

Entre sonhos e quimeras: sociabilidade e subjetividade no transplante de órgãos

Between dreams and quimeras: sociability and subjectivity in organ transplants

Rafael Losada Martins*

Faculdade de Tecnologia Senac/AM, Brasil
rlosada@gmail.com

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir, a partir de dados etnográficos, como pessoas que realizaram transplantes de órgãos reconstruem suas trajetórias e relações sociais mediante a incorporação de uma ética de conduta marcada por parâmetros biomédicos, privilegiando, para tanto, não somente o fato de receber um transplante, mas o de viver com um órgão transplantado ao longo do tempo. O corpo do indivíduo transplantado deve ser produzido cotidianamente, alvo de uma vigilância constante e de uma ação contínua. Após a cirurgia ele será o responsável pela manutenção do tênue equilíbrio entre seu corpo e o órgão doado, administrando a rejeição, o que envolve modificações no comportamento, no estilo de vida e no cuidado de si. Esse cuidado da saúde coloca em evidência a questão do “como viver?”, isto é, das diferentes maneiras de conduzir a vida, situando o indivíduo em um complexo campo de relações interpessoais.

Palavras-chave: Transplante de órgãos; Sociabilidade; Subjetividade; Esperança; Sofrimento.

Abstract

The objective of this article is to present and discuss, from ethnographic data, how people who performed organ transplants reconstruct their trajectories and social relationships by incorporating an ethic of conduct marked by biomedical parameters, privileging, for that, not only the fact to receive a transplant, but to live with a transplanted organ over time. The body of the transplanted individual must be produced daily, the target of constant vigilance and continuous action. After surgery he will be responsible for maintaining the tenuous balance between his body and the donated organ, administering rejection, which involves changes in behavior, lifestyle and self-care. This health care highlights the question of “how to live” that is, of the different ways of conducting life, placing the individual in a complex field of interpersonal relationships.

Keywords: Organ transplant; Sociability; Subjectivity; Hope; Suffering.

* Professor da Faculdade de Tecnologia SENAC Rio. Doutorando em Sociologia no Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IESP/UERJ). Mestre em Antropologia (UFBA) e Bacharel em Ciência Sociais (UFBA).

Entre sonhos e quimeras: sociabilidade e subjetividade no transplante de órgãos

Introdução

O encantamento exercido pelas tecnologias biomédicas já há algum tempo tem seduzido a imaginação dos que almejam maior longevidade e alimentado as esperanças daqueles que dela dependem. Contudo, somente em anos recentes esse encantamento alcançou os escritos antropológicos. Parte desse crescente interesse deve-se à ampliação das discussões sobre os efeitos da biotecnologia no ser humano sob o ponto de vista da sociabilidade, visto o seu potencial, real ou imaginário, para afetar não apenas a construção de sujeitos, mas sua própria existência material. Dentro dessa perspectiva, o presente artigo¹ debruça-se sobre o tema do transplante de órgãos e, mais especificamente, sobre a vida após o transplante, privilegiando não somente o fato de receber uma doação, mas o de viver com um órgão transplantado² ao longo do tempo. O objetivo é apresentar e discutir, a partir de dados etnográficos produzidos através de trabalho de campo, como receptores (re)constróem suas trajetórias e relações sociais mediante a incorporação de uma ética de conduta marcada por parâmetros biomédicos, visto que o corpo do indivíduo transplantado deve ser produzido cotidianamente, alvo de uma vigilância constante e de uma ação contínua. Após a cirurgia, ele será o responsável pela manutenção do tenuous equilíbrio entre seu corpo e o órgão doado. Deverá, portanto, administrar adequadamente um estado crônico do qual sua vida depende, a rejeição. Administrá-la envolve, por sua vez, modificações no comportamento, no estilo de vida e, sobretudo, no cuidado de si. Esse cuidado da saúde, mediante a gerência de si, produz uma intensificação das relações

1 Este artigo é uma síntese do Capítulo 5 da minha dissertação de mestrado (Martins, 2009) defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

2 O escopo da pesquisa foi restrito ao transplante de órgãos sólidos (fígado, rim, pulmão, coração e pâncreas). Transplantes de tecidos, córnea e medula óssea, por exemplo, ficaram fora do escopo da pesquisa.

de si para consigo, ao passo que põe em relevo a questão moral do “como viver?”, isto é, das diferentes maneiras de conduzir a vida.

Os estudos sócio-antropológicos seguiram de perto as inovações, transformações e dilemas desencadeados pelos procedimentos, técnicas e concepções oriundos da biomedicina que viabilizaram e conformaram a prática do transplante de órgãos. Ainda na fase experimental, quando a rejeição desencadeada pela resposta imune do organismo receptor era o principal obstáculo para a rotina do transplante de órgãos, pesquisadores elegeram a doação enquanto via privilegiada para apreender as relações entre modificação corporal e subjetividade (Fox y Swazey, 1974; Simmons, Klein y Simmons, 1977). Desde então, o tópico da doação e, em especial, as relações entre doador (e seus familiares), receptores e profissionais de saúde têm recebido grande atenção (Fox y Swazey, 1992; Joralemon, 1995; Sque y Payne, 1997; Sharp, 1995; 2006; Sque, Payne y Clark, 2006). Outro tema bastante explorado pela literatura especializada diz respeito a criação e aplicação do critério de morte encefálica e a dependência do transplante nesse critério para a obtenção de órgãos (Ohnuki-Tierney, 1994; Giacomini, 1997; Lock 2002; Sadala, 2004). O comercial ilegal de órgãos (Cohen, 1999; Scheper-Hughes, 2000), as premissas ideológicas do transplante (Sharp, 1995; 2002; Joralemon, 1995) e seus aspectos éticos (Lamb, 2000), ainda que menos recorrentes, também foram temas contemplados por diversas pesquisas. Já estudos sobre a vida dos receptores após o transplante, isto é, sobre como é viver com um órgão transplantado ao longo do tempo, seriam inexistentes não fosse o estudo de Crowley-Matoka (2005) acerca das promessas e dos perigos presentes na vida de pessoas que optaram pelo transplante de rim, em detrimento da hemodiálise.

De forma mais ampla, a pesquisa que resultou neste artigo foi marcadamente influenciada pelo conceito de “biosociabilidade”, elaborado por

Paul Rabinow (1999) para caracterizar a constituição de identidades e práticas, coletivas e individuais, organizadas em torno do compartilhamento de características somáticas ou genéticas. Ao sublinhar o surgimento de novas formas de sociabilidade associadas à difusão de tecnologias médicas, as ideias de Rabinow põem em relevo o potencial do transplante de órgãos de criar e atualizar redes de relações sociais mediante as quais a experiência do receptor se constitui, especialmente, no que se refere à relação com o doador e/ou família do doador. Sob essa perspectiva analítica, foram delimitados dois eixos de investigação inter-relacionados: 1) modificações nos modos de subjetivação e nos padrões de sociabilidade de indivíduos transplantados; 2) compreensão dessas modificações sob o pano de fundo das “promessas” de saúde veiculadas pelo discurso biomédico e sua apropriação e reinterpretação pelos receptores.

