



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO**

**ELISÂNGELA DOMINGUES MICHELATTO NATT**

**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE À LUZ  
DA BIOPOLÍTICA**

**BELO HORIZONTE**

Faculdade de Ciências Econômicas

2017

**ELISÂNGELA DOMINGUES MICHELATTO NATT**

**TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE À LUZ  
DA BIOPOLÍTICA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Administração, pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEPEAD/UFMG).

Área de Concentração: Estudos Organizacionais e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri

BELO HORIZONTE

Faculdade de Ciências Econômicas

2017

Natt, Elisângela Domingues Michelatto.  
N281t Transplantes de órgãos no Brasil [manuscrito] : uma análise à luz da  
2017 biopolítica / Elisângela Domingues Michelatto Natt. - 2017.  
343 f. : il.

Orientador: Alexandre de Pádua Carrieri.  
Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de  
Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.  
Inclui bibliografia (f. 312-339) e anexos.

1. Biopolítica 2. Transplante de órgãos, tecidos, etc - Aspectos  
sociais - Brasil - Teses. 3. Políticas públicas - Brasil. I. Carrieri,  
Alexandre de Pádua. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro  
de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 304.5



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **ELISÂNGELA DOMINGUES MICHELATTO NATT**, REGISTRO Nº 185/2017. No dia 12 de julho de 2017, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 20 de junho de 2017, para julgar o trabalho final intitulado "**Transplantes de Órgãos no Brasil: uma análise à luz da biopolítica**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Estudos Organizacionais e Sociedade**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

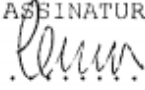
( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);


( ) REPROVAÇÃO.

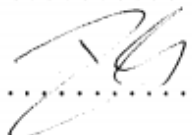
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de julho de 2017.

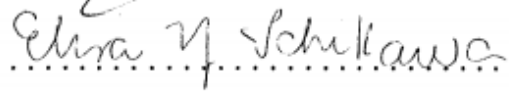
NOMES


ASSINATURAS

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri .....  .....

Prof. Dr. Amon Narciso de Barros .....  .....

Prof. Dr. Dimitri Augusto da Cunha Toledo .....  .....

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisa Yoshie Ichikawa .....  .....

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Meirielle Tavares de Araújo .....  .....

*Ao **Fernando**,  
que me reconectou à beleza  
de uma vida simples.*

## AGRADECIMENTOS

Não me prenderei a nenhuma obrigação sentimental de agradecer nominalmente àqueles que amo e que fazem parte de outros setores de minha vida, pessoal e familiar. Esses eu amo e agradeço em outros momentos, sempre que posso, ao vivo, por estarem ao meu lado e me aceitarem e me amarem tal como eu sou. Para eles, títulos não me complementam ou fazem de mim melhor ou pior. E nessas relações de amor que independem de quem eu sou ou deixo de ser profissionalmente, é onde me completo, onde me faço singular, onde posso ser simples, onde me encontro com meu mais profundo eu. Ao lado deles me sinto mais importante do que qualquer diploma jamais será capaz de me fazer sentir. Para todos eles, dedico toda a minha existência, todo o meu amor. Qualquer espaço onde cabe um texto é pequeno demais para tudo o que representam em minha vida. As palavras não são capazes de descrever toda a complexidade e afeto que nos envolve. E como diria Lacan, os discursos são sempre imprecisos e incompletos, jamais poderiam descrever as tramas complexas dos afetos. Serão sempre uma versão parcial e fragmentada do que percebemos, desejamos e sentimos. Por essas e outras razões que, ao invés de escrever, prefiro partilhar a vida com os seres que me rodeiam e que me permitem ser alguém nesse mundo maluco em que vivemos. Rir e chorar ao lado deles, receber o colo e as broncas que preciso, jogar conversa fora, falar bestialidades, e não agir como se estivesse sempre frente à uma banca, é o que me faz verdadeiramente feliz! Viva! Saber que posso contar com eles em todos os momentos de minha vida é a maior dádiva que poderia experimentar. Eu os amo e nossas histórias estão imbricadas uma na outra. Nada é mais importante que isso. Nossas memórias são nosso lugar precioso, nosso cantinho onde a alma é plena, sonha e contempla o mundo.

Aqui, no entanto, constam os agradecimentos àqueles que fizeram parte desse percurso profissional e acadêmico e que contribuíram significativamente para que esse projeto se concluísse, mesmo em meio a alguns contratempos. Nesse sentido, o primeiro a receber meus sinceros agradecimentos é o Professor Dr. Sidney Kina, que, durante alguns anos de minha vida, foi um grande exemplo a ser seguido. Nos sete anos em que trabalhei para ele em seu consultório aprendi muitas coisas sobre o mundo acadêmico. Sua dedicação e amor pelo que faz resultam sempre em coisas incríveis e, embora eu nunca tivesse apresentado qualquer aptidão para a sua área de atuação específica – a odontologia –, eu senti muito orgulho em trabalhar com alguém que acredita tanto na superação e capacidade dos sujeitos. Aliás, ele é para mim um exemplo vivo dessa superação. Foi ele quem me incentivou a fazer o vestibular e entrar na universidade. Depois, durante o curso, ele foi também um grande incentivador. Me liberava em horário de trabalho para que eu participasse de grupos de estudos, me incentivava a participar de eventos acadêmicos e lia meus textos sempre que podia. Era um empregador que se tornou um amigo em um momento de muita fragilidade em minha vida. E, mesmo não tendo idade para isso, e talvez sem jamais ter sabido, se tornou uma figura paterna durante o tempo em que estivemos próximos. E tudo o que fiz com a minha carreira acadêmica, depois desse tempo, teve um pedacinho de nossas conversas e das vivências desse período que passou. Por isso, a esse homem tão interessante e exemplar, meus sinceros e profundos agradecimentos.

Já na universidade, quando cursei Administração, eu ainda era um bichinho acuado. Não pude explorar tudo o que aquele universo me oferecia. Faltava-me informação e a idade tão precoce me impedia de arriscar. Não foram muitas as pessoas que me marcaram. Fiz alguns amigos, que até hoje fazem parte da minha vida e estão naquele primeiro grupo que cito, da vida pessoal e familiar, com os quais não divido a vida profissional. Em relação aos professores, apenas uma pessoa me deu a oportunidade de avançar e compreender que eu gostava mesmo daquele universo. Foi alguém que olhou para mim e disse, você é capaz e precisa se envolver com novas possibilidades, deve fazer um mestrado, pensar longe. Embora esse fora o meu desejo desde o início, eu não fazia a menor ideia dos caminhos que precisava percorrer, e essa professora me encorajou. Hoje não tenho mais qualquer contato com ela, mas seu nome é Rosângela. Os demais, quando os procurava para saber mais sobre a vida acadêmica, me diziam para não ir por esse caminho, pois se tratava de uma opção para os alunos que estudavam em períodos diurnos, o que não era o meu caso.

Passada a primeira graduação, e enfrentados os primeiros desafios da profissão, decidi me dedicar a outro curso. Optei pela Psicologia, sem grandes pretensões, pois o que pretendia mesmo era ocupar o tempo que me sobrava quando não estava trabalhando. Gostava das ciências comportamentais. Pensava em conciliar o novo aprendizado com o que já fazia. Me vida era bem corrida nessa época. Cursava a faculdade, ao mesmo tempo em que entrei no mestrado, tinha dois, três ou quatro empregos, dependendo do ano. Mas ainda assim, pude aprender mais do que em toda a minha vida. Me encontrei, descobri que, o tempo todo, eu precisava estar ali. Era essa a minha profissão. Aquela que faria com amor, com prazer e uma dedicação quase incondicional. Ao final do curso, depois de ter estudado com mais afinco a área das ciências comportamentais, mudei meu foco, optei pela ênfase em saúde, o que surpreendeu meus colegas e professores, e me apaixonei pela psicanálise. Minha perspectiva intelectual virou de pernas para o ar. E nunca tinha sido tão feliz nesse aspecto. E é aí que cabe o agradecimento ao Professor Msc. André Scapin, um querido, competente e sábio psicanalista freudo-lacaniano. Aqui, outros professores foram muito marcantes, como o Professor Dr. João Ricardo Vissoci, a Professora Msc. Karina, e o doce Professor Dr. Marcos Maestri. Apesar da correria, eles me ensinaram tantas coisas que me são caras até hoje e que fazem toda a diferença em meu trabalho diário.

Não obstante, em meio ao curso de Psicologia, fiz o mestrado em Administração na mesma instituição da primeira graduação com alguns professores que já conhecia. Mas, talvez por estar mais madura, me deparei com novas possibilidades e descobri uma área completamente diversa àquela de anos atrás. Quando comecei esse percurso tinha em mente trabalhar com o Professor Francisco Giovanni, na área de marketing, mas acabei mudando meu foco por ter me encantado com a área de Estudos Organizacionais e com a Professora Dra. Elisa Yoshie Ichikawa. Aprendi muito com o Professor Giovanni e lhe serei eternamente grata pelos ensinamentos. Tenho muito orgulho de ter sido sua aluna. O professor Maurício Reinert também foi importante nesse percurso, sempre gentil e solícito comigo, me deu dicas importantes sobre o mundo acadêmico, e ainda me orientou quanto ao caminho profissional que sigo no momento. Sou verdadeiramente grata a ele. A Professora Dra. Maria Iolanda já na graduação mexia comigo, mas eu só soube reconhecer após a reencontrar. Personalidade forte,

decidida. Sem papas na língua. Admirável. Guerreira. Uma mulher de fibra. Sempre levarei seus ensinamentos comigo. E nesse percurso está alguém que é uma das mais importantes em minha escolha quanto à área de pesquisa, a Professora Elisa Ichikawa, que já citei, mas que merece ser retomada com maior cuidado, já que representa um divisor de águas em minha vida acadêmica. Foi com ela que mudei meu foco, que me permiti tantas coisas, que me reconheci de fato. Mesmo o encontro com a psicanálise veio depois dela. Primeiro ela me apresentou Bourdieu e tantos outros autores importantes, e só então abri meus olhos para as demais possibilidades. Quando ela aceitou me orientar, talvez ela não tivesse a menor ideia de que mudaria toda a minha vida profissional. Minha vida intelectual só passou a existir, de fato, depois dela. Essa querida é hoje uma grande amiga e uma grande incentivadora. É a minha mais confiável conselheira sobre o que fazer e decidir quando o assunto é trabalho. Sábia, serena e discreta. Tão diferente de mim e tão próxima ao mesmo tempo. O que eu sinto por ela é admiração, carinho, respeito e muito orgulho de ter sido sua orientanda no mestrado. Eu devo agradecimentos eternos a essa grande professora! Foi ela quem abriu o caminho mais valioso até aqui. Esse doutoramento não teria acontecido se não fosse por ela. Ela esteve primeiro em Minas Gerais, fazendo seu estágio pós doutoral, gentilmente me apresentou ao professor Carrieri e levou nossos trabalhos até ele, sempre generosamente expondo minha participação. Essa abertura foi significativa e imprescindível para que eu chegasse lá. Por essas e tantas outras coisas, lhe serei eternamente grata!

Já no Doutorado, me deparei com a figura mais instigante e interessante com a qual já pude conviver em toda a minha vida. O meu querido Professor Dr. Alexandre Carrieri. O sujeito mais transparente, ousado e sincero que a academia pode ter. Autêntico e legítimo. Pessoa que admiro, respeito e considero um grande amigo. Ele fez por mim coisas incríveis. Dividiu seu conhecimento, me orientando e guiando nesse percurso, sua expertise é imensurável. Sua capacidade intelectual tampouco. Ele lembra de tudo o que já leu. Faz conjecturas inimagináveis para a maioria das pessoas comuns. Tem um humor intelectual formidável. E o azedume na medida certa. Mas todo o seu brilhantismo acadêmico, com seus quase duzentos artigos publicados e ocupando o espaço mais importante nos Estudos Organizacionais no Brasil, ainda são menores que o seu coração e sua generosidade. É um professor que acolhe os seus alunos como não se vê por aí. Dividiu comigo, além dos de sua experiência profissional, o seu espaço familiar, me recebendo com toda a gentileza que somente uma pessoa muito generosa pode proporcionar. Por trás de uma aparente impaciência, esconde-se um ser doce e cuidadoso. As nossas longas conversas sobre os mais variados assuntos, desde os mais sérios aos mais fúteis e engraçados, às vezes até mesmo lúdicos, foram muitos os momentos que jamais esquecerei, e dos quais me orgulho muito por ter tido a oportunidade de viver. Poucas pessoas no mundo podem proporcionar momentos tão despreziosos e tão agradáveis. Nesse tempo em que estivemos próximos, pude conviver com sua esposa, a adorável Ana Rosa, incrível mulher, politizada, íntegra, simples, generosa e uma companhia agradabilíssima. Ela me recebeu em sua casa e me tratou com um carinho que não há como retribuir, pois, sempre estarei em débito com essa família. Anita, a filhota do casal, sempre fora muito querida comigo e partilhamos uma grande paixão pelo mundo animal, em especial pelos gatos. Foi delicioso conhecê-la. E enquanto Thomás, o filho mais velho, viajava pelo mundo, eu usufruía de seu espaço pessoal, o seu quarto, que me foi cedido generosamente



para os dias em que eu estive em Belo Horizonte no último ano do doutorado. Enfim, tudo o que vivi com essa família, a acolhida que me deram, o afeto das horas em que estivemos juntos, as refeições em que nos sentamos à mesa e dividimos risos e histórias foram, das coisas mais valiosas que ganhei durante essa caminhada. Nenhum diploma seria capaz de mensurar o valor que essa fase da minha vida ganhou com o convívio que me foi permitido. Sou infinitamente grata a essa adorável família.

