Lachs, J. (1988). The element of choice in criteria of death. In R. M. Zaner (Ed.), *Death: Beyond whole brain criteria* (pp. 250e251). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Laureys, S. (2005). Death, unconsciousness and the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 899e909.

Laureys, S., Owen, A. M., & Schiff, N. D. (2004). Brain function in coma, vegetative state and related disorders. *Lancet Neurology*, 3, 537e546.

Lawton, J. (2000). *The dying process: Patient's experiences of palliative care*. London: Routledge.

Leming, M. R., Vernon, G. M., & Gray, R. M. (1977). The dying patient: a symbolic analysis. *International Journal of Symbology*, 8(2), 77e86.

Lizza, J. P. (1993). Persons and death: what's metaphysically wrong with our current statutory definition of death? *Journal of Medicine and Philosophy*, 18, 351e374.

Lizza, J. P. (1999). Defining death for persons and human organisms. *Theoretical Medicine*, 20, 439e453.

Lock, M. (1996). Death in technological time: locating the end of a meaningful life. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(4), 575e600.

Machado, C., & Shewmon, D. A. (Eds.), (2004). *Brain death and disorders of consciousness*. New York: Kluwer Academic Publishers.

McNamara, B. (2001). *Fragile lives: Death, dying and care*. Sydney: Allen and Unwin.

Michalowski Jr., R. J. (1976). The social meanings of violent death. *Omega*, 7(1), 83e93.

Miles, S. (1999). Death in a technological and pluralist culture. In S. J. Youngner, R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 311e318). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Mills, C.W. (1959). *The sociological imagination*. New York: Oxford University Press.

Moore, V. (1946). *Ho for heaven! Man's changing attitude toward dying*. New York: EP Dutton and Co.

Moshe, S. L. (1989). Usefulness of EEG in the evaluation of brain death in children: the pros. *Electroencephalography and Clinical Neurology*, 73, 272e275.

Palgi, P., & Abramovitch, H. (1984). Death: a cross-cultural perspective. *Annual Review of Anthropology*, 13, 385e417.

Pardi, M. M. (1977). *Death: An anthropological perspective*. Washington: University Press.

Pernick, M. S. (1996). *The black stork*. New York: Oxford University Press.

Pernick, M. S. (1999). Brain death in a cultural context: the reconstruction of death, 1967e1981. In S. J. Youngner, R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 3e33). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Picardie, J. (2000). If I dream of you. *Granta*, 71, 165e184.

Plum, F. (1999). Clinical standards and technological confirmatory tests in diagnosing brain death. In S. J. Youngner, R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.),

The definition of death: Contemporary controversies (pp. 34e65). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Poppe, E., & Bottinger, B. W. (2006). Cerebral resuscitation: state of the art, experimental approaches and clinical perspectives. *Neurology Clinics*, 24, 73e87.

President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research. (1981). *Defining death: Medical, legal and ethical issues in the determination of death*. Washington, D.C.: Government Printing Office.

Riley Jr., J. W. (1983). Dying and the meanings of death: sociological inquiries. *Annual Review of Sociology*, 9, 191e216.

Robinson, K. J., Murphy, D. M., & Jacobs, L. M. (2003). Presumption of death by air medical transport teams. *Air Medical Journal*, 22(3), 30e34.

Rosner, F. (1999). The definition of death in Jewish law. In S. J. Youngner, R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 210e221). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Sass, H. M. (1992). Criteria for death: self-determination and public policy. *Journal of Medicine and Philosophy*, 17, 445e454.

Sassower, R., & Grodin, M. A. (1986). Epistemological questions concerning death. *Death Studies*, 10, 341e353.

Schlotzhauer, A. V., & Liang, B. A. (2002). Definitions and implications of death. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 16, 1397e1413.

Schneider, S. (1989). Usefulness of EEG in the evaluation of brain death in children: the cons. *Electroencephalography and Clinical Neurology*, 73, 276e278.

Seale, C. (1998). *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.