Apreendido a partir da metáfora do “presente da vida”, segundo a qual o órgão doado é animado pela essência da vida, o transplante opera como um poderoso símbolo popular veiculando promessas e esperanças de saúde creditadas ao desenvolvimento de tecnologias biomédicas que materializam expectativas e desejos de maior longevidade com melhor qualidade de vida. Para compreender essa “economia política da esperança” (Good, 2007: 364) proponho, na seção seguinte, delinear os contornos gerais do processo de emergência da medicina moderna enquanto lócus das promessas salvacionistas e, portanto, de novas formas de mediar a certeza sobre a nossa finitude. Essa dimensão soteriológica da medicina será abordada a partir da tradição judaico-cristã mediante uma “analítica do renascimento”³ para melhor entender o lugar da biotecnologia na sociedade contemporânea. Em seguida, a partir da apresentação da “trajetória situada”⁴ de Antônio, serão delineadas transformações no seu estilo de vida, visão de mundo e relações sociais desencadeadas pela experiência do transplante de órgãos e fortemente influenciadas pela incorporação e reinterpretação de uma ética de conduta marcada por parâmetros

3 Em analogia à “analítica da finitude” elaborada por Foucault ([1966] 2002: 430-439) e sob inspiração da “analítica da longevidade” (Rodrigues, Leibing y Saint-Hilaire, 2008).

4 A expressão “trajetória situada” é derivada da ideia de “situação biograficamente determinada” elaborada por Schutz, segundo quem: “Dizer que uma situação é biograficamente determinada é afirmar que ela possui uma história; ela é a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo, organizadas como uma posse que está facilmente disponível em seu estoque de conhecimento [...] inclui certas possibilidades de futuras atividades práticas ou teóricas que podem ser chamadas de ‘objetivo à disposição’. É esse objetivo à disposição que define quais dentre os vários elementos contidos em uma situação serão relevantes” ([1970] 2012: 85).

biomédicos de saúde. Resumidamente, este artigo visa, portanto, compreender como saberes e práticas médicas são apropriados e reelaborados no “mundo da vida” (Schultz, [1970] 2012: 84-88) e seus efeitos singulares nas trajetórias de indivíduos submetidos ao transplante de órgãos.

A pesquisa foi viabilizada através da Associação de Pacientes Transplantados da Bahia – ATX-BA,⁵ uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1999, com a finalidade de desenvolver atividades de assistência socioeconômica e propiciar melhor qualidade de vida para pessoas transplantadas. Além de pesquisar sobre seu histórico e funcionamento, contei com a permissão e ajuda da diretora, uma farmacêutica aposentada e transplantada, para participar do cotidiano da instituição e interagir com os associados, alguns deles futuros interlocutores. Ao longo dos seis meses de trabalho de campo, a observação participante assumiu o status de método estratégico. Inicialmente, a convivência e as conversas ordinárias com os associados constituíram uma via privilegiada para estabelecer laços de confiança e de familiaridade, tornando a minha presença menos intrusiva e incômoda. Ademais, a interação cotidiana possibilitou aprender, de forma gradual e situacional, regras informais de conduta e de etiqueta, assim como, o vocabulário especializado comumente empregado por esses atores, marcado pela proliferação de termos e expressões médicas, nem sempre inteligíveis para os leigos. De forma geral, a observação participante cumpriu dois importantes papéis. Por um lado, propiciou compreensões mais aprofundadas sobre os dados coletados, ajudando a melhor situá-los nos quadros de referência socioculturais e morais mobilizados pelos interlocutores. E, por outro, potencializou a receptividade da pesquisa para coletar dados inesperados sobre temas não previstos no desenho da pesquisa.

A principal técnica de produção de dados empregada foi a entrevista. Nos momentos iniciais privilegiei a realização de conversas informais sobre assuntos ordinários com a finalidade de ganhar familiaridade com os interlocutores e de descobrir

5 De forma similar a outras entidades que atuam nessa área, a ATX-BA tem como uma de suas principais atividades a realização de campanhas publicitárias, geralmente veiculadas em *outdoors* e jornais, e eventos de mobilização que visam informar e incentivar a população sobre a importância da doação de órgãos e tecidos. Ademais, desenvolve ações que visam propiciar melhor qualidade de vida aos associados, mediante distribuição de alimentos, medicamentos e capacitações profissionais diversas; assegurar o direito ao acesso aos medicamentos imunossuppressores, sem que haja interrupções no seu fornecimento; orientar e encaminhar, quando necessário, pacientes para centros transplantadores localizados em outros Estados.

temas relevantes não previstos inicialmente. Posteriormente, ao firmar laços de confiança e de familiaridade, lancei mão de entrevistas não-estruturadas com o objetivo de explorar temas específicos sobre suas trajetórias de vida e, de forma mais geral, abordar os tópicos da problemática de pesquisa. Apesar de abrangente, essa etapa foi de grande valia, pois possibilitou a delimitação dos temas mais relevantes, posteriormente, aprofundados através de entrevistas semiestruturadas. Esta última etapa, direcionada para os informantes-chave, propiciou aprofundar a compreensão sobre determinados tópicos organizados em torno de dois eixos. O primeiro centrado nos eventos do diagnóstico da doença, a opção pelo transplante, o evento crítico da doação, a realização da cirurgia e a vida após o transplante. Inicialmente, os encontros ocorreram na própria Associação e, conforme estabelecia maior confiança e intimidade com os interlocutores, esse espaço institucional foi relegado em favor de outros lugares por eles escolhidos, incluindo, suas casas. Independentemente da técnica utilizada, os interlocutores foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos, da mesma forma que assegurarei o anonimato e a confidencialidade das informações compartilhadas. O registro das entrevistas só foi feito com permissão prévia, tanto para a gravação do áudio, quanto para as anotações no caderno de campo.⁶