Quanto aos colegas, tive o privilégio de fazer parte de uma turma muito agradável e tranquila. Não tivemos qualquer episódio ruim. Era uma turma muito pacífica e respeitosa entre si. Os mais próximos a mim foram a Deborah, parceira para momentos engraçadíssimos, como carregar um sofá-cama no meio da rua para mobiliar o meu micro apartamento nos primeiros anos do doutorado. Menina gentil, simples e doce. Getúlio foi aquele colega esperto, das horas de conversas que precisamos ficar atentos para não perder nenhum detalhe, pois me deu algumas “aulas” interessantes sobre economia e administração pública. Era engraçado quando eu lhe perguntava algo e ele prontamente pegava uma caneta e ia para o quadro de sua sala de estudos para me explicar, didaticamente, do que se tratava. Um querido! Dimitri, aquele irmãozinho de orientação que nos instiga e provoca com seu jeito afetuoso e ao mesmo tempo tempestivo. O menino que se empolga e fala alto como quem estivesse comprando uma briga, mas apenas estava defendendo suas ideias e seus valores, aliás, um menino de valores e princípios raros. Um marxista daqueles que a gente faz piada, tamanho o seu posicionamento, mas o qual respeitamos por ver o quanto ele, de fato, crê no que diz. Um menino de família, que cultiva os bons amigos e com o qual se pode contar. Fui muito feliz em tê-lo como colega de doutorado. Carol Roma me acolheu em sua casa nos meus primeiros dias em BH. Uma menina prodígio, estudiosa e guerreira. Centrada e comprometida. Sandro, aquela pessoa agradável, que nos faz ri e que é de uma doçura incomum hoje em dia. Um sonhador. Renata Pedretti foi uma colega daquelas que fazem, sem perceberem, com que nos policiemos em relação às falas altas e gargalhadas exageradas, porque é tão comportadinha e doce que faz a gente se sentir mal em sair da linha. Uma querida, de fala mansa e olhar fraterno. Tom foi aquele menino calmo, tranquilo, com visual alternativo e fala politicamente correta. Nossos primeiros trabalhos no doutorado foram feitos a quatro mãos e foi uma honra ter dividido esse momento com ele. Louzada era o invasor, o cara da turma anterior, que fazia TO com a gente e que nos acompanhava na feijoada de sexta. Ainda bem! Pois era o responsável pelas melhores gargalhadas. Inteligente e maluquinho, dizem as boas línguas que ele acordava às quatro da manhã e queria conversar sobre uma ideia incrível sobre aquele artigo tal, que não poderia esperar até o dia seguinte. E se ninguém o acompanhasse, ele ia para o computador e escrevia um artigo todo em uma madrugada. Dos meus veteranos, o mais gentil era o Denis. Calmo e equilibrado. Um cara suave e do bem. Me lembro de conversas muito agradáveis e de ensinamentos sobre a vida que sempre quero levar comigo. Um ser de luz. De uma turma mais recente, mas ainda anterior a minha, tem o Edson, sobre o qual não sei descrever. Diferente, profundo e difícil de acompanhar. Do mesmo ano havia o Daniel Lanna, figurinha, o mineiro mais capixaba que conheci. Um barato. De uma turma depois da minha, o meu querido calouro amigo Oscar. Um menino diferente. Tranquilo e com uma *vibe* do bem. Consegue circular em lugares muito diferentes e entre as mais diferentes pessoas. Muito educado e discreto. Consegue até conviver entre os meus amigos pessoais e familiares durante

as férias! Do mestrado, meus amigos Paula, Marcos e Tito. Paula, uma guerreira, sobrevivente. Menina trabalhadora e com um enorme coração. Afetuosa e gentil. Marcos, um cara genial! Autodidata, poliglota e metódico. Lembro-me sempre da tabela que ele compartilhou comigo sobre uns critérios para tornar um artigo publicável num tal periódico importante para a área. Peça rara! E Tito.... bem, um menino doce e querido. Lindo, em todos os sentidos, e de uma gentileza cavalheiresca incomum para os dias atuais. Príncipe e gato! Vai sempre ter o meu afeto. Sempre estive à disposição para ajudar e, não bastasse tudo isso, ainda é inteligente e dedicado. Por fim, meus queridos e amados meninos da graduação, Remer, Angélica e Gabriel. Espetaculares! Tão maduros com tão pouca idade. Remer é aquele menino intelectual por natureza, que lê sobre muitas coisas ao mesmo tempo. Ouve Chico Buarque, gosta de boteco e entende sobre poesia. Que ser raríssimo. Sempre me lembro de ouvi-lo cantarolando: “com açúcar e com afeto, fiz seu prato predileto...”. Para Angélica não há outra palavra que a descreva melhor do que o termo tornado. Ela mexe com as estruturas, fala o que pensa e critica mesmo, sem pensar no que vão pensar ou não sobre ela. Diz a que veio e pronto. Decidida e feminista por excelência. Diva! Tão jovem e tão resolvida. Incrível! Gabriel o nosso menino, aqueles olhinhos ávidos por ouvir. Um dos melhores ouvintes que já conheci, eu diria. Curioso e interessado. Sempre a postos com palavras gentis e receptivas. Sempre sentirei falta das suas calorosas recepções quando eu chegava no NEOS. Desejo-lhe todos os melhores caminhos que a vida possa permitir. Sonho para os três, um mundo que seja capaz de satisfazer os seus desejos e anseios. Um mundo que os mereça. E a todos os colegas citados aqui, destino os mais profundos agradecimentos por tê-los conhecido e compartilhado alguns momentos tão interessantes.

Refletir sobre esses encontros e lembrar sobre como essas pessoas deixaram coisas em mim e memórias que me fazem sorrir só demonstram o quanto os papeis e os títulos conseguidos só fazem sentido pelas pessoas com as quais temos o privilégio de partilhar as experiências do caminho. O maior ganho dos meus últimos quatro anos não foi me tornar doutora, o que aliás, soa um tanto estranho, até mesmo porque não compreendi ainda o sentido efetivo disso. Mas sim, o convívio, ainda que muito restrito, com os meus colegas da UFMG. Nada do que aprendi com eles pode ser ensinado numa sala de aula ou através de livros. É algo que só a experiência de partilhar o mesmo momento pode permitir. Se eu tivesse que viver tudo outra vez, as viagens, e incontáveis horas de aeroporto, as noites mal dormidas, as inúmeras latas de energético, tudo ainda valeria a pena mesmo que disso não resultasse o diploma. Conhecer essas pessoas e suas diferentes perspectivas de mundo abriu minha cabeça e me permitiu reconhecer o que verdadeiramente admiro e gosto em termos sociais, acadêmicos e pessoais.

Ao espaço mais formal dessa experiência, destino meus agradecimentos a todos os colaboradores da UFMG que nos possibilitam efetivar esse processo de doutoramento. As conversas de corredor com a equipe da portaria, da limpeza, da cantina (FACE) e da livraria (FAFICH) foram sempre muito agradáveis e satisfatórias. Estes eram sempre os mais sorridentes e gentis indivíduos da universidade.

Quanto ao corpo docente do CEPEAD, além do meu querido orientador, Carrieri, dedico meus agradecimentos ao Professor Luiz Alex Saraiva e à Professora Ana Paes de Paula, pelas aulas instigantes e pelo compromisso com o trabalho. Em especial ao Professor Luiz Alex

pelas dicas extraoficiais sobre a academia, a profissão, os concursos e os artigos, o meu muito obrigada.

E, como não poderia deixar de citar, a CAPES foi de fundamental importância para que eu realizasse a pós-graduação, já que o que me possibilitou cursar mestrado e doutorado foi ter sido contemplada com a bolsa de estudos, por um período total de 72 meses, considerando os dois momentos.

Sentindo-me muito feliz e satisfeita pelas experiências que me foram possibilitadas por todos os agentes aqui citados, dedico-lhes tudo o que aprendi nesses últimos anos. Sem todos eles eu jamais concluiria meu percurso profissional e acadêmico. Meus mais sinceros e profundos agradecimentos.

Aos que deixei de citar, peço sinceras desculpas e recorro a Fernando Pessoa, cujas palavras preveem:

“Quem quer dizer o que sente,  
Não sabe o que há de dizer.  
Fala: parece que mente...  
Cala: parece esquecer.”

“A vida não é mais do que uma contínua  
sucessão de oportunidades para sobreviver.”

(GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ, 1983)

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- AAN** – Associação Americana de Neurologia
- ACD** – Análise Crítica do Discurso
- ABTO** – Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
- BBC** – British Broadcasting Corporation
- BP** – Banco de Peles
- BTCV** – Banco de Tecidos Cardiovasculares
- BTME** – Banco de Tecidos Musculoesqueléticos
- BTOC** – Banco de Tecidos Oculares
- CET** – Coordenação Estadual de Transplantes
- CF** – Constituição Federal
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CGSNT** – Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
- CIHDOTT** – Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
- CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidades
- CNCDO** – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CNNCDO** – Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
- CNT** – Central Nacional de Transplantes
- CPI** – Comissão Parlamentar de Inquérito
- CPF** – Cadastro de Pessoas Físicas
- CT** – Centro de Transplantes
- CTN** – Câmaras Técnicas Nacionais
- CTU** – Cadastro Técnico Único
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS
- DAE** – Departamento de Atenção Especializada
- DNA** – Ácido Desoxirribonucleico
- EUA** – Estados Unidos da América
- FAB** – Força Aérea Brasileira
- FAEC** – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
- GAE** – Grupo de Assessoramento Estratégico
- GTA** – Grupo Técnico de Assessoramento
- GM** – Gabinete do Ministro

**INFRAERO** – Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária

**IRC** – Insuficiência Renal Crônica

**ME** – Morte encefálica

**NEOS** – Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPO** – Organização de Procura de Órgãos

**RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada

**REDOME** – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea

**RGCT** – Registro Geral da Central de Transplantes

**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde

**SCT** – Secretaria de Ciência e Tecnologia

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SIA** – Sistema de Informações Ambulatoriais

**SIG** – Sistema de Informação Gerencial

**SIH** – Sistema de Informações Hospitalares

**SNT** – Sistema Nacional de Transplantes

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCU** – Tribunal de Contas da União

**TRF-1** – Tribunal Regional Federal da 1ª Região

**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 01</b> – Síntese da História dos Transplantes / Implantes .....	104
<b>QUADRO 02</b> – Síntese da Legislação Sobre os Transplantes de Órgãos no Brasil.....	123
<b>QUADRO 03</b> – Evolução dos Critérios para o Diagnóstico de ME.....	202
<b>QUADRO 04</b> – Índícios que Confirmam a Ausência de Reflexos do Tronco Encefálico ....	203
<b>QUADRO 05</b> – Tempo para a Retirada e Isquemia dos Órgãos e Tecidos .....	216
<b>QUADRO 06</b> – Tempo de Espera na Fila para Transplantes .....	219
<b>QUADRO 07</b> – Número de Pessoas que Esperam Órgãos para Transplantes .....	220
<b>QUADRO 08</b> – Número de Transplantes de Órgãos no Brasil em 2014, 2015 e 2016.....	220
<b>QUADRO 09</b> – Valores Pagos pelo SUS – Cirurgias de Transplante de Órgãos .....	221
<b>QUADRO 10</b> – Valores Pagos pelo SUS – Procedimentos e Avaliações para Transplante .	222
<b>QUADRO 11</b> – Valores Pagos pelo SUS – Medicamentos Imunossupressores .....	225
<b>QUADRO 12</b> – Eventos Relacionados à Doação de Órgãos em 2014, 2015 e 2016 .....	226
<b>QUADRO 13</b> – Idade Máxima Permitida para a Doação de Órgãos e Tecidos .....	231
<b>QUADRO 14</b> – Ponto de Equilíbrio e Economia Entre os Transplantes e Outras Terapias Renais .....	283

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 01</b> – Primeira Fase da Pesquisa.....	48
<b>FIGURA 02</b> – Segunda Fase da Pesquisa.....	50
<b>FIGURA 03</b> – Etapas do Processo de Transplantes.....	113
<b>FIGURA 04</b> – Etapa, Processo e Estrutura para a Efetivação dos Transplantes .....	115
<b>FIGURA 05</b> – Coordenação Nacional do SNT .....	146
<b>FIGURA 06</b> – Processo Hierárquico SNT – CNDO .....	149
<b>FIGURA 07</b> – Estrutura Operacional do SNT.....	154
<b>FIGURA 08</b> – Fluxograma Formal/Administrativo .....	155
<b>FIGURA 09</b> – Sistema Nacional de Transplantes .....	156
<b>FIGURA 10</b> – Imagem da Campanha Doe de Coração.....	171
<b>FIGURA 11</b> – A Influência da Mídia nas Campanhas de Doação .....	172
<b>FIGURA 12</b> – Imagem da Campanha de Doação de Órgãos ABTO – 2004 .....	173
<b>FIGURA 13</b> – Cartaz da VII Campanha Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos .....	174
<b>FIGURA 14</b> – Cartaz da VIII Campanha Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos .....	175
<b>FIGURA 15</b> – Cartaz da Campanha da ATX – BA 2007.....	175
<b>FIGURA 16</b> – Cartaz da Campanha Nacional de Doação de Órgãos MS – 2008.....	176
<b>FIGURA 17</b> – Cartaz Campanha Santa Casa – 2009 .....	177
<b>FIGURA 18</b> – Folheto da Campanha de Doação de Órgãos da ABTO 2010-2011 .....	178
<b>FIGURA 19</b> – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2012.....	179
<b>FIGURA 20</b> – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos da MS – 2013 .....	180
<b>FIGURA 21</b> – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2013 .....	181
<b>FIGURA 22</b> – Folder Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2014/2016.....	182
<b>FIGURA 23</b> – Folder Campanha Doação de Órgãos no Estado de Pernambuco.....	183
<b>FIGURA 24</b> – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2015 .....	184
<b>FIGURA 25</b> – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos do MS – 2015.....	185
<b>FIGURA 26</b> – Anúncios em Obituário – Campanha da ATX – BA – 2015 .....	186
<b>FIGURA 27</b> – Cartão de Doador de Órgãos Emitido pelo BOS .....	188
<b>FIGURA 28</b> – Modelo Teórico para a Organização e Assistência aos Pacientes com Morte Encefálica e o Processo de Doação de Órgãos com Base no Pensamento <i>Lean</i> .....	207
<b>FIGURA 29</b> – Página de consulta à Situação no Cadastro Técnico de Rim .....	218
<b>FIGURA 30</b> – Fluxograma do Tratamento Pós-transplante .....	236
<b>FIGURA 31</b> – Irmãos que Venderam o Rim para Pagar a Dívida de Microcrédito.....	258



## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi o desvelar dos elementos que conciliam a biopolítica em torno dos temas relacionados aos transplantes de órgãos no Brasil, por meio de uma contextualização em torno do tema “transplantes de órgãos”, a fim de conhecer as possibilidades tecnológicas e legais que essa inovação científica incita na sociedade. Para isso, foram realizadas a coleta e a análise de materiais que continham informações sobre o tema, tais como a mídia impressa e eletrônica, processos judiciais, documentos oficiais e sites do governo e de associações de transplantes. Esse material, atrelado ao conceito de biopolítica, permitiu que alguns aspectos fossem discutidos, bem como contribuiu para a construção de um *corpus* de conhecimento para a área da Administração, mais especificamente para a área dos Estudos Organizacionais. Para as análises foram abordados os conceitos de biopolítica e governamentalidade trabalhados por Foucault (1979; 2000a; 2008a; 2008b). Associados ao conceito de biopolítica foram trazidos alguns elementos sobre o cuidado de si (FOUCAULT, 2014c), que complementaram o entendimento do processo vivenciado pelos indivíduos que estão sujeitos às normalizações do mundo dos transplantados. O conceito de biopolítica se refere à mudança nas formas de poder que perpassam a sociedade desde o final do século XIX. Essas mudanças fizeram emergir formas de poder mais elaboradas, e instrumentos mais sutis que fizeram da sociedade, uma sociedade de controle. A partir de uma perspectiva liberal, os governos passaram a gerir a vida, segmentando populações e fazendo com que os sujeitos se submetessem voluntariamente aos instrumentos de controle. A biopolítica é esse gerir da vida pelo Estado. É a política da vida. Sob esse conceito, o presente trabalho trata das políticas de transplantes de órgãos no Brasil, apontando seus principais aspectos, sua relação com o mercado, os elementos que a escapam e que, ao mesmo tempo são o seu resultado, e as implicações que ela tem para a sociedade e para os indivíduos. Em uma sociedade de controle, percebeu-se que os transplantes de órgãos figuram uma estratégia biopolítica sofisticada, que traz os elementos de um liberalismo econômico aplicado à vida (em seu sentido biológico), permite o desenvolvimento de dispositivos eficazes no controle das populações e corroboram para um senso-consenso que é fundamental à governamentalidade no mundo moderno. Ao concluir essa tese foi possível compreender as implicações de uma política da vida que se apoia nos interesses individuais para segmentar populações e controlar territórios. Os transplantes de órgãos representam os esforços de imunizar a sociedade contra os perigos que possam suscitar uma instabilidade econômica, para o governo e para o mercado. Aliás, esse trabalho demonstra a apropriação dos instrumentos de gestão para o controle da vida. Uma inovação como a dos transplantes permitiu não apenas prolongar a vida e mudar o sentido da morte, mas também ocasionou novas formas para aplacar os indivíduos em um mundo indexado à empresa. O duplo sentido da biopolítica (PELBART, 2007), onde o poder sobre a vida alcança dimensões intangíveis a partir da própria potência individual, é observado no mundo dos transplantes na medida em que alcança o sentido em suas condições mais primitivas e lhes permite elaborar novos sentidos e resistências, apropriando-se, também, dessas resistências num ciclo interminável, ao menos enquanto as formas de poder exigirem estratégias biopolíticas para o controle da sociedade.