Settergren, G. (2003). Brain death: an important paradigm shift in the 20th century. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 47, 1053e1058.

Shewmon, D. A., Capron, A. M., Peacock, W. J., & Schulman, B. L. (1989). The use of anencephalic infants as organ sources: a critique. *Journal of the American Medical Association*, 261(12), 1773e1781.

Shewmon, D. A. (1987). The probability of inevitability: the inherent impossibility of validating criteria for brain death or 'irreversibility' through clinical studies. *Statistics in Medicine*, 6, 535e553.

Siminoff, L. A., & Bloch, A. (1999). American attitudes and beliefs about brain death: the empirical literature. In S. J. Youngner, R. M. Arnold, & R. Schapiro (Eds.), *The definition of death: Contemporary controversies* (pp. 183e193). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Sudnow, D. (1967). *Passing on: The social organization of dying*. NJ: Prentice-Hall.

Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (2004). The problems with the validity of the diagnosis of brain death. *Nursing in Critical Care*, 9(2), 64e70.

Toynbee, A. (1968). *Man's concern with death*. London: Hodder and Stoughton.

Truog, R. D. (1997). Is it time to abandon brain death? *Hastings Center Report*, 27(1), 29e37.

Truog, R. D., & Fletcher, J. C. (1990). Brain death and the anencephalic newborn. *Bioethics*, 4(3), 199e215.

Turmel, A., Roux, A., & Bojanowski, M. W. (1991). Spinal man after declaration of brain death. *Neurosurgery*, 28(2), 298e302.

Van Gennep, A. (1908/1969). *The rites of passage*. Chicago: University of Chicago Press.

Vaux, D. L. (2002). Apoptosis timeline. *Cell Death and Differentiation*, 9, 349e354.

Vaux, D. L., & Korsmeyer, S. J. (1999). Cell death in development. *Cell*, 96, 245e254.

Veatch, R. M. (1993). The impending collapse of the whole brain definition of death. *Hastings Center Report*, 23(4), 18e24.

Veatch, R. M. (2005). The death of whole-brain death: the plague of disaggregators, somaticists, and mentalists. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30, 353e378.

Veatch, R. M., & Tai, E. (1980). Talking about death: patterns of lay and professional change. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 447, 29e45.

Vernon, G. M. (1970). *Sociology of death*. New York: Ronald Press.

Vollman, R. R., Ganzert, A., Picher, L., & Williams, W. V. (1971). The reaction of family systems to sudden and unexpected deaths. *Omega*, 2, 101e106.

Vovelle, M. (1980). Rediscovery of death since 1960. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 447, 89e99.

Waisel, D. B., & Truog, R. D. (1997). The end-of-life sequence. *Anesthesiology*, 87(3), 676e686.

Weisman, A. D. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*. New York: Behavioural Publishers.

Williams, M. (1966). Changing attitudes to death: a survey of contributions in psychological abstracts over a thirty year period. *Human Relations*, 19(4), 405e423.

Winkler, D., & Weisbard, A. J. (1989). Appropriate confusion over 'brain death'. *Journal of the American Medical Association*, 261(15), 2246.

Witzel, L. (1975). Behaviour of the dying patient. *British Medical Journal*, 2, 81e82.

Young, G. B., & Lee, D. (2004). A critique of ancillary tests for brain death. *Neurocritical Care*, 1(4), 499e508.

Young, M., & Cullen, L. (1996). *A good death: Conversations with East Londoners*. London: Routledge.

Youngner, S. J., Arnold, R. M., & Schapiro, R. (Eds.), (1999). *The definition of death: Contemporary controversies*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Youngner, S. J., Landfield, C. S., Coulton, C. J., Juknialis, B. W., & Leary, M. (1989). Brain death and organ retrieval: a cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *Journal of the American Medical Association*, 261(15), 2205e2210.

Zamperetti, N., Bellomo, R., Defanti, C. A., & Latronico, N. (2004). Irreversible apnoeic coma 35 years later: towards a more rigorous definition of brain death? *Intensive Care Medicine*, 30, 1715e1722.