Análítica do renascimento: esperança e biotecnologia

Neste fim de século, se nos perguntássemos qual foi o feito mais comovedor e mais sublime da medicina em todos os tempos, não hesitaríamos em dizer que foi o milagre dos transplantes. Desde que Eva nasceu, em uma ‘clonagem’ de uma costela de Adão, originando a humanidade, nada se pode comparar a este fato médico [...] O milagre dos transplantes foi-nos concedido neste século como um dom das modernas conquistas médicas e científicas. Ele surgiu como um dom do Criador a nós, pobres mortais, demonstrando que a medicina existe para o homem e não o homem para a medicina e, neste ponto, nossa medicina cruza com a filosofia moral, com uma nova ética e com uma renovada teologia, pois o médico só pode existir em razão de sua relação com o doente [...] Esse, a nosso ver, é o verdadeiro significado dos transplantes hoje: permitem que nós, pobres médicos, sejamos meros instrumentos

6 Especificamente, para o caso de Antônio, cuja trajetória será descrita e analisada a seguir, foram realizadas inúmeras conversas informais, dentro e fora da Associação, e duas entrevistas semiestruturadas, registradas em áudio e transcritas.

tentando imitar o milagre da ressurreição, procurando – depois da morte – continuar a oferecer a vida, revivendo a parábola: “Estava doente e cuidaram de mim!”, pois somente o ato heróico de sacrificar a própria vida por outrem irá nos proporcionar a verdadeira experiência de termos estado vivos (Marino Júnior, 2001).

Os trechos transcritos acima, extraídos do texto “O milagre dos transplantes” publicado no jornal Folha de São Paulo pelo neurocirurgião Raul Marino Júnior, despertam a atenção para as aproximações entre a cosmologia judaico-cristã e as aspirações secularizadas da medicina, principalmente no que se refere à veiculação de promessas de esperança e salvação. Inicialmente, cabe notar a analogia entre o transplante de órgão e a criação de Eva a partir da costela retirada de Adão (Gênesis, 2:21-25). O gesto divino que derivou um ser humano a partir de uma parte do corpo de outrem, dando origem à humanidade, é equiparado ao ato médico de retirar um órgão de uma pessoa e alocá-lo em outra. Tal comparação é significativa na medida em que, ao estabelecer uma “continuidade indicativa”⁷ entre os domínios da religião e da ciência, sinaliza mudanças no lócus das promessas salvacionistas e, conseqüentemente, nas formas de lidar com a finitude humana.

Desde a Queda do Paraíso todos pecamos, a vida humana tornou-se punível e o mundo hostil – “toda a criação, a um só tempo, geme e suporta angústias até agora” (Romanos, 8:22). O corpo perecível e a alma corruptível renunciavam o famoso “mal metafísico”, a finitude humana. A partir de então, o ser humano, criatura de natureza imperfeita repleta de carências e necessidades, fadada a consumir seu próprio corpo na vã expectativa de satisfazê-lo, deveria encontrar a esperança de redenção no futuro reservado por Deus: a comunhão da vida eterna. Na “antropologia nativa da sociedade ocidental”, a Queda seria, por excelência, o mito fundador das concepções cosmológicas mais amplas a respeito da pessoa ocidental como criatura imperfeita (Sahlins, 2004: 563). A fé na salvação pressupõe a crença na ressurreição da carne, conforme a pregação do apóstolo Paulo aos Coríntios: “se Cristo não ressuscitou, é vã a nossa pregação, e vã, a vossa fé”

7 A expressão utilizada por Marilyn Strathern se refere à produção de similaridades entre diferentes domínios sociais através do recurso à analogia, com o objetivo de estabelecer uma compreensão: “Analogies are not relations of cause and effect [...] Analogies are relations of resemblance [...] a making sense through indicative continuities, just as one text points to another” (2005: 67).

(Coríntios, 15:14). Mas, além da fé, é necessário, também, ter esperança. Ambas compõem as virtudes teológicas que motivam o agir cristão. Esperança e salvação, termos intercambiáveis dessa economia moral da redenção, fornecem, portanto, parâmetros para a organização temporal da conduta terrena (Brown, 1998: 18).

Cabe observar que, até o declínio do Império Romano e a ascensão do evangelho cristão, as inquietudes geradas pela finitude humana despertaram, sobretudo, aspirações à imortalidade, ou seja, desejo de “continuidade no tempo, vida sem morte nesta terra, neste mundo” (Arendt, 2009: 26). Para atingir tais aspirações, os homens, a despeito de sua mortalidade individual, contavam com a capacidade de realizar feitos imortais, isto é, de produzir para a posteridade vestígios imorredouros – obras, feitos e palavras –, monumentos sociais através dos quais poderiam atingir uma forma particular, pois humana e não divina, de imortalidade. Posteriormente, com a promoção do evangelho cristão, a eternidade, e não mais a imortalidade, tornou-se o foco principal das preocupações terrenas.

Sob essa nova configuração, a própria ideia de uma “vida sem morte nesta terra neste mundo” constituiria uma quimera, posto que, para o cristianismo, o morrer faz parte do curso da vida em direção à eternidade: “Ninguém pode exigir a vida eterna, imperecível e imortal sem que lhe atormente esta vida temporal, perecível e mortal” (Feuerbach, 2007: 291). Apesar dessa mudança, é possível afirmar que ambas, vida imortal e vida eterna, apontam para um desejo comum, o de suprimir a linearidade da vida humana individual, e assim diminuir “a perturbação da dupla suspensão do tempo de vida e de morte” (Rodrigues, Leibing y Saint-Hilaire, 2008: 71).

Condição para a vida após a morte, a ressurreição representa a última grande vitória: a vitória sobre a mortalidade, alcançada mediante uma transformação ontológica radical, a re-união do corpo e da alma, na forma de um “corpo espiritual” (Coríntios, 15:44). Sobre o oxímoro “corpo espiritual”, deve-se ponderar, como Gadamer o fez, se os questionamentos e discursos sobre a alma existiriam caso “o corpo não experimentasse sua vitalidade e decadência” (2006: 78). A alma imortal, separando-se do corpo no momento da morte, não perece, devendo unir-se novamente ao corpo no momento da ressurreição. A esperança de uma existência gloriosa no além morte, através da constituição de um corpo espiritual, negação direta do corpo natural, proporciona uma forma de mediar a certeza sobre a própria morte, expressa na decadência do corpo e no impetuoso não-querer-saber dessa certeza (Gadamer,

2006: 71). Da linearidade da temporalidade humana – marcada por uma história vital identificável do nascimento até a morte – à atemporalidade da eternidade divina, a morte representaria apenas a passagem de uma vida para outra.