**Palavras-chave:** Transplantes. Biopolítica. Controle. Foucault.

## APRESENTAÇÃO

Após ler alguns trabalhos de Foucault, e cursar algumas disciplinas sobre o autor e os conceitos trabalhados por ele, compreendi que as análises que resultariam da pesquisa que eu realizaria, sobre o **tráfico de órgãos**, estariam mais bem fundadas sobre esse amparo teórico, auxiliando no entendimento sobre o tema que eu estudaria. Na qualificação do projeto de tese, fui orientada a recorrer a uma das perspectivas desenvolvidas pelo autor, evitando trabalhar seus conceitos de forma desconexa ou ampla demais, o que poderia prejudicar o entendimento sobre o que eu pretendia desenvolver. Percebi, então, que precisava de um fio condutor que me orientasse durante todo o processo e optei por trabalhar com o conceito de biopolítica. Mas isso modificou minhas expectativas e, inclusive, o foco da pesquisa. No decorrer dos meus estudos acabei optando por um olhar mais generalizado quanto ao tema e resolvi pesquisar sobre os **transplantes de órgãos** como um todo. Compreendi, ainda, que meu trabalho não era sobre Foucault, que eu precisava olhar para o material que estava diante de mim desprendida de amarras teóricas e que só traria para a discussão aquilo que eu realmente considerasse importante para as análises as quais me propus. Isso não tornou menos importante a apropriação que eu fazia dos conceitos trabalhados pelo filósofo, mas permitiu que eu tivesse mais clareza sobre o que estava observando.

Assim, recortei da leitura que fiz dos trabalhos do autor apenas o que fazia sentido para esse trabalho e organizei o texto a partir do conceito de biopolítica apresentando-o, brevemente, para dar sequência a uma seção do trabalho que versa sobre a nova razão do Estado no mundo moderno e, depois, retomando o conceito de biopolítica a partir dessa nova compreensão sobre o Estado. Compreendi, ainda, que era importante, para o caso específico dos transplantes, trazer também para este texto um pouco do que Foucault escreveu sobre os cuidados de si, aqui entendidos sob o contexto da biopolítica. Depois de apresentar esses pressupostos teóricos, optei por descrever e, ao mesmo tempo, incluir algumas reflexões, baseadas em Foucault, sobre os transplantes de órgãos e alguns aspectos relacionados a essa prática e aos processos que a envolvem ou que são suscitados por ela, tais como parte da história do surgimento dos transplantes de órgãos, o contexto brasileiro, a regulamentação e legislação dos processos no Brasil, a constituição do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), e as atuais circunstâncias que envolvem a realização de transplantes no país.

A apropriação do conceito de biopolítica considerou a influência do modelo liberal econômico para a gestão do Estado e as implicações do mundo capitalista, que se sobrepuseram a vida nas mais variadas esferas. Essa abordagem foi importante para essa pesquisa porque encontrei, nos transplantes de órgãos, uma estratégia de governo que está organizada de forma a reduzir custos que não estão diretamente relacionados aos processos de captação, doação e transplante de órgãos. Embora a legislação e os órgãos de gestão relacionados aos transplantes estejam organizados no sentido de orientar e controlar os serviços dessa ordem, eles também possibilitam mudanças em outros cenários envolvendo a saúde, visando, com isso, otimizar processos e gastar menos recursos. Os transplantes mobilizam uma série de esforços governamentais no sentido de delinear as práticas envolvendo todo o processo de gestão da saúde, seja em termos legais ou econômicos.

As campanhas publicitárias, apelativas e pautadas em necessidades reais, escondem interesses menos singelos do que a doação altruísta e a generosidade popular, escondem interesses direcionados à redução de custo e à competitividade. E se inicialmente eu me perguntava sobre quais seriam os dispositivos e as técnicas de poder que orientavam a prática dos transplantes, ao final acabei me surpreendendo ao me deparar com uma realidade completamente estranha e que, confesso, me impressionou. Depois da busca por conhecer os processos relacionados aos transplantes, o que me tocou não foram as coisas que descobri sobre os parâmetros de gestão apresentados pelo governo, mas o que estava por trás dela e que é o cerne da biopolítica.

Quanto ao tráfico de órgãos, verão que não abandonei completamente o tema, mas o trouxe de forma complementar, entendendo essa prática como algo que escapa à biopolítica, mas que também é fruto dela. Esse comércio demonstrou ser um tema velado no Brasil, e, comumente, ao mencioná-lo, fui interpretada como fantasiosa e apegada à credence popular. Entretanto, alguns pesquisadores e indivíduos ligados a algumas organizações civis têm trabalhado no sentido de fazer com que o tema deixe de ser um tabu. Como poderão ler, no Brasil, já foi instaurada até uma Comissão de Inquérito Parlamentar, no início dos anos 2000, que foi o resultado de denúncias sobre o caso da retirada dos órgãos, sem a aplicação correta do protocolo de morte encefálica, do menino Paulo Pavesi, na cidade de Poços de Caldas, em Minas Gerais. Laudos indicaram que o menino não estava morto na ocasião da retirada dos órgãos.

Mas políticas públicas empenhadas a partir das estratégias biopolíticas, aqui em especial a biopolítica dos transplantes, correm no sentido de camuflar temas desconfortáveis para o governo e a segurança das populações. E ocultar pode ser mais interessante do que

discutir. Embora o comércio de órgãos seja um lucrativo e crescente ramo de atividade, negá-lo é mais interessante em virtude de uma biopolítica que caminha, também, no sentido de convencer os indivíduos a aderirem à prática da doação. Pesquisadores estrangeiros apontam que o país é um dos maiores celeiros para o tráfico de órgãos, mas, por aqui, esse é um mercado silenciado. O Brasil, assim como outros países considerados menos desenvolvidos, só estabeleceu uma lei sobre transplantes que abrangesse as várias etapas do processo na década de 1990. E isso só aconteceu porque houve uma comoção mundial, orquestrada pela ONU, no sentido de tentar inibir o comércio de órgãos.

Diante dessas questões, e como consequência de um texto extenso, alguns detalhes precisam ser esclarecidos, no sentido de evitar alguma confusão em decorrência da utilização de alguns termos. Em primeiro lugar, não fiz distinção teórica entre **biopoder** e **biopolítica**. Entendo que a **biopolítica** e o **biopoder** ocorrem simultaneamente, estão imbricados um no outro. Ambos estão voltados para as populações, e fazem dessas mesmas populações o alvo e o meio que os viabiliza. Quando recorro à palavra biopoder, estou me referindo às ações imbricadas na biopolítica que, por muitas vezes, são a elaboração de um instrumento ou o próprio instrumento da referida estratégia. Embora isto vá ao desencontro do que elaboram alguns autores, essa foi a abordagem à qual recorri e com a qual concordo, compreendendo que as duas palavras são a continuidade uma da outra. São partes de uma espiral que não se distingue no processo sociopolítico, constituindo-se, portanto, em fenômenos concisos, não estando passíveis a análises que os separe.

Quanto ao termo **governamentalidade**, minha opção em trazê-lo antes de abordar a biopolítica está pautada no entendimento de que foi a partir de uma preocupação com a governamentalidade que a biopolítica se fez importante, tal como é hoje. Entendo que ela está para além da possibilidade de governar, mas é reforçada constantemente pelo governo. Aliás, **Estado** é outro conceito que considero importante apontar sob qual perspectiva é empregado aqui. Trata-se de um olhar afastado do conceito de um Estado soberano que figura uma entidade. Quando uso a palavra Estado estou fazendo alusão ao **governo**, às práticas governamentais empenhadas sob o âmbito governamental. Em suma, aqui, Estado é sinônimo de governo, exceto quando for indicado o contrário.

E, quando menciono o **mundo dos transplantes**, estou me referindo ao universo que envolve os transplantes e tudo o que decorre deles, tais como as doações, as normalizações e legislações, os procedimentos, as implicações socioeconômicas, as tecnologias suscitadas a partir desta inovação, as listas de espera, a morte encefálica, a gestão, os medicamentos, os acompanhamentos antes e após as cirurgias e o que mais estiver alguma relação com os

transplantes, ainda que indiretamente. Esse mundo ao qual me refiro, é coabitado por sujeitos que esperam por um órgão, familiares que o acompanham nessa jornada, doadores em potencial e doadores efetivos, seus familiares, indústria farmacêutica, organizações de governo, médicos, enfermeiras e toda a equipe profissional envolvida (assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, psicólogos, gestores, profissionais dos órgãos que coordenam as operações de captação e disponibilização de órgãos, programadores que viabilizam os sistemas para o controle das listas, etc).

Quanto ao **liberalismo** e ao **neoliberalismo**, há momentos no texto em que os termos podem confundir-se entre si. Isso ocorre porque, ao buscar as mudanças no poder que culminaram na biopolítica, me deparei com a forte influência do modelo neoliberal. Entretanto, no Brasil, ao menos no que se refere aos transplantes, as práticas mostram uma mescla entre os dois termos. Talvez por questões culturais e por influência da nossa colonização o liberalismo é a base para muitas de nossas políticas, ao mesmo tempo que buscamos no neoliberalismo uma aproximação (ainda que teoricamente) com o modelo norte-americano. Mas, exceto pelas vezes que uso especificamente o termo neoliberalismo, as demais referências são genéricas aos modelos indexados no modelo empresarial.

Por fim, destaco que **discurso**, aqui, é entendido como prática, já que compartilho a ideia de Foucault e de Fairclough de que o **discurso é uma prática social**. E o termo **empresa** é empregado no sentido de organização, na qual a atividade econômica é organizada em virtude da produção e circulação de bens e serviços para o mercado, exercida sob os preceitos liberais através de uma complexidade de instrumentos e saberes. Nesse contexto, minha tese é a de que, no mundo dos transplantes, a biopolítica não se limita ao controle da vida e da morte, mas se estende à vida econômica e ao mercado. Nesse sentido, obedece uma lógica produtivista e, portanto, mercantilista.

Esclarecidos esses pontos, espero que tenham uma leitura satisfatória.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2. O CAMINHO PERCORRIDO .....</b>	<b>37</b>
<b>3. A BIOPOLÍTICA EM MICHEL FOUCAULT.....</b>	<b>56</b>
3.1 Uma Nova Razão de Estado para Uma Nova Forma de Governar a Vida.....	56
3.2 A Biopolítica como Estratégia de Controle.....	75
3.3 O Cuidado de Si no Contexto da Biopolítica .....	89
<b>4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS .....</b>	<b>100</b>
4.1 O SURGIMENTO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS .....	100
4.2 OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL .....	109
<b>4.2.1 O Processo Envolvendo os Transplantes de Órgãos no Brasil.....</b>	<b>110</b>
4.2.1.1 Regulação do Processo de Transplantes de Órgãos no Brasil .....	118
4.2.1.2 A Constituição do Sistema Nacional de Transplantes.....	144
4.2.1.3 A Doação de Órgãos no Brasil .....	158
4.2.1.4 A Morte Encefálica.....	190
4.2.1.5 A Lista de Espera .....	211
4.2.1.6 Acompanhamento Pós-Transplante.....	233
4.2.1.7 A Atual Situação dos Transplantes no Brasil.....	237
<b>4.2.2 A Comercialização de Órgãos e Tecidos .....</b>	<b>243</b>
4.2.2.1 Um Mercado Silenciado? .....	254
<b>5. OS TRANSPLANTES NO BRASIL SOB A ÓTICA DA BIOPOLÍTICA .....</b>	<b>261</b>
5.1 OS TRANSPLANTES E A RAZÃO DE ESTADO.....	262
5.2 OS TRANSPLANTES E A BIOPOLÍTICA .....	278
5.3 OS TRANSPLANTES, A BIOPOLÍTICA E O CUIDADO DE SI.....	295
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>303</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>312</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>340</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnocientíficos têm possibilitado novas formas para viver e perceber a vida, e parece não haver dúvidas nesse sentido, afinal, nossa percepção sobre o mundo já não é mais a mesma após as possibilidades viabilizadas pelo acesso à internet. Além da rede, as máquinas ganharam novas formas e novos alcances. O mundo das empresas e o mercado financeiro tomou conta da vida em sociedade e nossos anseios, muitas vezes, têm se limitado às conquistas econômicas e ao que elas podem representar nos nossos grupos de convívio. Mas ainda há algo que nos remete aos nossos instintos mais primitivos, que é a nossa luta contra a própria finitude. Contudo, também nesse aspecto, fomos tomados pela lógica do capital e, a manutenção da vida já não atende apenas às pulsões humanas, e está agora, repleta de elementos tecnológicos que impactaram significativamente o surgimento, a manutenção e o prolongamento da vida. Nesse sentido, e buscando conhecer parte desses impactos, desenvolvo, aqui, um texto que relata uma experiência de pesquisa sobre os transplantes de órgãos e algumas questões que decorrem desse “avanço” tecnocientífico.

Se o mundo já não é mais o mesmo, obviamente, nossa relação com ele e com a vida também se modificou. Essas mudanças geraram impactos ora benéficos, ora nem tanto. Nesse sentido, uma das questões que me intriga está relacionada ao bem comum, isto é, o que essas mudanças significam para o coletivo e o quanto elas são benéficas para a maioria das pessoas? Quando se trata de uma conquista da área médica, parece que os questionamentos devem ser velados e todo o cuidado, no tratamento das críticas ou dúvidas, é pouco. Nesse contexto, repleto de questionamentos, está o tema sobre o qual desenvolvo esse trabalho. Os transplantes de órgãos representam um grande avanço para a medicina e para a manutenção da vida de sujeitos acometidos por patologias irreversíveis. Mas porque e como essa inovação tem sido utilizada como instrumento de gestão, disciplina e controle da vida é o que me parece uma questão a ser investigada.

Entretanto, não iniciei essa pesquisa com a clareza sobre o que buscava. E optei por compartilhar com a banca e com aqueles que, por ventura, se dedicarem a leitura desse texto, algumas das experiências que tive ao longo desse processo. Em primeiro lugar, esclareço que meu forte nunca foram os conteúdos relacionados ao *mainstream* da administração, então, parece compreensível que meu interesse se desdobre sobre assuntos improváveis para a área, que mesmo contanto com muitas pesquisas sobre o *undergrounded*, ainda conta com um grupo seletivo de indivíduos que se debruçam sobre temas não tradicionalmente explorados

pelas ciências da gestão. E o tema inicialmente proposto para a pesquisa era realmente fora das temáticas já exploradas pela área. A ideia inicial era pesquisar sobre o “tráfico de órgãos humanos para transplantes”, no sentido mercadológico mesmo. Queria compreender quais as questões econômicas que perpassavam essa prática. Queria compreender como o capitalismo possibilitava ou estimulava esse tipo de transação. Mas, a pesquisa muitas vezes nos surpreende e, me deparei com uma situação um tanto complicada. Não sabia nada sobre transplantes, então, como poderia falar sobre o tráfico de órgãos. Contando aqui parece que foi rápida a minha percepção nesse sentido, porém, não foi. Li e escrevi por dois anos pensando no tráfico, até que me deparei com uma confusão de informações e vi que precisava optar por qual caminho deveria seguir. Foi então que decidi realizar uma pesquisa mais simples e pelo começo. Resolvi conhecer o processo formal envolvendo os transplantes de órgãos no Brasil, pois só assim seria capaz de, no futuro, pesquisar mais sobre o tráfico.