De acordo com a “antropologia nativa” esboçada por Sahlins, essa concepção singular da pessoa humana como criatura imperfeita, apesar de pertencer às “estruturas culturais nativas de longa duração” (2004: 563-564), não permaneceu inalterada no curso da história, sobretudo com o desenvolvimento do capitalismo. A concepção bíblica do homem necessitado, sujeito às demandas do desejo e aos prazeres e dores corporais, passou por um aburguesamento que implicou numa mudança do valor atribuído à imperfeição humana:

[...] Deus foi clemente. Deu-nos a economia. Na época de Adam Smith, a miséria humana havia-se transformado na ciência positiva de como aproveitamos ao máximo nossas eternas insuficiências, e tiramos a máxima satisfação de meios que estão sempre aquém de nossas necessidades. Tratava-se da mesma condição humana miserável contemplada na cosmologia cristã, só que aburguesada – uma elevação do livre arbítrio à escolha racional (Sahlins, 2004: 567).

O paraíso celestial tornara-se terrestre e o conceito de “saúde da população” (Foucault, 1979) inseparável da produção capitalista. Os corpos, além de reproduzir, deveriam, também, produzir. Na encruzilhada entre a vitalidade e a decadência humana, os discursos da alma e da vida após a morte se transformaram em promessas e esperanças de uma vida longa sem decrepitude. Sob esse novo regime, a própria vida entrou para a ciranda econômica, através da criação de uma ficção nunca vista antes, a transformação do trabalho em mercadoria (Polanyi, 2000: 97). Para Foucault, esse processo histórico singular é fundamental para a compreensão da prática médica no Ocidente. Ao refutar a hipótese da medicina moderna ser individualista devido à sua sujeição a lógica de mercado, ele argumenta que o surgimento de uma “medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário” (1979: 93), em meados do século XIX, está correlacionado a uma nova tecnologia do corpo social, fundamentada na socialização “de um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” (1979: 80).

Para viabilizar essa nova ordenação da vida, foi necessário realizar uma ampla reengenharia social – “a grande transformação”, tão bem descrita

por Polanyi –, acompanhada, por sua vez, de uma nova tecnologia política, derivada do poder pastoral e responsável por garantir a “inserção controlada dos corpos no aparelho de produção” e ajustar “os fenômenos de população aos processos econômicos” (Foucault, 1984: 132). Esse novo diagrama de poder, denominado biopoder, se caracterizaria, sobretudo, pelo investimento “no biológico, no somático, no corporal” (Foucault, 1979: 80), mediante um processo geral de medicalização dos corpos, que correspondeu, de forma mais ampla, à “entrada dos fenômenos próprios à vida na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas” (Foucault, 1984: 133).

O corpo transformado em “realidade biopolítica” exigia, portanto, um novo tipo de agenciamento, que seria fornecido pela medicina enquanto “estratégia biopolítica” (Foucault, 1979: 80). Entretanto, é preciso ressaltar que essa estratégia não se restringe ao corpo medicalizado. Como observado por Byron Good, a associação entre os aspectos fisiológicos e soteriológicos é central à constituição da medicina moderna (2004: 86). Atrelada ao uso dos diversos instrumentos e equipamentos tecnológicos que promovem a longevidade, estão presentes promessas e esperanças de cura que envolvem não apenas o reestabelecimento da normalidade biológica, mas também dramas morais, sofrimento, medo e morte. Os discursos e práticas biomédicas, sobretudo aquelas direcionadas para doenças crônicas e terminais, materializam expectativas e desejos de maior longevidade com melhor qualidade de vida. Se o corpo, a partir da anátomo-clínica, se tornou o espaço da doença e da morte, a eficácia técnica da medicina, por sua vez, passou a representar a dimensão soteriológica, proporcionando àqueles que padecem dos infortúnios da vida terrena uma nova forma de mediar a certeza de nossa finitude (Foucault, [1980] 2006: 218).

A saúde substituiu a salvação e a medicina assumiu o papel de principal responsável pela soteriologia ocidental. A emergência dessa forma secularizada de lidar com a imperfeição da natureza humana, aponta para um deslocamento nas promessas de salvação: da imortalidade do corpo espiritual para o prolongamento da vida do corpo decadente. Não obstante esse deslocamento, o foco permanece, como apontado por Gadamer (2006), no caráter irrevogável da mortalidade e seus múltiplos significados. Ou, dito de outra forma: “at the most general level, discourses of hope in modern biomedicine, as much as in religious eschatology, are tied into what counts as a meaningful response to death and dying. Central to the semantics of hope is the cultural apprehension and negotiation of mortality itself” (Brown, 1998: 22).

Nesse novo contexto, a própria ideia de salvação teve seu campo semântico ampliado. Uma série de objetivos mundanos – saúde, bem-estar, qualidade de vida, padrão de vida, segurança, entre outros – foi derivada da aceção religiosa mais estrita. Essa reconfiguração sociocultural da “semântica da esperança” promovida pela biomedicina ensejou, concomitantemente, um novo solo de problematizações a partir do qual os indivíduos se colocam a questão do “como viver?”. Desde então, a dimensão moral da existência humana passou a incorporar, cada vez mais, valores oriundos do campo médico, os quais atribuem um lugar central para a existência corporal.

Não obstante os efeitos heurísticos do conceito de biossociabilidade (Rabinow, 1999), já sinalizados na Introdução, ao invés de tomá-lo como ponto de partida para a discussão a seguir, propõe-se enquadrar a questão empírica que norteia este artigo – “como é viver com um órgão transplantado?” – sob a ótica da concepção de “qualidade de vida” elaborada por Gadamer (2006: 110), entendida como as diferentes formas de conduzir a vida tendo em vista a promoção ou manutenção da saúde. Essa proposta enseja uma perspectiva analítica menos engessada quanto as possibilidades interpretativas a cerca dos efeitos de saberes e práticas médicas nas trajetórias de indivíduos submetidos ao transplante de órgãos, posto que faculta situa-las em um campo mais amplo e heterogêneo de relações sociais não circunscritas estritamente ao domínio médico.

Da dor ao dom através de uma “trajetória situada”

Na sede da ATX-BA, logo nos momentos iniciais da pesquisa de campo, uma das primeiras pessoas que conheci foi Antônio, um técnico eletricista aposentado, que recebeu um rim de sua “meia-irmã”, após ser diagnosticado com insuficiência renal bilateral. Dentre as diversas conversas que tivemos, uma das mais marcantes foi quando narrou o dia de sua cirurgia, compartilhando uma reflexão realizada momentos antes de perder a consciência por conta do efeito da anestesia.

Fui levado para o centro cirúrgico logo cedo, assim como minha irmã, a doadora, que ficou numa sala ao lado, sendo operado por um competente cirurgião e urologista, e eu seria operado pelo Dr. Cabral, um experiente cirurgião, chefe da equipe. Após a anestesia só me lembro da intensa movimentação e do barulho das conversas, depois uma profunda sonolência. Aproveitando que estava quase “dormindo” fiz uma incursão para o futuro. Me

perguntei: como será a minha vida daqui por diante? Já sei que será bem diferente no sentido de que me recuperarei logo do transplante. Embora saiba, também, que existe sempre, por melhor que seja o doador, a compatibilidade dele, e, por mais avançada que a medicina seja, com drogas anti-rejeição e acompanhamento constante, existe, sim, a possibilidade do meu organismo rejeitar o novo órgão. Aliás, isso é natural, pois o Criador nos fez de tal modo que nosso corpo é resistente aos agentes externos que o invadem, como vírus e bactérias, e nos prejudicam provocando doenças e infecções. Quando isso acontece o nosso sangue produz anticorpos para combater os invasores indesejáveis. No caso do transplante, a medicina está lutando contra a lei natural do universo, para evitar que o organismo do transplantado rejeite o novo órgão. E eu, naturalmente, tinha, por instinto, por desejo e por convicção, que lutar com todas as forças para que o meu organismo aceite docilmente o rim doado por minha irmã. E, pensei comigo mesmo, farei isso com muita garra, paciência e perseverança que no fim vai dar tudo certo. Enquanto não der certo é porque ainda não chegou no fim.

Evitar a rejeição no pós-operatório é um importante passo na trajetória de um receptor, mas, é apenas o primeiro de uma longa caminhada. Apesar do transplante de órgão propiciar, em muitos casos, a cura de uma doença crônica e/ou terminal, a administração da rejeição continuará pelo resto da vida, o que implicará, inclusive, a necessidade de lidar com outras enfermidades relacionadas aos efeitos colaterais das medicações imunossupressoras (Pereira, 2004: 98-99). A incerteza vivenciada no pré-operatório por Antônio, comum a muitos transplantados, se estenderá por toda a vida. A resposta à questão sobre quanto tempo o órgão implantado funcionará adequadamente permanecerá uma incógnita. Administrar a rejeição envolve uma série de modificações no comportamento e no estilo de vida dessas pessoas, sobretudo, no cuidado de si, mediante a incorporação de uma ética de conduta marcada por parâmetros biomédicos de saúde: tomar remédios, realizar exames periódicos, mudar a dieta, fazer exercícios físicos. O corpo do indivíduo transplantado deve ser produzido cotidianamente, alvo de uma vigilância constante e de uma ação contínua. A produção contínua do corpo transplantado e as modificações que ela implica serão abordadas através da narrativa do próprio Antônio.

Nascido em Salvador (Bahia), foi criado no Rio de Janeiro, onde se formou em técnico de eletricidade. Lá, Antônio viveu até os 25 anos, quando casou e voltou para sua cidade natal. Por conta do curso técnico conseguiu um emprego na empresa responsável pela distribuição de eletricidade no estado da Bahia até o ano de 1999, quando se aposentou. Além do merecido descanso, esse ano ficou marcado por outro acontecimento. Ao realizar exames médicos para dar início ao processo de aposentadoria, ele foi diagnosticado com insuficiência renal crônica bilateral causada por fatores hereditários. Inclusive, dois irmãos por parte de pai tiveram o mesmo infortúnio, um fez transplante e o outro faleceu.

Inicialmente, ficou reticente quanto ao resultado do exame. Procurou outro médico e fez novos exames. Para sua infelicidade, o segundo médico endossou o diagnóstico anterior. Com a confirmação, adveio a necessidade das exaustivas e nauseantes sessões semanais de hemodiálise, realizadas durante longos quatro anos. Esse período foi marcado pelo sofrimento, falta de “liberdade”, mal-estar constante e a debilidade física ocasionado pelo tratamento: “é desgastante você ficar ali quatro horas, você às vezes tem hipotensão ou hipertensão”. Após as sessões, ao voltar para casa sua única vontade era a de dormir: “você muda totalmente sua condição de vida, sua convivência com os familiares”. Além disso, ao longo do tratamento paliativo presenciou mais de uma vez a morte de pacientes.

Como eu mesmo vi, muitas pessoas que já tinham uma vida debilitada, pessoas fracas economicamente, que não têm uma condição de alimentação, passavam por situações realmente muito apavorantes. Vi algumas morrerem durante a hemodiálise [...] O dia que eu vinha, às vezes saía com cefaleia, aí tinha que tomar medicação devido a questão da variação [de pressão arterial]. Chegava em casa era só questão de querer dormir, deitado, não tinha vontade pra nada [...] De uma forma ou de outra, por mais sutil que você queira ser, você sempre deixa transparecer algo para os familiares [...] isso desencadeia uma série de problemas que não é somente com o paciente. É muito importante o apoio da família, principalmente porque é uma das coisas essenciais. Porque se a pessoa não tiver acima de tudo uma mente legal, um bom raciocínio, se não for uma pessoa plantada emocionalmente, às vezes, a pessoa pode até pensar em fazer besteira. Eu não pensei, mas tem gente que chega até o ponto de se entregar mesmo, até suicídio.

Antônio reconhece a importância do apoio da família durante esse momento difícil, principalmente, da esposa e da filha. Todos os dias quando chegava da hemodiálise, a filha perguntava: “Papai, como você está? Não fique assim não”. Sua esposa sempre o acompanhava durante as sessões e era responsável por sua dieta, tanto por cozinhar receitas adequadas para o marido, quanto para coibi-lo de burlar as orientações da nutricionista. Além disso, devido à debilidade física do marido, o cuidado com a filha e a realização das tarefas domésticas, anteriormente realizadas por ele, passaram a ser de sua responsabilidade. Por tudo isso, Antônio se sentia inútil, incapaz até mesmo de cuidar da filha, contribuindo para o sentimento de impotência diante da doença. A única alternativa era realizar um transplante renal, o que colocava uma questão incontornável, o doador.

Sua esposa foi a primeira a se candidatar. Todavia, a realização de exames preliminares identificou incompatibilidade sanguínea entre eles, descartando-a como doadora. A impossibilidade do gesto altruísta frustrou emocionalmente a esposa, segundo Antônio: “ela, mais do que ninguém, por acompanhar meu sofrimento, queria muito fazer esse ato de amor. Ela achava que era uma forma de dividir comigo aquele sofrimento todo”. Pouco tempo depois, quando a mãe de Antônio, residente na cidade do Rio de Janeiro, soube das dificuldades enfrentadas pelo filho, contactou o resto da família para tentar sensibilizá-la na expectativa de encontrar um doador. A iniciativa, felizmente, teve resultados positivos. Certo dia, Antônio recebeu um telefonema de sua irmã, que também mora no Rio de Janeiro, no qual ela afirmou estar disposta a realizar a doação, caso fosse compatível. A felicidade, contudo, durou muito pouco, na mesma semana, “o marido dela disse que mulher dele não vinha para Salvador, para doar rim para irmão, questões de família e tal”. Mas, como o próprio Antônio disse, “há males que vêm para o bem”.