Não foi simples recuar, mas foi preciso e, assim, tentei construir um *corpus* inicial sobre o tema, que é muito trabalhado na área do direito e da antropologia, bem como está presente em trabalhos mais técnicos, publicados em revistas de enfermagem e medicina. Na área de gestão, me deparei com apenas um trabalho, que propõe a adoção do sistema *Lean* para a gestão do processo envolvendo os transplantes de órgãos (PESTANA et al, 2013). Foi a partir da banca de qualificação que me convenci de que algo não estava se encaixando e que era preciso repensar meu ponto de partida. Antes de seguir com a pesquisa fiz alguns levantamentos e construí, com o apoio do meu orientador, um projeto de tese que levava em conta o tráfico de órgãos, como a venda, seja por terceiros ou pelos próprios indivíduos. Mas ao contrário do que imaginávamos, havia toda uma situação que precisava ser compreendida, antes de qualquer questão travestida de mercantilização. Havia um processo de gestão de algo muito específico a ser compreendido. Alguns levantamentos demonstraram que em países muito pobres, a comercialização de órgãos, mais especificamente, rins, era uma prática real. Os indivíduos que eram levados a vender uma parte do próprio corpo, mesmo sendo remunerados de forma ínfima, estavam envolvidos nesse comércio, mas, no Brasil, o que encontrei foi mais complexo, embora, talvez não tão impactante. E foi o que tentei compreender em minhas leituras a partir de então.

Enquanto grande parte dos estudiosos de gestão preocupam-se com as mudanças que assolam a área, tais como a dinâmica econômica, a internacionalização dos mercados, as barreiras alfandegárias, a tão famigerada globalização, a competitividade cada vez mais acirrada, a incansável busca por inovação e outras tantas vertentes que vêm impactando os estudos e as práticas em administração, estava eu diante de algo tão aparentemente fora de



mercado, tão descabido aos estudos da área. Era o que eu pensava no início, mas que pude comprovar ser um ledor engano. Ao desenvolver a pesquisa, me deparei com uma gama de cuidados e normatizações muito comuns à administração. Diante de um tema complexo, e que, a meu ver, tinha mais relação com a vida e a saúde dos sujeitos, me deparei com questões objetivas, com números, regras, protocolos e orientações preestabelecidas. Era um sistema produtivista e frio, como em muitos ambientes corporativos que existem por aí. Claro que os sujeitos estão imbricados no mundo dos negócios, são parte dele, mas o capital não permeia apenas os mercados formais e as organizações assumidamente gerenciáveis. As questões de ordem econômica ultrapassam essas barreiras e não são dissolutas da vida social, o que vez ou outra me leva ao questionamento sobre os esforços empenhados para a obtenção de algum capital.

Nesse sentido, passei a me questionar sobre o impacto das relações econômicas sobre a vida do homem moderno. Como a ética, o valor moral e o capital estão imbricados na vida dos sujeitos? Essas questões me incomodaram por esses quatro últimos anos e conduziram o que lhes apresento aqui. Seguindo os conselhos de um dos membros da banca de qualificação do meu projeto de tese, procurei entender qual era o meu dever nesse projeto. Qual era a minha motivação pessoal para a escolha do tema? Pensei muito sobre isso nos últimos dois anos e compreendi que propor a discussão e o pensar sobre os transplantes e as práticas desconhecidas pela maioria da população eram o que me motivava. Assim, reafirmando meu gosto pelo questionamento, encarei que seria uma grande oportunidade para colocar em pauta o tema dos transplantes, indo além das campanhas da doação de órgãos, e que, ao menos no universo acadêmico, fosse possível então, discutir o que circunda o tema. Compreendi que era a oportunidade de um aprendizado que jamais experimentaria em outra circunstância, então, abracei a ideia e, por quatro anos, recebi informações de amigos e colegas de trabalho que, sempre que se deparavam com algo sobre o assunto, me encaminhavam algum material. Fui até apresentada a algumas pessoas só pela “coincidência” de nossos trabalhos, como foi o caso de uma enfermeira, hoje uma amiga, que trabalha com a retirada de órgãos para transplantes. Com ela aprendi, entre tantas coisas, que o termo adequado para esse procedimento é explante.

Considerando a importância de entender alguns aspectos velados em torno dessa prática, segui com os levantamentos e pude constatar alguns aspectos que, mesmo de forma precária, me orientaram quanto ao caminho a seguir. Foi tentando compreender parte do funcionamento desse processo, bem como a dinâmica que o perpassa, que me debrucei sobre a legislação, sobre os discursos, sobre as políticas públicas, sobre as campanhas publicitárias e

sobre o que o Ministério da Saúde veicula a respeito. Me deparei com trabalhos nos quais prevaleciam as críticas humanistas, bem como li anúncios estranhos sobre a compra e venda de órgãos para transplantes intervivos – rins e fígado. Pude ver que a percepção dos indivíduos em torno da temática é a mais diversa possível. Li textos em defesa da liberdade e do direito que o indivíduo deveria ter de vender o que lhe pertence, argumentos pautados no liberalismo econômico e críticas contundentes, baseadas em apelos humanitários e contrários a essa prática. Tive acesso a diversas notícias abordando o tema e fiz um breve levantamento em bases de dados que pudessem fornecer informações tidas como legítimas. Confirmei que a área de estudos em administração, economia ou afins não trazem investigações nesse sentido e, mais uma vez, conclui que os materiais desenvolvidos sobre o tráfico de órgãos eram esforços de áreas como o direito (CARRARA, 2013), a medicina (BERLINGUER; GARRAFA, 2001; BARCELOS, 2009; BARCELOS; NEVES, 2009) e a antropologia (DINIZ, 2001).

Mas apesar do risco que a novidade trazia, assumi essa empreita com o aval de meu orientador, e meu projeto estava completamente em sintonia com o que o grupo de pesquisa tem realizado. Esse aspecto foi um importante suporte para que eu pudesse seguir com a minha pesquisa. Hoje, posso afirmar sem sombra de dúvidas, que estar nesse grupo é um privilégio, já que pude realizar trabalhos que olham para o lado humano da administração, seja no bom ou no mau sentido. Ademais, realizei, junto com o grupo, estudos que visam compreender práticas negadas, suprimidas da cena investigativa, no âmbito dos estudos em administração e economia. Sei que são vastos os cenários consequentes das transações econômicas ditas importantes e vitais para o avanço econômico das populações. Nesse sentido, temas como a fome, a miséria econômica, as condições insatisfatórias de saneamento, as doenças, a inacessibilidade aos recursos tecnológicos mais avançados e tantas outras desvantagens de algumas parcelas das mais diversas populações em relação a outras, são assuntos que interessam. Entendo que os pesquisadores do campo da administração precisam se debruçar cada vez mais, e com mais afinco, sobre esses temas, e considero importante que aqueles que produzem conhecimento em torno das tecnologias e análises pertinentes ao mundo economicamente constituído, também se debrucem sobre as consequências desses processos nas vidas dos indivíduos.

Diante da diversidade da pesquisa realizada no Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade (NEOS), e com a consciência sobre aquilo que pudesse me interessar por tanto tempo, como requer uma pesquisa de doutorado, optei por inserir o tema no grupo, aliás, é importante contar que essa pesquisa aconteceu em paralelo com outra pesquisa realizada por

eles, sobre a morte no âmbito da administração. Nessa caminhada me surpreendi com alguns achados, como a existência do tráfico de órgãos no Brasil e em várias partes do mundo (MONIRUZZAMAN, 2012; ROZA, 2012; SCHEPER-HUGHES, 2000; 2001; 2003; 2004; 2014). Desde sites, artigos em jornais, trabalhos da área de direito e antropologia, discussões nas mídias sociais, anúncios em classificados, até processos judiciais, foram muitos os materiais coletados sobre o tráfico. Entre eles, uma interessante reportagem veiculada pela British Broadcasting Corporation (BBC) me chamou a atenção. Tratava-se da venda de órgãos humanos em Bangladesh. Os sujeitos ouvidos pela emissora eram homens jovens e muito pobres que vendiam seus rins para pagar suas contas, mais especificamente dívidas adquiridas em um programa de microcrédito.

A partir dessas leituras compreendi que o surgimento da tecnologia dos transplantes mudou a forma com que alguns sujeitos percebem a vida e o próprio corpo. Mas, para além disso, haviam temas relacionados a economias que delineavam a prática social em torno dos transplantes. Nesse sentido, direcionei meu foco para a gestão dos transplantes no Brasil, e a pergunta que perpassou minhas investigações foi: Como se organiza a gestão dos transplantes no Brasil? E, como indicado há pouco, foi necessário compreender alguns aspectos técnicos relacionados a esse processo, sendo necessária alguma discussão sobre questões intrínsecas a existência humana, tais como a finitude e a incansável busca dos sujeitos pela manutenção da vida humana. O contexto proposto parte de uma inovação tecnológica, que é uma resposta a um desejo incessante de prolongar a vida humana e acaba implicando em novas relações de poder que perpassam a vida socialmente organizada.

O problema da finitude, que antecede a origem dos transplantes, é alvo de um desejo primitivo de prolongar a vida. Essa busca incessante fez com que a humanidade mobilizasse muitos esforços e alcançasse inovações que, em algum momento da história, foram consideradas excêntricas. Desses esforços surgiram as técnicas e os equipamentos que viabilizaram as cirurgias de transplantes de órgãos. Um avanço e tanto, não dá para negar. Mas com a possibilidade de enxertar um novo órgão em um sujeito doente, vem a necessidade de haver órgãos disponíveis para os enxertos. E aí começa a problemática que mais me impactou, a definição de um novo conceito de morte, a morte encefálica. Em outras palavras, ao buscar estender a vida dos sujeitos convalescentes, o ser humano buscou tecnologias que pudessem substituir um órgão doente por um são, mas de onde surgiriam os órgãos são? Pois bem, somente outro ser da mesma espécie poderia fornecer esse órgão para a substituição. Ao menos era o que se pensava, mas, em maio de 2017, cientistas americanos anunciaram que órgãos de porcos, geneticamente alterados, serviriam para os transplantes em humanos e

estariam disponíveis dentro de dois anos. De qualquer forma, ainda não se trata de uma tecnologia disponível e seria necessário todo um aparato legal para que as primeiras cirurgias sejam realizadas. Ou seja, nem mesmo foram superados os dilemas éticos e legais em torno dos transplantes, tais como ocorre hoje, e em breve haverá uma nova problemática para o mundo moderno. E mais uma vez me pego diante de uma dúvida, sobre como os avanços da área médica e farmacológica acabam por ocasionar dilemas éticos e morais, e, ainda, como o processo envolvendo os transplantes é sempre tão problemático (RAIA, 1998; 2003; 2011).

Tentando compreender os desdobramentos ocasionados pela inovação dos transplantes, me deparei com muitas as áreas de conhecimento e muitas *expertises* envolvidas na produção de informações sobre o tema. O saber médico e farmacológico, o saber mecânico, todo um aparato logístico, laboratorial e tantas outras especificidades da área médica e hospitalar são etapas desse processo. Não tenho a menor pretensão e nem condições para esgotar as explicações sobre o tema, mas pretendo mostrar a semelhança entre a gestão dos transplantes e outras conjunturas organizacionais. Procuro discutir o quanto às práticas governamentais estão imbricadas no liberalismo econômico e como é possível perceber isso no contexto envolvendo os transplantes de órgãos no Brasil. Não é o caso de forçar uma analogia, mas fazer o tema emergir na área de estudos organizacionais, considerando que os recursos intelectuais e econômicos estão presentes nessa prática do começo ao fim.

Pude observar que as questões éticas e normativas são as mais presentes nas discussões nos ambientes acadêmicos, e, também, entre os meios que controlam todo o processo de transplantes de órgãos no Brasil. Não se assume, quase nunca, a existência de desvios no processo, fazendo de qualquer possibilidade um tabu. Não há interesse em discutir o assunto e as pessoas envolvidas profissionalmente não querem admitir qualquer hipótese nesse sentido. Os desvios relacionados ao processo de doação e transplante de órgãos estão muito fora dos padrões socialmente aceitáveis, o que não faz, contudo, que eles deixem de existir. Esses desvios podem estar relacionados às listas de espera, à venda de órgãos, e à morte encefálica. A comercialização de órgãos não é o único problema decorrente dos transplantes e, embora essa prática acometa, em especial, as sociedades cuja economia é tida como pouco privilegiada, onde a pobreza leva aos extremos, há, também, um “quê” de poder envolto nesse mundo obscuro, onde existe muito mais do que a simples obtenção de lucro ou o acúmulo de capital por trás desses casos. E não me refiro aos anúncios que versam sobre a necessidade de vender um rim para o enfrentamento das dificuldades econômicas, ou àqueles que revelam a venda de órgão como meio para a obtenção de dinheiro no intuito de viabilizar

o consumo de bens materiais, mas de uma complexidade de relações imbricadas no processo de doação e transplante de órgãos, também dentro dos limites da formalidade.

Esses pontos me geraram ainda mais inquietação e, sob a orientação que recebi durante o desenvolvimento dessa pesquisa – processo que o meu orientador insiste em chamar de desorientação –, optei por recorrer a Foucault (1977, 2008a, 2008b) e ao conceito de biopolítica trabalhado por ele para tentar desvelar algumas questões relacionadas aos transplantes. Nesse sentido, compreendi que a noção de biopolítica me serviria como um caminho válido para interpretar os acontecimentos que escapam às interpretações tradicionais, tornando possível encontrar algum sentido em situações que ultrapassam as simples manifestações, como bem aponta Esposito (2010). Neste ponto, dei uma pausa nas investigações sobre os transplantes e me debrucei sobre alguns textos de Foucault, que me fizeram perceber que as reflexões e investidas feitas por mim eram precárias e requeriam mais polimento e uma exaustiva investigação. Diante dessa tomada de consciência, entendi que talvez não fosse possível realizar um estudo muito profundo em um espaço de tempo tão curto. Mas fui em frente e decidi, junto ao meu orientador, que seguiria com a pesquisa e traria à banca um recorte de tudo o que poderia ser investigado. No caminho, percebi que eram muitas, embora sutis, as nuances liberalistas que perpassam as práticas governamentais sobre a saúde e, especificamente, sobre os transplantes. O produtivismo, a normatização, as tentativas de controle e a publicidade relacionada à área, demonstraram que a dinâmica desenvolvida é muito similar às práticas empresariais, mas que, nesse contexto, são práticas concernentes a um objetivo governamental.

Também considerei outras importantes concepções trabalhadas por Foucault, tais como o saber/poder (2010; 2012), a governamentalidade, a nova razão de Estado (2010; 2012) e as relações de poder (2005; 2008a). Entendi que as explanações do autor sobre esses temas fornecem subsídios que me auxiliariam na explicação de como o mundo econômico instaura as ideias de necessidade e prioridade, bem como os saberes constituem verdades e como tudo isso se entrelaça em prol de uma nova racionalidade governamental. Contudo, alerta que esta tese não é sobre Foucault e, portanto, não tenho qualquer pretensão de esgotar esses aspectos em relação ao tema proposto. Todavia, gostaria de fornecer uma perspectiva para a análise das implicações biopolíticas que permeiam a questão dos transplantes e suas contingências, contribuindo para a formação de novos saberes em torno da vida humana.