Quando era adolescente, seus pais se separaram, segunda ele, amigavelmente. Sobre a separação, afirmou que o assunto dizia respeito exclusivamente aos seus pais, e, se eles concordavam não ser mais viável manter o relacionamento, tinham o direito de terminar. Contudo, algum tempo depois, sua mãe iniciou um novo relacionamento com um homem mais novo, fato que o desagradou profundamente, pois, em sua opinião, era uma aventura amorosa sem futuro. Inclusive, expressou sua discordância de forma assertiva, dando início a uma série de discussões com sua mãe, até que ambos romperem relações. Da “aventura amorosa” de sua mãe nasceu uma filha. Contrariado, Antônio

não quis proximidade com a “irmã parcial”, como ele mesmo a denominou. Esse afastamento foi reforçado pela distância geográfica quando ele se mudou para Salvador. Muitos anos depois, refletiu e considerou sua reação exagerada, atribuindo sua atitude à imaturidade. Desculpou-se e iniciou um processo de reaproximação da sua mãe. Já com relação à sua “irmã parcial”, manteve-se afastado.

Enfim, Antônio precisava realizar um transplante renal para não mais depender da hemodiálise. Sua esposa, a primeira a se candidatar, foi descartada devido à incompatibilidade sanguínea. Em seguida, foi a vez de sua irmã, que nem chegou a realizar os exames, pois seu marido proibiu. Quando as chances de receber uma doação familiar iam diminuindo e a necessidade de entrar na vagarosa lista de espera para doação cadavérica tornava-se imperativa, sua “irmã parcial”, relegada desde o nascimento, ofertou seu órgão espontaneamente.

E a irmã parcial foi a que disse: “Meu irmão está precisando, eu vou [doar] de livre e espontânea vontade”. Minha família ofereceu e eu acatei porque acho que é uma questão que tem que existir a livre e espontânea vontade [...] Inicialmente eu disse que ela primeiro analisasse, pensasse, porque ela podia estar sendo movida por impulso emocional, que era uma coisa séria e, futuramente, caso viesse a acontecer algum problema, ela também ia passar a necessitar de um rim. Tudo isso nós conversamos. Aí, ela disse que não tinha problema nenhum e que “o futuro só Deus nos dará, eu quero saber agora do presente, e a minha decisão é essa”.

Os exames necessários foram realizados e confirmaram a viabilidade da doação do órgão. No dia 18 de janeiro de 1999, Antônio realizou o transplante, que representou não apenas o fim da hemodiálise, mas também um rearranjo de suas relações familiares, particularmente no que se refere à sua “irmã parcial”. Após a cirurgia, realizada no Rio de Janeiro, Antônio ficou hospedado na casa dela, juntamente com sua esposa, responsável por assistir ambos enquanto se recuperavam do pós-operatório. Além de superarem as desavenças passadas, começaram a construir uma relação mais próxima. Como veremos adiante, Antônio teve outra filha poucos depois do transplante e convidou sua irmã, agora efetivamente reconhecida como tal, para ser madrinha. Atualmente, sempre que possível, eles se encontram nos feriados prolongados ou nas férias escolares, seja no Rio ou em Salvador.

Eu prejudiquei ela, fui precipitado, mas me desculpei no que foi possível. Conversei com ela, esclareci tudo. Ficou tudo esclarecido e por questões de destino veio a acontecer isso aí, para você ver como funcionam as coisas [...] Foi ela que me deu uma nova vida, para mim e para minha esposa e filhas. Na vida a gente sempre aprende a recomeçar, essa foi uma das coisas que aprendi.

Não foram apenas as relações familiares que mudaram após o transplante, Antônio teve também que modificar seu estilo de vida, adotando comportamentos necessários para controlar a rejeição do órgão transplantado e, dessa forma, assegurar uma maior sobrevida do enxerto. Segunda ele, a vida de uma pessoa transplantada é quase igual a de uma pessoa normal, desde que se siga três recomendações: controlar a alimentação com uma dieta específica, não deixar de usar os medicamentos imunossupressores e realizar periodicamente exames médicos. Ele não tem dificuldades em seguir essas recomendações. Sua aposentadoria por tempo de serviço, juntamente com os rendimentos de sua esposa, são suficientes para manter um padrão de vida adequado às suas necessidades. Outro ponto importante, ele possui um plano de saúde privado que o torna independente das vicissitudes do sistema público de saúde.

Em contraste com o período em que realizava hemodiálise, hoje, Antônio tem uma alimentação “praticamente normal”, a dieta severa de alimentos e de ingestão de líquidos deu lugar a uma dieta mais branda. O consumo de carne vermelha é restrito, a preferência é dada para as carnes brancas. A “cervejinha” terminantemente proibida no tempo da hemodiálise, agora pode ser desfrutada, com muita moderação, mas pode. A alimentação adequada é necessária também para minimizar os efeitos colaterais das medicações necessárias à imunossupressão. Outro ponto importante é a atividade física, que, embora limitada, deve ser realizada. Antônio gosta de caminhar, hábito cultivado apenas após o transplante, antes, admitiu, era preguiçoso.

Eu passei a ter uma alimentação praticamente normal, com algumas ressalvas, com relação ao sal, proteínas. Você tem que fazer maior ingestão de carne branca. Eu, por exemplo, não como frango, então, tenho que fazer mais uso do peixe. Mas eu uso também outras carnes, só que você não pode usar muita carne, porque com a proteína que tem nela corre o risco de elevar a hemoglobina, você fica com o sangue

muito alto [...] Também é importante comer as verduras e legumes. Você tem que preparar seu organismo para ele não ficar debilitado com os remédios, porque eles exigem muito do corpo da pessoa. Eu digo que nunca fui muito chegado em comer folha, essas coisas, mas você tem que pensar no que faz bem para você. Tem que estar consciente da sua situação e da sua postura. Ninguém pode fazer isso por você. É tudo com você mesmo. Agora você tem que fazer alguma atividade física que é para evitar aquela questão de você ter, às vezes, a taxa de colesterol que se eleva um pouquinho e tal.