Tenho a clareza de que a vida humana é gerida há anos em função da política e/ou da economia, e não é meu objetivo inovar nesse sentido, visto que muitos trabalhos foram empreendidos sob essa perspectiva na área da administração (MATOS, 1984; BARRY;

HAZEN, 1996; KERFOOT; KNIGHTS, 1996; HOLLIDAY, 1999; KÜPERS, 2005; ECCEL; GRISCI; TONON, 2010). Mas diferente de tudo aquilo para o qual o sujeito empresta seu corpo, seja no campo do trabalho e das profissões ou das artes e representações, no caso dos transplantes, não há empréstimo, o que é ofertado não mais volta ao sujeito. É uma transferência definitiva de vitalidade e, talvez, de alguma potência. A doação de órgãos em vida é chamada de doação para transplante intervivos, em que um doador saudável oferece um órgão para outra pessoa, sem que isso afete completamente a sua saúde. Podem ser doados, sob essas condições, um dos rins, parte do fígado, parte do pâncreas e parte do pulmão. Os demais órgãos só podem ser doados após a morte do sujeito. Essa é a modalidade de transplante *post mortem*, cujos órgãos devem ser provenientes de uma pessoa com morte encefálica (ME). Essa morte nova, legitimada com a prática dos transplantes é o que me traz estranhamento por soar como uma espécie de reinvenção da própria morte.

Quando iniciei essa pesquisa, há quatro anos, eu tinha a intenção de mostrar como esses dois tipos de transplantes (intervivos e *post mortem*) possibilitavam transações nas quais os órgãos eram o produto em seu fim (MONIRUZZAMAN, 2012; BBC, 2013). Como poderiam ser entendidos como produtos materialmente constituídos, passíveis de comercialização, ainda que sem retorno para o usuário inicial. Porém, diante da complexidade em torno das formas jurídicas, da aceitação moral e de tantos outros entraves que cercam a prática dos transplantes, entendi que isso seria trabalho para depois, como já esclareci antes. Mas a vasta gama de discursos em torno do eticamente aceitável, do profano e de toda a gama de arranjos morais que envolvem o processo de transplantes de órgãos não se limita à comercialização. Há outras questões em cheque, como a doação dos órgãos e o fenômeno da morte. Percebi, ao longo desse trabalho, que esses aspectos são altamente relevantes e revelam uma mudança de perspectiva sobre o que é viver, o que é doar e o que é morrer. Aprendi que a gestão desses fenômenos, agora entendidos como processos, está, de fato, imbricada na razão liberal do Estado, como descrevo melhor mais a frente. No tocante à atividade econômica, observei que os transplantes constituem transações que podem auferir lucro são altamente regulamentadas e pagas, em sua expressiva maioria, pelo Estado. Os riscos (biológicos e legais) são gerenciados como em um negócio. Há bonificações pagas por produtividade e políticas de incentivo à redução de custos.

Tendo em conta esses apontamentos, não vejo a necessidade de indicar porque esse tema é relevante para a área de estudos organizacionais, mas vale lembrar que, ao promover uma reflexão crítica a respeito da dominação dos sujeitos por meio da biopolítica, é possível contribuir para o desenvolvimento da área, na medida em que pode ser inculcado nos demais

sujeitos o interesse pela temática proposta. Debater sobre esse sofisticado processo de gestão do Estado, que é a biopolítica, pode contribuir para a ampliação do conhecimento em torno de algumas dinâmicas que perpassam o mundo das organizações sociais, para além dos muros das organizações formais. Entendo que os elementos que incitam e perpassam as práticas dos sujeitos nas organizações ou para as organizações estão imbricados nas relações de poder e, partindo desse ponto, é possível buscar elementos que tragam à tona aspectos fundados nas relações e na forma como os indivíduos lidam com o mundo ao seu redor, bem como incorporam aquilo que os cerca.

Na modernidade as relações estão cada vez mais adstritas aos aspectos econômicos sendo subsidiadas por inúmeras configurações de poder. Compreender essa dinâmica é uma forma de se aproximar das práticas comuns e buscar uma maior amplitude nos estudos que visam o entendimento e a denúncia sobre o que ocorre nos ambientes em que se concretizam as organizações. É importante ressaltar que a opção em realizar a pesquisa no âmbito da administração ocorre no intuito de desvelar o quanto os pesquisadores da área têm se debruçado sobre os modelos de gestão e têm se eximido de responsabilidades maiores, em torno de temas que impactam a sociedade tão ou mais incidentemente do que as regras processuais do mundo corporativo. Se a administração lida com questões correlatas às relações com o capital, como o emprego e o trabalho, a geração de riquezas, a eficiência das organizações e os impactos sociais causados pela gestão desses organismos, nada mais justificável do que tentar compreender os efeitos que os impactos econômicos, decorrentes dos processos de gestão, têm sobre a sociedade.

Nesse sentido, a pobreza, a falta de empregos e a ânsia por melhores condições de vida são, também, temas relevantes para os estudos organizacionais, assim como tudo o que decorre dessa dinâmica. O contexto em que ocorre a venda de órgãos, por exemplo, está intimamente relacionado com as condições socioeconômicas em que vivem os sujeitos impingidos a efetivar essa prática. Os estudos de Moniruazzaman (2012), Roza (2012) e Scheper-Hughes (2000; 2001; 2003; 2004; 2014) revelaram que a pobreza está diretamente ligada ao tráfico de órgãos. É ela que viabiliza a sujeição dos indivíduos a esse comércio. As poucas condições para uma sobrevivência digna compõem o cenário ideal para que esse tipo de exploração se concretize. E o que as empresas têm a ver com isso? Pois bem, são elas (enquanto representação dos donos do capital) que se beneficiam com a exploração dos indivíduos, com a má distribuição de renda e com a precarização do trabalho. Mas como já sinalizei, o tráfico não é o único problema decorrente dos transplantes de órgãos. E os aspectos relacionados à gestão desse processo também impactam os sujeitos e a sociedade.

Alguns autores (BARROS; CARRIERI, 2015; SPOHR; BARROS; GOMES, 2016; PAULA, 2013; 2016; MEDEIROS; SILVEIRA, 2017) têm mostrado que o próprio estabelecimento da administração, como um ramo das ciências sociais (aplicadas), dá margem para a investigação da condição dos sujeitos perante o domínio das organizações, das políticas públicas malsucedidas e das condições de vida em meio a cena capitalista. E é sob essa perspectiva que a mercantilização de “bens” fundamentais à saúde e sobrevivência dos indivíduos é, ao mesmo tempo, assustadora e reveladora de uma realidade impactante, em que as relações econômicas se sobrepõem a outras possibilidades de existência. Assim sendo, cabe questionar qual seria, então, o papel da administração ou, mais especificamente, dos pesquisadores na área de estudos organizacionais. Denunciar? Discutir? Apontar soluções? Certamente essa é uma resposta que ainda não posso dar, mas, ainda assim, foi importante investir na tentativa de percorrer esse caminho na busca por esclarecimentos que possam dar um norte para investigações futuras. Ao definir qual seria o foco dessa investigação, defendi a **tese** de que, no mundo dos transplantes a biopolítica não se limita ao controle da vida e da morte, mas se estende à cena econômica, sob uma lógica produtivista e, portanto, mercantilista.

E foi sob essa expectativa que realizei esse trabalho, cuja importância está fundada na tentativa de contribuir para o entendimento dos meandros da gestão política a partir do neoliberalismo. Essa nova forma de se pensar a gestão do Estado por meio de uma economia política exigiu que fossem empenhadas novas estratégias para tornar o governo possível. Foi nesse contexto que se fez a biopolítica, tal como existe hoje. As influências da economia sobre o Estado fizeram com que fosse necessária uma preocupação com a gestão das populações, em todos os aspectos, inclusive sobre a vida dos sujeitos. A essa estratégia de gestão da vida foi dado o nome de biopolítica e esse conceito é a base para o entendimento do que levantei sobre os transplantes de órgãos no Brasil. É a partir - da compreensão de biopolítica como estratégia de governo que tento construir um *corpus* de conhecimento sobre a gestão desse processo no país. E é a partir desse ponto que reformulei o **problema de pesquisa** que foi o fio condutor para essa investigação, isto é, como, em nossa sociedade de controle, a estratégia biopolítica é o pano de fundo para gerar, controlar e disciplinar os transplantes de órgãos no Brasil? Para tanto, foram considerados os discursos oficiais, a emergência de situações que fogem às regras e as relações econômicas nesse tipo de atividade. Ao mergulhar nessa problemática busquei entender a prática e o discurso dos sujeitos a partir das políticas econômicas, do estabelecimento de leis e dos avanços biotecnológicos. Mediante as inovações no campo da saúde as mudanças no aparato econômico global e a forma como a sociedade têm percebido a materialidade da vida e tudo o que dela decorre, novas formas de se pensar o



direito e o acesso aos meios para protelar a morte são evidentes e requer um olhar que intente conhecer o subjugado, aquilo comumente negado, mas que está aí, permeando a vida em sociedade, modificando constantemente a realidade e os sujeitos.

A minha **justificativa** para essa proposta reside na importância que os transplantes de órgãos têm para a sociedade contemporânea, sendo este um fenômeno que ultrapassa os campos das práticas jurídicas e da medicina. São muitas as áreas envolvidas, mas, aparentemente, é precário o conhecimento em torno do que escapa a esses dois saberes. Quanto a uma abordagem em administração, entendo que é de suma importância atentar para as atividades organizacionais que escapam ao *mainstream* das pesquisas correntes. Acredito que aquilo que não está nos manuais de administração pode revelar mais sobre a realidade, fornecendo novas formas para a compreensão do mundo socialmente organizado e, conseqüentemente, proporcionando um arcabouço de conhecimentos que possam contribuir para a reflexão sobre as organizações, as formas de gestão e os efeitos que o mundo corporativo e tudo o que dele decorre têm sobre os sujeitos e a sociedade.

A realização de uma investigação sobre a trama prático discursiva que perpassa o processo de transplantes de órgãos vai ao encontro das tentativas de contestar as verdades universais. Nesse sentido, gostaria de superar algumas barreiras em torno dessa discussão e, para tanto, recorro aos apontamentos e reflexões oferecidas por Foucault, com a pretensão de lançar um olhar mais atento, menos preconceituoso e mais apto a não fazer julgamentos prévios. Assumo não ter sido capaz de manter constantemente esse propósito, recaindo em vários momentos aos vieses de uma vida toda, pautados no senso comum e que, mesmo frente à pesquisa, muitas vezes insistem em ressurgir. Talvez isso tenha ocorrido porque o tema “transplantes de órgãos” é algo que acompanha a minha geração, que cresceu ouvindo falar sobre a importância da doação de órgãos e sobre as longas listas de espera.

Buscando alguma coerência, ao menos no aspecto teórico, estive atenta aos trabalhos de Foucault (2008a; 2008b; 2011) sobre a governamentalidade e a biopolítica. No entanto, consultei a obra do autor também em relação a outras abordagens, a fim de firmar a feitura desse trabalho em bases sólidas, uma vez que compartilho de sua perspectiva quanto aos discursos, visão partilhada sobre o mundo e a subjetividade humana. Suas proposições sobre o corpo e o cuidado de si e dos outros (FOUCAULT, 2011), também me foram caras. A individualização do sujeito, o liberalismo de estado e tantos outros temas tratados por Foucault estão presentes na discussão sobre os transplantes. A instrumentalização da vida e da morte na sociedade capitalista requer análises profundas que se tornam mais viáveis quando

pautadas nas reflexões de quem visitou a filosofia, a medicina e a história, como é o caso do autor aludido.

Sobretudo, é importante, ainda, destacar que essa empreitada somente foi possível porque se pautou na pesquisa qualitativa. Não houve pretensão de uma redução da realidade a uma definição de verdade, tão pouco pretendi ignorar o cotidiano e as relações sociais, em constante transformação, porém, me limitei a uma pesquisa de caráter mais documental. Ouvi algumas pessoas que atuam na área, mas seus relatos me serviram como orientações sobre o que e onde pesquisar. Assumi que a realidade é demasiadamente dinâmica e tem saberes que não cabem às explicações categóricas e hirtas. Para compreendê-la, ainda que parcialmente, é necessário um obstinado jogo de perguntas e respostas, apartado de generalizações e verdades absolutas. Como aponta Foucault (2014a), as práticas não podem ser explicadas por teorias totalitárias, e as teorias, para produzir algum conhecimento, requerem multiplicidade. Devem ser como caixas de ferramentas, têm que servir a algo, e têm que funcionar para além de si mesmas. Assim se faz o campo das pesquisas qualitativas, onde a prática é tomada como incerta e resulta de variados fatores, cuja problematização deve pautar-se na criação, difusão e variação das questões que se coloca.

Esse caráter qualitativo da pesquisa possibilita, ainda, que os elementos que emergem durante o seu desenrolar, sejam percebidos conforme sua integridade e abrangência, mas sem a pretensão de torná-los explicativos ou representativos de uma universalidade qualquer. É com simpatia que partilho da formulação de Meyer e Paraíso (2012), de que a metodologia, no que compete às pesquisas de natureza qualitativa, pode ser tomada com maior liberdade do que o sentido que se atribui ao método propriamente dito. Metodologia pode ser um modo de perguntar, interrogar, formular questões e construir problemas de pesquisa, articulando-os a um somatório de procedimentos para a obtenção de informações. Metodologia, no contexto que proponho, é colocar em consonância a realidade e a teorização, produzindo informações e conhecimento.

Sob essa perspectiva e considerando as discussões que iniciei até aqui, decidi que o **objetivo geral** desta pesquisa seria o desvelar de como a biopolítica gera, controla e disciplina os transplantes de órgãos no Brasil. Para que fosse possível alcançar o objetivo proposto, defini que os **objetivos específicos** compreenderiam: *a)* apresentar a contextualização da prática dos transplantes e das possibilidades tecnológicas e legais que essa inovação científica incita na sociedade; *b)* descrever como é o processo que envolve os transplantes de órgãos no Brasil; *c)* interpretar o processo envolvendo os transplantes de órgãos, à luz da biopolítica,

conforme a perspectiva trabalhada em Foucault; e, *d*) construir um *corpus* de conhecimento para a área de estudos organizacionais no que compete à gestão de transplantes no Brasil.

Esses objetivos formam um ordenamento metodológico que corresponde à contextualização da questão dos transplantes, à apresentação dos pressupostos teóricos que, à coleta e análise de materiais e à construção de um *corpus* informativo e analítico sobre a gestão dos transplantes de órgãos no Brasil.

Considerando os aspectos que guiaram essa pesquisa em termos de objetivo, é importante apontar, também, o ambiente acadêmico em que esse trabalho foi desenvolvido, o Núcleo de Estudos Organizacionais e Sociedade – NEOS. Esse grupo, liderado pelo professor Alexandre de Pádua Carrieri, na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, tem a característica multidisciplinar e desenvolve trabalhos a partir de perspectivas que costumam escapar às abordagens tradicionais da administração, como o simbolismo e as questões críticas de elementos objetivos e subjetivos que constituem o vínculo imanente indivíduo-organizações-sociedade. Os membros do grupo se dedicam aos estudos sobre os discursos, as práticas sociais, as relações de poder, a vida organizada e os sujeitos nas organizações. São pesquisadores que se caracterizam por desenvolverem trabalhos de natureza não positivista e que privilegiam, metodologicamente, a abordagem qualitativa, buscando produzir análises diversas como as feitas a partir das histórias de vida e da historiografia. Essas pessoas buscam a abertura para inovações metodológicas, sempre que possível e, atualmente, elaboram pesquisas sobre estratégias, táticas, poderes, culturas, identidades, economia criativa, gênero, entre outros.

O NEOS é um grupo dialógico e polifônico, cujos temas evidenciam uma insurreição de saberes excluídos pelo *mainstream* da Administração e comumente desqualificados ao longo da história. O grupo se preocupa com os saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados pelos discursos utilitaristas e universais. É um coletivo aberto para a inserção de novas temáticas, sem privilegiar uma abordagem teórica ou epistemológica específica, mas trazendo sempre um olhar questionador. Autores como Benjamin, Bourdieu, Certeau, Debord, Deleuze, Fairclough, Foucault, Latour, Luckács, Marx, entre outros, constituem as suas principais referências. Os pesquisadores que já passaram por esse grupo e aqueles que ainda o constituem têm avançado nas discussões sobre cultura, identidade e simbolismo nas organizações, gênero e raça, profissões e profissionais estigmatizados, a gestão ordinária, história e memória e o cotidiano e a vida organizada em suas diferentes manifestações. Temas ligados ao comércio informal, ao trabalho doméstico e à prostituição também compõem as pesquisas do NEOS, onde toda pesquisa em administração é considerada política e o

pesquisador é entendido como um agente de transformação, nem sempre como militantes ferrenhos que representam essa ou aquela causa, mas como denunciante de situações muitas vezes ignoradas também nos corredores das universidades, assim como ocorre fora de seus limites físicos.

As perspectivas marxiana e pós-estruturalista embasam muitas das investigações realizadas pelo grupo, bem como ilustram o nosso modo de ver o mundo. Foi a partir da submersão nesse contexto que desenvolvi o gosto por pesquisas consideradas críticas. Trabalhos relacionados à gestão da morte e todo o comércio que ela suscita, sobre as questões raciais e sobre o cinema são fontes de inspiração para empreitar novas abordagens sobre o cotidiano da vida em sociedade. Desde o meu encontro com o grupo muita coisa mudou sobre como vejo o mundo e percebo a realidade na qual estou inserida. Isso não tornou a vida mais fácil, pelo contrário, mas me possibilitou desvelar muitas coisas sobre as quais não tinha clareza, embora fosse fortemente afetada por elas. Embora já tivesse uma inclinação para temáticas que retratam as minorias, descobri os estudos sobre gênero e passei a me interessar por questões da vida ordinária e por temas pouco explorados pela área. Me descobri outra pessoa e pude partilhar de angústias que não pensava serem minhas, mas que se tornaram uma causa para quem sou hoje.

A minha inserção na vida acadêmica é anterior à minha inserção no NEOS, pois foi ainda no mestrado que desisti da administração mercadológica e migrei para a linha de Estudos Organizacionais e Sociedade, por perceber nela uma possibilidade para que pudesse desenvolver trabalhos de caráter multidisciplinar. Sob a orientação da Professora Elisa Yoshie Ichikawa dei meus primeiros passos rumo à perspectiva crítica que pude ampliar no NEOS, sob a orientação do professor Carrieri. Talvez a minha formação, em psicologia e administração, tenha contribuído para a busca por perspectivas mais transversais, menos estáticas e mais abrangentes. Nunca fui capaz de exercer a tal da neutralidade científica e, talvez por isso, me senti tão à vontade entre os colegas que fiz durante minha estadia na UMFG.

A partir dessa nova configuração de mim mesma, busquei exercitar meu olhar crítico sobre os transplantes de órgãos. Esse processo resultou no texto que apresento aqui, e que organizei em seis seções, a começar por esta introdução, seguindo para o capítulo 2, no qual escrevo sobre o caminho percorrido para a realização dessa pesquisa. Já no capítulo 3, apresento, com mais detalhes, os conceitos foucaultianos caros a esta tese, isto é, o liberalismo, o neoliberalismo e a nova racionalidade do Estado, a governamentalidade, o conceito de biopolítica e suas implicações sobre os cuidados de si. No quarto capítulo,

discorro brevemente sobre a história dos transplantes de órgãos em humanos, percorrendo sobre o desenvolvimento desse fenômeno no Brasil. Também retrato a consolidação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a doação de órgãos, o problema da morte encefálica, a lista de espera, o protocolo de acompanhamento pós-transplante, a atual situação dos transplantes e a regulação desse processo no país e, e, ainda, faço alguns apontamentos sobre a comercialização de órgãos. No capítulo 5 desenvolvo algumas análises à luz da biopolítica e, no capítulo 6, exibo as minhas últimas considerações sobre esse trabalho.

A seguir, escrevo sobre o caminho percorrido.

## 2. O CAMINHO PERCORRIDO

Na realização de um trabalho acadêmico, há uma cobrança em relação à “escolha” de um método para guiar a investigação a ser realizada. O caos, que muitas vezes se instala nas vidas durante o processo de pesquisa não encontra lugar em qualquer trabalho dessa ordem. A formalidade exigida não permite expor tudo aquilo que, de fato, permeou as experiências de pesquisa. As falhas nos processos, as idas e vindas não são interessantes no mundo que privilegia a forma e a estrutura. A ciência, ao que me parece, sobrevive dos acordos políticos. Da cumplicidade cavalheiresca entre os pares, que mesmo quando parecem discordar, são impingidos, muitas vezes, a tomar o rumo daquilo que fora, em outros tempos, instaurado. Tendo todas essas questões em conta, ainda assim, tentei escrever algo sobre o “método” aqui empreendido. Método que, nesse caso, não corresponde aos modelos pré-estabelecidos de coleta ou análise. Que não se restringiu a nenhum manual e que, por isso, permitiu que esse trabalho muitas vezes parecesse confuso, porém, permitiu também que ele fosse um relato sincero sobre o que encontrei no “campo”. Não houve um controle refinado ou um processo apurado para que fossem estabelecidos critérios rebuscados de pesquisa ou procedimentos de análise. O cuidado maior ocorreu no sentido de registrar e referenciar tudo o que fosse importante para caracterizar o tema e trazer informações que pudessem contribuir com a construção do conhecimento sobre ele.

Os conteúdos foram emergindo a partir das informações adquiridas no período de realização da pesquisa. A partir do meu envolvimento com o assunto é que o trabalho foi ganhando forma. A única guia que me orientou quanto às análises foi o conceito de biopolítica, trabalhado por Foucault (2008a). Fiz uma pesquisa com características da pesquisa qualitativa (GODOY, 1995), e permiti que o tema me direcionasse em relação ao que eu deveria explorar. As informações foram obtidas a partir de sites do Governo Federal, de artigos científicos, de matérias em jornais e revistas, de materiais publicitários e de conversas (que não se caracterizaram como entrevistas) com pessoas que atuam na área da saúde. Muitas pessoas me enviavam materiais. Recortes de notícias, artigos e até livros sobre o assunto. Li tantas coisas que sinto por não ter tido a capacidade de compilar tudo o que vi para apresentar aqui, de forma que fizesse sentido e, por isso, ter descartado tantas coisas. Algumas pessoas me diziam que o tema era muito diferente e sempre que se deparavam com algo sobre o assunto se lembravam de mim e me enviavam materiais, no intuito de contribuir com a minha pesquisa. Outras diziam que, antes de compreender o tráfico de órgãos (foco inicial da

pesquisa), eu precisava saber como o Estado vem, há anos, “organizando” a vida dos sujeitos e decidindo quais são as vidas que merecem ser mantidas. Uma dessas pessoas me deu um livro sobre a trágica história de Barbacena, dizendo que, por algum motivo, achava que minha pesquisa tinha a ver com aquela história. E realmente tinha. Outro colega me indicou um livro sobre o menino Paulo Pavezzi, que teve seus órgãos retirados sem o correto diagnóstico de morte encefálica. Também li, e, confesso, foi difícil de digerir. Essa gama de informações e interesses se constituíram como detalhes importantes, que influenciaram minha opção pelo recorte que apresento aqui. Pois eram muitos os olhares e análises possíveis. Havia política, filosofia, história, ciência e tantas questões envolvidas que eu não seria capaz de representar todas elas em um único projeto.

Aos poucos fui absorvendo o assunto e desenvolvendo meu raciocínio sobre a temática em questão. Primeiramente, tinha em mente realizar uma pesquisa sobre o tráfico de órgãos, privilegiando os aspectos econômicos da sociedade, como eles afetam nossas escolhas e pior, como esses aspectos, muitas vezes, nos deixam com poucas ou mesmo nenhuma escolha. O ponto de partida para essa ideia foi um projeto maior, realizado pelo grupo de pesquisa do qual faço parte, cujo tema principal é a morte. Foi sugerido que, sob o âmbito desse projeto, eu trabalhasse com o tema tráfico de órgãos. Eu gostei muito da ideia e decidi que desenvolveria esse trabalho. Mas pensei, como posso fazer isso? Que relação isso poderia ter com o mundo das organizações? Pois bem, dei início a minha busca e me deparei com uma notícia da BBC (2013), que falava de pobres que precisaram vender um de seus rins para pagar as dívidas de microcrédito, que haviam contraído a partir de um programa social que visava promover o empreendedorismo na parcela mais pobre da população. Lendo essa notícia e vendo aquela imagem dos quatro irmãos que tinham vendido os rins (Figura 29), percebi que poderia desenvolver uma pesquisa que mostrasse como a economia impactava a vida dos sujeitos, no mais profundo dos sentidos. Imaginei que seria interessante pesquisar sobre isso e mostrar como o capital e as organizações vinham moldando tão drasticamente nossas escolhas enquanto sujeitos.

Durante dois anos li muitas coisas sobre o tráfico de órgãos e a venda ilegal de órgãos para transplantes. A mercantilização de órgãos parecia estar presente em quase todas as partes do mundo das quais tive notícias. E se em países mais ricos não foram encontrados indícios da venda, havia, no entanto, elementos que indicavam a compra. De acordo com Schepers-Hughes (2014) os países ricos são a origem dos compradores de órgãos, enquanto os países pobres são o berço dos sujeitos que vendem seus órgãos para quitar dívidas ou adquirir algum bem. E mais, encontrei relatos sobre pessoas que foram ludibriadas com a ideia de ganhos

considerados fáceis e que, ao final, foram surpreendidos por uma dura realidade, em que o montante pago não correspondia ao combinado e não havia qualquer acompanhamento em relação à sua saúde após a cirurgia.

Desde médicos, políticos e equipes inteiras da área de saúde, havia sempre muita gente envolvida. Deparei-me com questões como o turismo de transplantes, em Israel, e até mesmo o turismo da morte, na Suíça. E o que teria esse segundo ponto a ver com o tema? Pois bem, quando se pesquisa sobre algo relacionado à saúde humana, há um contato com o direito e, conseqüentemente, com a ética – mais comumente com a falta dela – e o turismo do suicídio está para o sujeito que quer dar fim a sua vida, de forma assistida, como o tráfico de órgãos está para o sujeito que luta para salvar a sua vida. Claro que não é assim tão similar em vários aspectos, mas, o que quero dizer é que, assim como aquele indivíduo em estado terminal, que não suporta mais sofrer e que quer acabar com seu sofrimento a qualquer custo por meio de um transplante de órgão, também o sujeito terminal, que não suporta mais viver uma vida subjugada, quer dar fim ao seu sofrimento. Um corre em busca pela vida e o outro corre no sentido de poder morrer. E esse é o ponto. O direito sobre a própria vida ou morte.

Tendo esse aspecto em mente, continuei lendo sobre a venda de órgãos e segui tentando compreender as condições em que essa prática se desenvolve. Informe-me sobre as prescrições legais e sobre como o tema tem sido tratado em outros países. Li trabalhos nacionais e internacionais e também o relatório de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o tráfico no país, cujos trabalhos se deram nos anos de 2003 e 2004. Mas, na medida em que avançava em minhas leituras me sentia ainda mais confusa, entretanto, ainda assim optei por seguir com essa temática até a banca de qualificação. Quando apresentei o meu projeto de tese eu não tinha certeza sobre o que estava procurando e esperava receber alguma ajuda dos membros da banca quanto ao estabelecimento de um foco que fizesse sentido para minha pesquisa. Um dos professores me ajudou bastante, me orientando sobre a escolha teórica e o recorte que eu precisava fazer em relação às proposições do autor que me serviria de referência (Foucault). Outro membro da banca me aconselhou que eu buscasse conhecer a perspectiva de algum profissional da saúde sobre o assunto em questão, e isso também me ajudou. No mais, saí ainda mais confusa do que entrei. O que acredito ser um tanto comum, dada a quantidade de informações e as diferentes perspectivas com as quais tive acesso.

Após algum tempo explorando o tema e compreendendo que algo não se encaixava, me dei conta de que eu não sabia nada sobre os transplantes. Ou seja, eu não conhecia nada sobre o que acontece no universo legalizado dos transplantes. Eu não conhecia as regras, as



políticas públicas, nem mesmo a própria história dos transplantes de órgãos. Até já tinha visto algumas coisas fragmentadas sobre isso tudo, mas não entendia exatamente onde se encaixava a problemática do tráfico. Foi aí que decidi conhecer a organização do sistema de transplantes no Brasil, bem como a história do surgimento dos transplantes e seus impactos na área da saúde e do direito. Decidi recuar e realizar outro trabalho, que me permitisse conhecer esse contexto e percebi que sem esse conhecimento eu não seria capaz de compreender o tráfico de órgãos. Deparei-me, então, com outro problema, o da agenda, pois uma pesquisa de doutorado tem um prazo previamente estabelecido para a sua conclusão. Considerando isso, tive que fazer um recorte em relação a tudo o que a investigação sobre o tema poderia me proporcionar. Escolhi, assim, fazer uma pesquisa que trouxesse para a administração alguma informação sobre a gestão dos transplantes no Brasil. Não deixei de pensar no tráfico, nem mesmo nos impactos gerados na vida dos sujeitos, mas priorizei compreender o processo formalmente constituído, para então poder fazer algumas conjecturas a respeito dos desvios.

Fiz as leituras que pude sobre o desenvolvimento dos transplantes no Brasil e descobri que a formalização e o controle de tudo o que envolve os transplantes de órgãos no país, como em outros lugares do mundo, é algo muito recente. Notei que o processo de legislar sobre o tema é constante e, que, em poucos anos, mais especificamente em 20 anos – tempo de estabelecimento da nova lei de transplantes no país – muitos detalhes foram sendo alterados, conforme a realidade se mostrava em desacordo com as normas. Embora possa parecer estranho, o próprio conceito de morte precisou ser revisto, bem como os limites para a doação e a criação de uma lista única de espera. A partir dessas leituras e com o redirecionamento do meu olhar, me limitei a estudar a organização do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e a me informar sobre os desdobramentos que a Lei 9.434/97 e o SNT tiveram no âmbito dos transplantes, da doação de órgãos e do estabelecimento da morte encefálica.