O transplante trouxe uma série de mudanças na vida de Antônio. Dentre elas, conheceu uma associação, passou a frequentá-la e, em pouco tempo, começou a assumir uma série de tarefas, até se tornar o “braço direito” da diretora. Antônio é considerado por Marcela o seu “braço direito” no que se refere aos assuntos da ATX-BA. Ele conheceu a associação após a operação, através de um encontro fortuito com outra pessoa transplantada quando buscava exames médicos num laboratório. Nos termos da diretora, ele “é pau para toda obra”. Realmente, Antônio faz de tudo um pouco: organiza as notas fiscais, ajuda na preparação das cestas básicas, representa a associação em eventos, faz pequenos reparos na sede, dentre outras atividades.

Aí foi que eu passei a fazer um trabalho com a coordenação, junto com a Marcela, auxiliando no que for possível, mediante a supervisão dela, porque ela é a diretora da entidade. Eu me interessei porque é um trabalho que eu vi que, mesmo sendo um trabalho sem fins lucrativos, é uma questão de trabalho social e humanitário acima de tudo. E aí os ideais iam ao encontro do meu raciocínio, porque ajudar é sempre bom. A gente ajuda não na esperança de ter um retorno, principalmente retorno financeiro, que não é o caso. A minha metodologia é assim: se tem um incêndio e você joga uma gota de água, você não precisa levar um caminhão pipa. Você joga uma gota, se tem um milhão de pessoas e cada uma joga uma gota, vai apagar o incêndio.

Foram muitas as mudanças na vida de Antônio desde o diagnóstico da doença que indicou a necessidade de realizar um transplante de rim. O processo de doação, por exemplo, produziu um rearranjo nas suas relações familiares, fazendo com que se aproximasse da “irmã parcial”, reconhecendo-a

como parte da família após muitos anos. Nesse processo, sua visão de mundo mudou: “início de grandes mudanças na minha vida, de reafirmar outros valores escondidos na minha personalidade”. Seu estilo de vida também foi modificado: alimentação, atividade física, exames, remédios. Mas, nada disso é comparável ao nascimento de sua segunda filha. Pouco antes da aposentadoria, Antônio e sua esposa começaram a planejar um segundo filho. A primeira e, até aquele momento, única filha já havia crescido, casado e estava seguindo sua própria vida. Com isso, a vontade de ter outro filho aumentava cada vez mais, além de ser um desejo antigo de sua esposa. Em comum acordo, decidiram iniciar as tentativa de engravidar após a aposentadoria. Entretanto, o diagnóstico da doença adiou indefinidamente os planos e chegaram até a cogitar que jamais conseguiriam ter outro filho. Inesperadamente, um ano após o transplante eles foram surpreendidos com a notícia da gravidez. Para Antônio, essa foi a maior mudança que o transplante trouxe para sua vida, a possibilidade de ser pai novamente.

Destaca-se nos relatos de Antônio a organização temporal da experiência, na qual sua trajetória é pensada a partir de referências a vivências passadas e a um futuro imediato. Essa organização apresenta-se sob a forma de uma transição entre dois momentos distintos de suas vidas. O “antes”, no qual a experiência da doença é vivida e significada tanto como uma debilidade física, desordem orgânica, quanto como um desarranjo das relações sociais devido às dificuldades para desempenhar adequadamente papéis da vida cotidiana. E o “hoje”, que representa, em contraste, a superação da doença, a cura e o reestabelecimento das relações interpessoais, momento próprio para formular e conduzir projetos.⁸ O evento do transplante figura nos relatos acima como a concretização de um projeto de cura, no qual as dimensões biológica e social se fundem em proveito de uma concepção de corpo como espaço de sedimentação da memória e de elaboração de projetos de vida.

Antônio foi salvo pela “meia-irmã” e “ganhou uma nova vida”. Não é apenas a forma de conduzir a vida que se transforma, o transplante modifica o próprio modo de ser no mundo. A vida continua, mas a forma de viver passa por modificações. Salvação e

renascimento, a afirmação positiva da vida, de sua continuidade, revelam a proximidade com a morte e a possibilidade de transcendê-la. As novas práticas biomédicas não são apenas tecnologias médicas ou de saúde, mas tecnologias de vida (Rose, 2007: 17).

Considerações finais: a medicina como discurso moral

A realização do transplante traz consequências para o resto da vida do receptor. Após a cirurgia ele será o responsável pela manutenção do tenuous equilíbrio entre seu corpo e o órgão doado, da sua saúde e, no limite, da própria vida. A transição da saúde para a doença é, portanto, acompanhada por uma transformação na forma como os receptores devem conduzir suas vidas no cotidiano. A partir do momento em que o novo órgão é alocado no corpo, torna-se necessário administrar outro tipo de “doença crônica”, a rejeição. Sem dúvida, essa administração envolve modificações no comportamento, no estilo de vida, sobretudo, no cuidado de si, mediante a incorporação de uma ética de conduta marcada por parâmetros biomédicos de saúde: tomar remédios, realizar exames, mudar a dieta, fazer exercícios físicos. O corpo do indivíduo transplantado deve ser produzido cotidianamente, alvo de uma vigilância constante e de uma ação contínua.

Esse cuidado da saúde mediante a gerência de si constitui um campo de estratégias práticas dirigidas à promoção da qualidade de vida, nos termos de Gadamer (2006: 110). Dada a centralidade do corpo nessa configuração moral, a questão moral do “como viver?” emerge intimamente relacionada a um processo de “somatização da ética” (Rose, 2007: 6), enquanto condição de mediação da finitude. Essa ética deve ser entendida não no sentido de princípios morais, mas enquanto valores para a conduta da vida que estabelecem um lugar central para a existência corporal. Nesse sentido, o órgão implantado no corpo do receptor faz parte daquilo que Foucault denominou de “determinação da substância ética”, isto é, “a maneira pela qual o indivíduo deve constituir tal parte dele mesmo como matéria principal de sua conduta” (1984: 27). Essa abordagem, ao destacar a dimensão ética da conduta humana, permite situar a constituição de novos modos de subjetivação ensejados pelas práticas biotecnológicas, em um campo mais amplo e heterogêneo de relações sociais.

A trajetória de Antônio é, nesse sentido, exemplar, visto que as relações familiares e de parentesco são tão centrais quanto a incorporação de parâmetros biomédicos de conduta, inclusive para sua existência corporal (o órgão doado pela “meia-irmã” e os cuidados providos por sua esposa). Ao

⁸ Projeto no sentido conferido por Alfred Schütz: “All projecting consists in anticipation of future conduct by way of phantasing, yet it is not the ongoing process of action but the phantasied act as having been accomplished which is the starting point of all projecting. I have to visualize the state of affairs to be brought about by my future action before I can draft the single steps of such future acting from which this state of affairs will result” (1962: 20).

invés de compreender a constituição da identidade das pessoas transplantadas de forma isolada, sugiro que ela interage, se combina ou entra em conflito com outros modos de subjetivação. Portanto, para o contexto de pesquisa explorado neste artigo, o conceito de biossociabilidade (Rabinow, 1999) mostrou-se insuficiente para compreender as modificações nos modos de subjetivação e nos padrões de sociabilidade de pessoas que realizaram transplante de órgãos.