Esse trabalho ganhou assim, um novo horizonte, menos subversivo, infelizmente, porém, mais claro, eu acredito. Ao pretender essa nova postura, entendi que poderia contribuir para o desenvolvimento das pesquisas no campo da administração (ou não), produzindo algum conhecimento sobre o tema, que ainda não estava sob o domínio dos pesquisadores da área. Embora existam vários trabalhos sobre os transplantes de órgãos em outras esferas de conhecimento, não encontrei em outras pesquisas, as informações que reuni aqui. Os estudos com os quais me deparei são direcionados à legislação ou à mudança de paradigma quanto a extensão da vida. Aqui, busquei mostrar, ainda que brevemente, a tentativa de organizar e controlar os transplantes no país, bem como busquei compreender o que está por trás desses esforços e como isso pode repercutir na vida dos sujeitos. Nas análises que fiz, tentei abordar

também os impactos sobre a vida daqueles que doam um órgão para transplante intervivos. Procurei compreender a questão da doação após a morte (autorizada pela família do falecido) e as implicações da doação na vida das pessoas. Entendi que vida e morte ganharam novos significados a partir do estabelecimento dos transplantes. Percebi que a mudança nos paradigmas sobre o que é a morte, em termos biológicos, atinge a todos os indivíduos, uma vez que a morte encefálica é uma possibilidade para todos que ainda estão vivos e que, em virtude desse tipo de morte, são considerados doadores em potencial. Em suma, não empreendi grandes novidades sobre o tema, mas realizei um esforço no sentido de oferecer um olhar diferenciado sobre os impactos que as formalidades instituídas a partir dos transplantes geram na vida dos sujeitos.

Assim como recorri ao conceito de biopolítica, trabalho realizado por Foucault (2008a), para realizar as minhas análises, também considerei a perspectiva do autor quanto ao desenvolvimento do “método”. Baseando-me em seus trabalhos, supus que os universais não existem, considerei os objetivos intrincados do Estado de polícia e busquei compreender como as séries de práticas e regimes de verdade se inscrevem no real. Apoiei-me sobre essa perspectiva por acreditar que é a melhor opção para atender ao objetivo que estabeleci para essa pesquisa, isto é, para que pudesse desvelar os elementos que compõem a biopolítica em torno dos temas relacionados aos transplantes de órgãos no Brasil. Nesse sentido, proponho que estejam abertos quanto às inúmeras possibilidades para a geração de informações e construção de conhecimento, sem que seja necessário precisar um método ou procedimento rígido. As aquisições oriundas dessa pesquisa fornecem um conhecimento que não se deu de forma linear ou regular. Houve altos e baixos, decepções e empolgações, e aqui estou, ainda sem respostas e cheia de perguntas. Sinceramente, não vejo um problema nisso, visto que essas indagações alimentam minha vontade e curiosidade em conhecer mais, formular novas concepções e, por que não, mudar de ideia quantas vezes for necessário.

Sobre isso, Foucault (2006), que não apresentou a indicação de um método específico em suas investigações, disse, em uma entrevista realizada em 1977, que sua opção se devia ao fato de não considerar que pudesse haver um método que fosse extensível às diferentes pesquisas que realizava e que, ao trabalhar em uma pesquisa, procurava utilizar instrumentos que ele encontrava no próprio campo investigado, os adaptando conforme a realidade, sob o compromisso de não privilegiar o problema do método, em detrimento do real. Ele aponta que isso era uma das características que o afastava do estruturalismo, em que o método, senão fosse considerado universalmente válido, era, pelo menos, válido para uma série de objetos distintos. Foucault (2006) enfatiza sua ideia afirmando que o método

[...] não é absolutamente meu problema: procuro fazer aparecer, essa espécie de camada, ia dizer essa interface, como diziam os técnicos modernos, a interface do saber e do poder, da verdade e do poder. É isso. Eis aí meu problema. Há efeitos de verdade que uma sociedade como a sociedade ocidental, e hoje se pode dizer a sociedade mundial, produz a cada instante. Produz-se verdade. Essas produções de verdade não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações verdade/poder, saber/poder que me preocupam. Então, essa camada de objetos, ou melhor, essa camada de relação, é difícil de apreender, e como não há teorias gerais para apreendê-las, eu sou, se quiserem, um empirista cego, quer dizer, estou na pior das situações. Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo. Eu tateio, fabrico, como posso, instrumentos que são destinados a fazer objetos. Os objetos são um pouquinho determinados pelos instrumentos, bons ou maus, fabricados por mim. Eles são falsos, se meus instrumentos são falsos... Procuro corrigir meus instrumentos através dos objetos que penso descobrir, e, neste momento, o instrumento corrigido faz aparecer que o objeto definido por mim não era exatamente aquele. É assim que eu hesito ou titubeio, de livro em livro. (FOUCAULT, 2006, p. 229)

Obviamente, nos moldes acadêmicos atuais, não posso me dar ao luxo de criar os meus próprios instrumentos, mas concordo plenamente com o autor sobre a necessidade de primar pelo objeto e não trabalhar em virtude de um método. Considero importante descrever o processo e os procedimentos adotados durante a pesquisa, mas eles podem não estar de acordo com os compêndios tão difundidos no meio acadêmico e nem por isso fazem da pesquisa algo menos interessante. Essa postura não impede que o pesquisador seja fiel ao que encontrou, ao contrário, permite que ele possa registrar os acontecimentos e as descobertas conforme forem surgindo. É claro que o ponto de vista que emerge de uma pesquisa qualitativa, muito provavelmente, será único e a cada vez que for iniciado um novo estudo, ainda que os objetos sejam os mesmos, o olhar do pesquisador irá delinear os achados de forma distinta, bem como as análises serão sempre uma extensão das suas experiências. Foucault também refletia sobre esse aspecto da pesquisa, e afirmava que isso não se constituía como um problema, desde que outros olhares também pudessem ser lançados sobre os objetos. Ele era veemente ao afirmar que os problemas da sociedade requeriam múltiplos olhares e que era preciso nos desprender de parâmetros que pudessem encobrir as “verdades” praticadas, difundidas. E mais, ele dizia que

Existe atualmente – e é nisso que intervém a política – em nossas sociedades um certo número de questões, de problemas, de feridas, de inquietação, de angústias que são o verdadeiro motor da escolha que faço e dos alvos que procuro analisar, dos objetos que procuro analisar, e da maneira que tenho que analisá-los. É o que somos – os conflitos, as tensões, as angústias que nos atravessam – que, finalmente, é o solo, não ousou dizer

sólido, pois por definição ele é minado, perigoso, o solo sobre o qual eu me desloco. (FOUCAULT, 2006, p. 230)

Partindo da perspectiva de Foucault, mas compreendendo a importância de esclarecer o leitor sobre o que foi feito, aponto aqui, alguns aspectos da pesquisa que considere importantes. Primeiro, reforço que o viés que circundou esse trabalho tem características intrinsecamente qualitativas e que não foi de meu interesse qualquer generalização. Isso me parece um tanto clarificado, uma vez que o referencial ao qual recorre implica em alguns desprendimentos em relação ao que tradicionalmente se convencionou chamar de método. Meu propósito, como é possível perceber, não foi o cumprimento de um método e, sim, o de conhecer alguns aspectos relacionados ao sistema de transplantes no Brasil. Em particular, tentei entender como o fenômeno dos transplantes impacta a vida das pessoas. Ressalto, ainda, que, embora a biopolítica tenha sido o principal conceito para a condução das análises, não pude deixar de considerar outros conceitos trabalhados pelo autor. Entendo que as relações de poder que perpassam a realidade estão imbricadas nas dinâmicas sociais e são construídas diuturnamente a partir de circunstâncias particulares e coletivas e quadros objetivos e subjetivos e que todos esses aspectos da vida em sociedade merecem atenção. Contudo, minha pesquisa, por ter um caráter exploratório (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995), acabou se restringindo ao levantamento e a compreensão dos aspectos mais objetivos, aqueles que já se encontram registrados e que contam uma versão da história. A maneira como eu reuni esse material, no entanto, revela a minha perspectiva e traz aquilo que eu considere importante para o entendimento do tema proposto, bem como indica algumas entrelinhas observadas no contexto proposto.

O que proponho aqui também é característico da pesquisa social, que possibilita um questionamento investigativo dinâmico no qual o pesquisador é parte do processo de construção do conhecimento. A justificativa para esse posicionamento está no fato de que a Administração é uma ciência social e, por mais que haja a pretensão de vê-la como aplicada, linearidade e engessamento não seriam férteis para o desenvolvimento da área. Administração é prática social e, por isso, deve ser estudada e pesquisada como tal, e os Estudos Organizacionais, em especial, caracterizam essencialmente por sua interdisciplinaridade e multiplicidade de olhares, e, como apontam Santos, Santos e Braga (2014), para desenvolver esse campo de conhecimento é preciso contemplar as diferentes configurações de gestão das relações sociais, sob os diferentes enfoques econômicos de produção e/ou tempo histórico.

Assumo que minha perspectiva e meu modo de ver o mundo são delineadores de todo o processo de pesquisa, uma vez que trouxe em minhas análises, meus poucos conhecimentos

e experiências, pois não posso descartá-los completamente e, portanto, eles acabaram por direcionar o meu ponto de vista sobre o conteúdo investigado, por mais que eu tenha buscado algum amparo teórico ou metodológico. Para Minayo (1994) é comum que isso ocorra no âmbito das pesquisas sociais, pois elas refletem nossas posições frente à realidade e o desenvolvimento da dinâmica social, fazendo emergir as preocupações e interesses do pesquisador e das pessoas e grupos investigados. Esse é um gênero de pesquisa que atende aos enfoques dados pelos estudiosos da área de Estudos Organizacionais porque ultrapassa o âmbito específico de uma única disciplina e possibilita a apresentação de contextos que envolvem diversos tipos de conhecimentos.

Sem a menor intenção de produzir algum conhecimento que se pretenda totalizante e redutor (PETERS, 2000), construí o *corpus* dessa pesquisa a partir de diferentes caminhos, recorrendo à pesquisa documental – minha opção mais presente em toda a pesquisa –, aos trabalhos já produzidos sobre o tema e às informações disponibilizadas pelos órgãos responsáveis pela gestão dos transplantes de órgãos no Brasil. Com esses materiais em mãos, considerei a afirmação de Foucault (1979) sobre a importância em realizar análises que versem sobre a formação dos saberes específicos relacionados a um tema. Pensando nos elementos que o autor propõe para uma análise desse tipo, procurei compreender o processo para além das representações legais, mas em termos de gestão política. Nesse sentido, discuti o domínio de alguns saberes em relação às práticas sociais, como o saber médico e o saber jurídico. Discorri sobre a logicidade econômica como determinante de questões tão fundamentais para a existência humana, como a vida e a morte. Tentei ter em conta as indicações do autor sobre o cuidado que é preciso ter em relação às análises, no sentido de não as limitar aos constructos universais, tais como poder, soberania ou dominação. Como o autor, acredito que os conceitos acabados nos impedem de ver além do que está posto.

Procurei compreender as correlações dos poderes e dos saberes que perpassam os discursos e as práticas sobre os transplantes. Quis saber quais são as forças imanentes aos domínios que incidem sobre esse tema. Quais são as normas, as verdades, as lutas e os enfrentamentos que invertem ou apoiam as práticas e as relações de força existente na trama em questão. Como aponta Foucault (1979), esses elementos formam cadeias, sistemas ou constituem defasagens e contradições, isolando o problema real pelos regimes de verdade. Mas quais são as estratégias e os regimes de verdade? Quais são as táticas? O quão institucionalizadas elas são? Quais são as condições de possibilidades para o exercício das relações de poder, inclusive em seus efeitos periféricos? Algumas dessas questões puderam ser respondidas ao longo do trabalho que apresento aqui. Outras perguntas surgiram e ainda

há muito para se pesquisado. Mas penso que essas perguntas não são passíveis de respostas a partir da investigação de um ponto central ou um foco único de investigação, contudo, talvez as respostas conseguidas a partir dessa pesquisa possam contribuir para futuras investigações e análises, mas sempre levando em conta o que o autor apontou como a localização e a instabilidade do fenômeno investigado.

Nesse sentido, embora Foucault não tenha delineado um método para que suas análises sejam replicadas, ele deixou algumas indicações que me são caras e que me orientaram ao longo dessa pesquisa, a começar por sua explanação de que o poder vem de todos os lugares, de que não se trata de uma instituição ou uma estrutura, nem é potência. É apenas o nome dado às situações estratégicas complexas, em determinadas sociedades. Para tentar entendê-lo, ainda que minimamente, é preciso compreender que não é algo que se adquira, guarde ou deixe escapar. Que se trata de um exercício possível a partir de muitos pontos e entre relações desiguais e móveis. As relações de poder não são exteriores aos processos econômicos, às relações de conhecimentos ou outras relações, mas são imanentes delas. São efeitos de partilhas, desigualdade e desequilíbrios, das diferenças – também produzidas e reproduzidas –.

Não há uma oposição binária e global entre dominadores e dominados. As relações de poder se produzem nas correlações de força múltiplas, formadas e atuantes nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e nas instituições. Não se tratam de relações sempre objetivas, muitas vezes, aliás, elas são sutis e muito subjetivas, porém, são intencionais. São inteligíveis, porque são atravessadas e não existe o exercício do poder sem que haja foco e objetivo. Não se trata de escolhas, mas de táticas. Onde essas relações se instalam, instalam-se também as estratégias de resistência, de subversão. Elas – relações de poder – existem também em função dos pontos de resistência, que são, por sua vez, o outro termo nas relações de poder. Quanto às estratégias que perpassam essas relações, deve-se pensar em termos de táticas possíveis, em dispositivos onde os mecanismos de poder servem, também, como suporte para manobras maiores (FOUCAULT, 1979).

Tendo alguma clareza sobre essas ideias e buscando dar algum contorno para a formação de conhecimentos oriundos dessa pesquisa, fornecendo, talvez, uma possibilidade de inteligibilidade sobre os transplantes de órgãos, recorri a um processo que me deu certa capacidade para realizar uma exploração de caráter construtivo e interpretativista. A ideia ocorreu no sentido de tentar compreender o conteúdo dos registros investigados acerca dos transplantes de órgãos e, por conseguinte, dos impactos e contingências dessa prática na vida moderna. Ao admitir que a realidade e a história não se constroem de modo linear tracei o

caminho para esse estudo e para as análises que dele decorreram, sempre tendo em conta que, por se tratar de um primeiro estudo sobre os transplantes de órgãos na área da administração, não seria possível explorar todos os pontos que gostaria de abordar.

Nesse sentido, me propus realizar uma investigação inicial que considerou alguns documentos legais, formais, informais, arquivos de mídia e tudo o que esteve ao meu alcance e que entendi ser passível de análise, dentro das limitações de tempo e espaço. A ideia era tentar compreender a construção do fenômeno, desde seu início, com a inovação biotecnológica das técnicas de transplantes, até as questões reguladoras dessa prática, bem como as necessidades que ela inseriu no mundo socialmente constituído. Mas nem por isso, considere essa tese teórica, pois entendi que os materiais que foram coletados e analisados são parte da realidade, daquilo que é empírico e, portanto, trazem informações sobre as práticas dos sujeitos em relação à temática proposta.

Pretendi realizar uma investigação acerca da história da prática dos transplantes de órgãos, por meio da leitura de jornais, processos judiciais, diário oficial, revistas de circulação livre e científicas, livros e trabalhos acadêmicos. Esses documentos, em forma de materiais escritos, foram minha fonte de informação sobre as práticas relacionadas aos transplantes de órgãos. Essa investigação documental se constituiu como uma técnica valiosa para a abordagem qualitativa, pois possibilitou o desvelar de aspectos incisivos ao tema do presente trabalho. Para Lüdke e André (1986) a importância desse tipo de investigação se justifica pelo fato de se tratar de um caminho que permite identificar as informações registradas sobre o tema, a partir de questões e possibilidades de interesse para a pesquisa.