Alternativamente, sugiro analisar a apropriação e reelaboração dos discursos e práticas médicas, assim como, seus efeitos nas trajetórias de indivíduos submetidos ao transplante de órgãos a partir de dois registros. Refiro-me à produção de uma memória sobre o transplante, que engloba desde o diagnóstico da doença até a realização da cirurgia, passando pelo evento crítico da doação; e à construção de um campo de problematizações éticas, no qual as novas formas de sociabilidade engendradas pelo transplante colocam em relevo a questão do “como viver”. A emergência de novas formas de subjetivação relacionadas com a gerência da vida biológica e social têm por base a elaboração de um campo temporal de “estratégias de vida” (Novas y Rose, 2000). É deste modo que os receptores buscam planejar o presente, através da (re)elaboração de uma memória sobre o transplante e da (re)construção de projetos de vida, através dos quais é possível lidar com mudanças nas relações para consigo e para com outros, no estilo de vida e na formação de novas redes de interação.

Referências bibliográficas

- ARENDDT, H. (2009) *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- BÍBLIA. Português. (1988) *A Bíblia sagrada: tradução na linguagem de hoje*. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil.
- BROWN, N. (1998) *Ordering hope: Representations of xenotransplantation - an actor/actant network theory account*. PhD. Thesis. School of Independent Studies, Lancaster University.
- COHEN, L. (1999) “Where it hurts: Indian material for an ethics of organ transplantation” *Daedalus*, vol. 128, issue 4, p. 135-164.
- CROWLEY-MATOKA, M. (2005) “Desperately seeking ‘normal’: the promise and perils of living with kidney transplantation” *Social Science and Medicine*, issue 61, p. 821–883.
- FEUERBACH, L. (2007) *A essência do cristianismo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- FOUCAULT, M. (1979) “O nascimento da medicina social” em Machado, R. (comp.) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 79-98.
- _____ (1984) *História da Sexualidade II: o Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- _____ ([1966] 2002) *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____ ([1980] 2006) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOX, R. y SWAZEY, J. (1974) *The courage to fail: a social view of organ transplants and dialysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- _____ (1992) *Spare parts: organ replacement in american society*. Oxford: Oxford University Press.
- GADAMER, H. (2006) *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- GIACOMINI, M. (1997) “A change of heart and a change of mind? Technology and the redefinition of death in 1968” *Social Science and Medicine*, vol. 44, issue 10, p. 1465-1482.
- GOOD, B. (2004) *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOOD, M. (2007) “The medical imaginary and the biotechnical embrace: subjective experiences of clinical scientists and patients” em Biehl, J., Good, B. y Kleinman, A. (comp.). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Los Angeles: University of California Press, pp. 362-380.
- JORALEMON, D. (1995) “Organ wars: battle for body parts” *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 9, p. 335-356.
- LAMB, D. (2000) *Transplante de órgãos e ética*. São Paulo: Editora Hucitec.
- LOCK, M. (2002) *Twice dead: organ transplants and the reinvention of death*. Berkeley and California: University of California Press.
- MARINO JÚNIOR, R. (2001) “O milagre dos transplantes”. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1505200109.htm> [Consulta: 26/01/2008].
- MARTINS, R. (2009) *Entre sonhos e quimeras: sociabilidade e experiência do corpo entre pessoas submetidas a transplante de órgãos*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- NOVAS, C. y ROSE, N. (2000) “Genetic risk and the birth of the somatic individual” *Economy and Society*, vol. 29, issue 4, p. 485–513.
- OHNUKI-TIERNEY, E. (1994) “Brain death and organ transplantation” *Current Anthropology*, vol. 35, issue 3, p. 233-254.
- PEREIRA, W. (2004) *Manual de transplantes de órgãos e tecidos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- POLANYI, K. (2000) *A grande transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Campus Ltda.
- RABINOW, P. (1999) "Artificialidade e iluminismo: da sociobiología à biosociabilidade" en Biehl, J. (comp.) *Antropología da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, pp. 135-157.
- RODRIGUES, N., LEIBING, A. y SAINT-HILAIRE, P. (2008) "As intermitências da vida: uma analítica da longevidade em histórias de biotecnologia" en Caroso, C. (comp.) *Cultura, tecnologias em saúde e medicina: perspectiva antropológica*. Salvador: EDUFBA, pp.63-87.
- ROSE, N. (2007) *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- SADALA, M. (2004) *Doação de órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores*. São Paulo: UNESP.
- SAHLINS, M. (2004) "A tristeza da doçura, ou a antropologia nativa da cosmologia ocidental" Sahlins, M. (comp.) *Cultura na prática*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, pp. 563-617.
- SCHEPER-HUGHES, N. (2000) "The global traffic in human organs" *Current Anthropology*, vol. 41, issue 2, p. 191-224.
- SCHUTZ, A. (1962) *Collected papers I: the problem of social reality*. Boston, London: Martinus Nijhoff.
- _____ ([1970] 2012) *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- SHARP, L. (1995) "Organ transplantation as transformative experience: anthropological insights into the restructuring of self" *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 9, p. 357-389.
- _____ (2002) "Denying culture in the transplant arena: technocratic medicine's myth of democratization" *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 11, p. 142-150.
- _____ (2006) *Strange harvest: organ transplants, denatured bodies, and the transformed self*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- SIMMONS, R., KLEIN, S. y SIMMONS, R. (1977) *Gift of life: the social and psychological impact of organ transplantation*. New York: Wiley and Sons.
- SQUE, M. y PAYNE, S. (1997) "Dissonant loss: the experiences of donor relatives" *Social Science and Medicine*, vol. 44, issue 3, p. 317-325.
- SQUE, M., PAYNE, S. y CLARK, J. (2006) "Gift of life or sacrifice? Key discourses for understanding of organ donors' decision-making by families" *Mortality*, vol. 11, issue 2, p. 117-132.
- STRATHERN, M. (2005) *Kinship, law and the unexpected: relatives are always a surprise*. New York: Cambridge University Press.

Citado. LOSADA MARTINS, Rafael (2020) "Entre sonhos e quimeras: sociabilidade e subjetividade no transplante de órgãos " en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°32. Año 12. Abril 2020-Julio 2020. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 24-35. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/573>

Plazos. Recibido: 29/01/2018. Aceptado: 10/12/2019.