Esse tipo de pesquisa possibilita um enfoque histórico, não do tipo linear como o faz a história convencional, mas em espiral, com suas idas e vindas. Outros trabalhos sob a perspectiva histórica já foram realizados no âmbito dos Estudos Organizacionais (BARROS, 2017; CABANA; ICHIKAWA, 2017; IPIRANGA; LOPES, 2017) e vêm fornecendo subsídios para o desenvolvimento de pesquisas semelhantes. Para Barros e Carrieri (2015) a história não deve ser entendida como algo unilinear ou como raiz de uma verdade universal e igualmente acessível a todos. Deve ser repensada a partir de outras possibilidades que não se limitem aos registros formais, mas que também leve em conta também as narrativas pontuais, selecionadas pelo pesquisador para refletir sobre um ponto de vista relacionado a um fenômeno ou um objeto. Para Foucault (2014a) isso revela o sentimento histórico, aquele que dá ao saber a possibilidade de fazer, de compreender, a partir do movimento da construção de conhecimento, a partir da genealogia das coisas. Nesse sentido, posso afirmar que essa pesquisa teve um caráter, ou, ao menos uma intenção histórica, uma vez que buscou

compreender o processo de construção dos acontecimentos e das práticas reificadas em torno dos transplantes de órgãos.

Para mim, são caras as tentativas de Foucault (2008a) de evitar os universais. Adotei essa postura e busquei entender os processos que englobam os transplantes de órgãos a partir do regime de verdades que o cerca, bem como os seus efeitos inscritos no real. Recorrer ao estudo realizado por Foucault sobre a racionalização da prática governamental fez todo o sentido para o tema que propus conhecer. E por mais que eu tenha focado nos documentos, vale lembrar que eles fizeram sentido a partir da realidade, mesmo que de forma aparentemente desconexa. Isso é importante porque a partir da prática, dos elementos que ela faz emergir, e tal como ela se apresenta, é que é possível compreender a constituição de algumas coisas e eventos (FOUCAULT, 2008a). Para que isso ocorra, no entanto, é importante que não sejam suprimidas as observações sobre o que as práticas refletem e, ainda, como são refletidas e racionalizadas. Nesse caminho, não claramente definido no início de qualquer investigação, é que se pode interrogar sobre o mundo, sobre as sociedades e sobre os sujeitos. Trata-se de um processo onde evitar o universal é evitar a dedução simplista, as grades de inteligibilidade obrigatórias e, ainda, partir de algumas práticas concretas para só depois questionar os universais atravessados por elas.

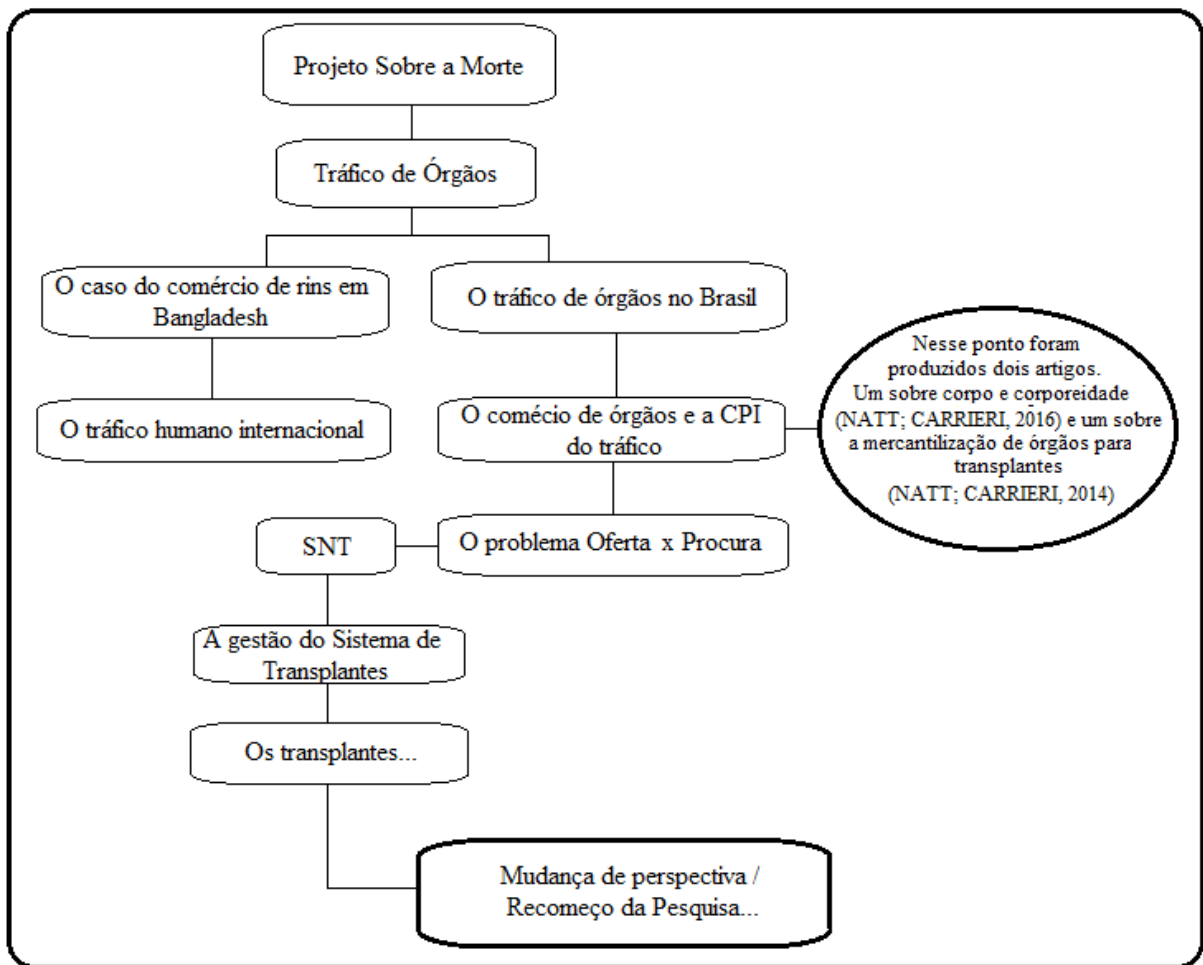
Por esse ângulo, eu quis mergulhar nas informações sobre a prática dos transplantes de órgãos de modo a buscar não suprimir os processos criativos, subversivos ou alternativos, mas não foi possível, ao menos não na proporção que eu esperava. De qualquer forma, espero não ter qualificado as coisas como certas ou erradas, já que li alguns trabalhos que denotam esse movimento por parte dos antropólogos e juristas. O que eu fiz foi trazer à tona alguns pontos de discussão, que já existem em outras áreas também, mas sobre os quais lanço um questionamento pautado no entendimento do liberalismo econômico. Busco entender o funcionamento dos transplantes no tocante às doações de órgãos, o estabelecimento da morte encefálica, as listas de espera e as tentativas de controlar as vidas dos sujeitos, seja por meio do acompanhamento do pós-transplante ou pela enxurrada de campanhas que nos cercam. E, é claro, os sistemas de “coordenação” de todo esse processo.

Se fosse possível classificar essa pesquisa em fases, eu diria que houve dois momentos. No primeiro, explorei o tráfico de órgãos a partir do projeto sobre a morte. Nesse momento li muitas coisas sobre tráfico humano e sobre o comércio de órgãos. Foi quando me deparei com os anúncios, com o caso do menino Paulo Pavesi e com a CPI do Tráfico. Por faltar tantas informações que situassem essa problemática, passei a investigar os sistemas de transplantes, notei, então, que precisava situar a própria história dos transplantes e, por



consequente, a gestão desse processo no Brasil. Foi aí que recomecei e reorientei esse trabalho para os transplantes de órgãos, tornando o tráfico apenas um pequeno recorte deste trabalho. Abaixo um esboço do fluxo da primeira etapa do processo de investigação que culminou na mudança de perspectiva quanto à pesquisa:

Figura 01 – Primeira Fase da Pesquisa

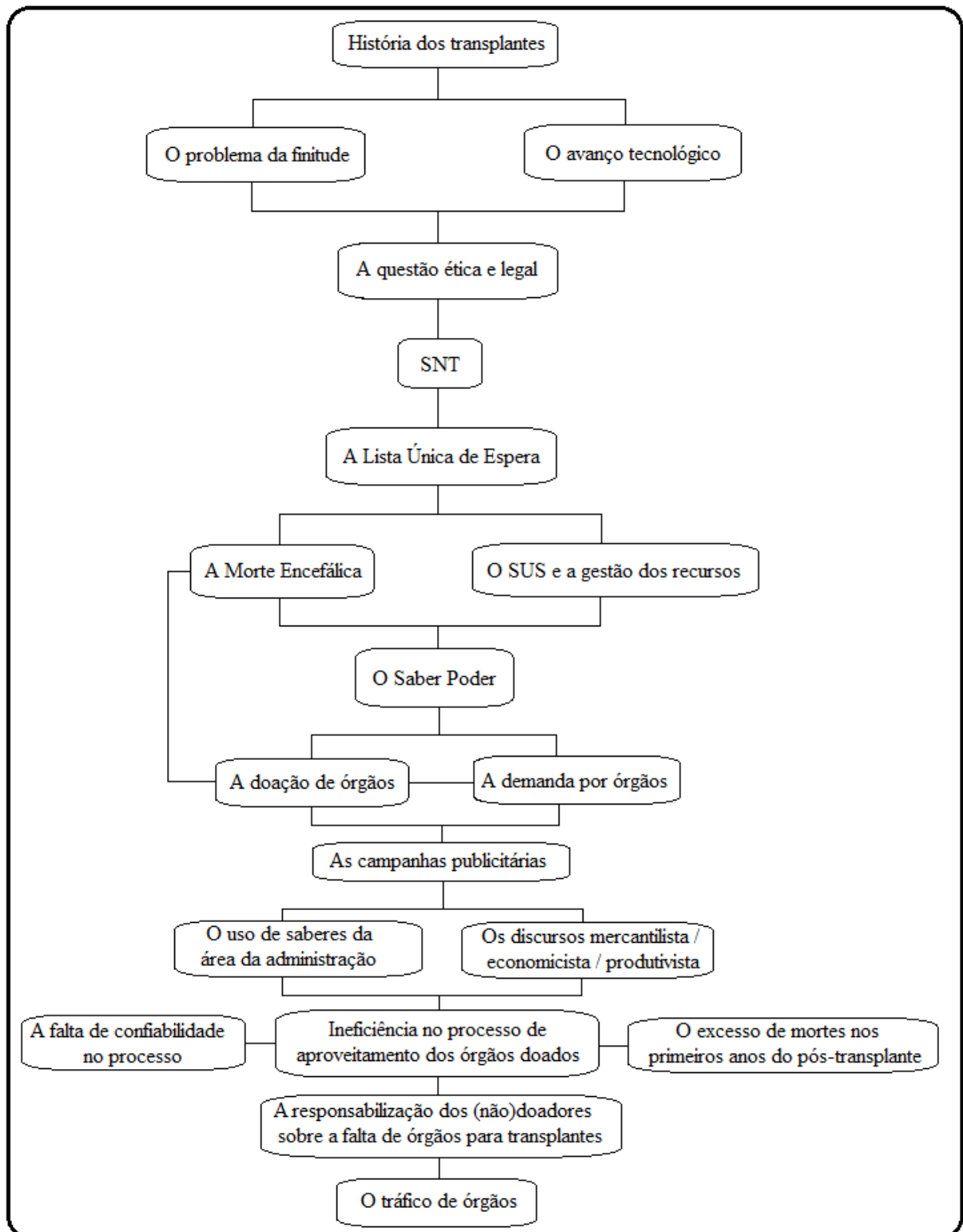


Elaborado pela autora.

Depois de ter amadurecido a opção em falar sobre os transplantes, considerei a orientação de Foucault (2008a) sobre as abordagens mais livres, que não se prendem às reduções historicistas e que, ao contrário, adotá-las é tomar uma decisão que é ao mesmo tempo teórica e metodológica, que além de permitir supor que os universais não existem, permite contar outras histórias e fazer emergir outras versões sobre o mesmo tema. Nesse sentido, me coloquei a delinear todo o processo proposto pelos órgãos formais que gerem os sistemas de transplantes. Me perguntei sobre o que existia para além dos manuais de procedimentos, da realização dos transplantes propriamente dita, e das diretrizes para a gestão

do processo. Quis entender as prescrições legais e os discursos midiáticos, mas não me preocupei com a linearidade, coerência ou lógica da construção textual dos textos tradicionais, e confesso, isso tornou as coisas bem complicadas ao final de processo de construção desta tese. Como pode ser visto abaixo, na medida em que estudava sobre cada aspecto do novo foco adotado por mim, os transplantes de órgãos, uma nova problemática surgia, e foi assim que a nova perspectiva tomou forma, voltando, ao final, na problemática do tráfico de órgãos, que passou a fazer sentido a partir do processo de gestão.

Figura 02 – Segunda Fase da Pesquisa



Elaborado pela autora.

Essa segunda etapa da pesquisa implicou assumir riscos, mas segui levando em conta o que Foucault escreveu sobre alguns fenômenos ou processos sociais, cujos quais não

existem por si só, mas que a partir deles se pode fazer uma história, ou várias outras, sobre diferentes acontecimentos, cujas práticas podem até se pautar, em certos aspectos, em nomeações ou suposições, mas não estão limitadas por elas, aliás, é na prática que se foge à prescrição. Então, embora tenha dedicado grande parte desse trabalho às descrições sobre o que encontrei, não deixei de ter em conta a infinidade de coisas que ainda seguem submersas. Esse aspecto se fez bem interessante para a análise que pretendi realizar. Afinal, eu tinha as nomeações, as prescrições, as ordenações, as regras morais e normativas, as histórias contadas em livros, em jornais, as revistas e as páginas na internet. Mas estava certa de que tudo isso refletia apenas uma parte da realidade, restando ainda tantas coisas a serem desveladas, coisas que fazem desse trabalho algo inacabado e aberto a muitas outras possibilidades.

Nesse sentido, recorro novamente à Foucault (2008a), a fim de não deixar dúvidas de que a minha perspectiva é a de escapar às análises de dados, às prescrições e aos universais, retomando a discussão sobre a racionalidade na gestão do Estado. Ao apresentá-la o autor explana a riqueza de se fugir às análises de dados, às prescrições e os universais. Para ele, uma vez que a realidade não se apresenta como um dado, mas como um objetivo a construir, qualquer tentativa de delimitação rígida pode limitar um olhar mais crítico. Isso não significa excluir qualquer existência de algum mecanismo de compensação ou posição, apenas permite compreender que o exercício cotidiano dos saberes, das práticas ordinárias, consente flexibilização, transfiguração e subversão.

Para conduzir a pesquisa nesse sentido, foi importante que questões como a regra da polivalência tática dos discursos fossem consideradas. O que foi dito sobre algo não foi analisado apenas como uma tela de projeção de mecanismos de poder, mas todo discurso foi entendido como um dos veículos para a articulação do poder e do saber. Compreendi que os discursos compunham uma série de segmentos descontínuos, com função tática disforme e instável, sem a simplificação de que há discursos admitidos e discursos excluídos, discursos dominantes e dominados. Foi de suma importância considerar a multiplicidade de elementos discursivos que permeavam as diferentes estratégias (FOUCAULT, 1979).

Segundo Foucault (1979), é importante recompor a distribuição dos discursos, a partir, inclusive, da admissão do que é dito e oculto, das enunciações exigidas e interditas, das variações e efeitos diversos, e de quem fala e conforme fala – quem é, de onde fala e para quem fala –. De onde vem o saber/poder e qual o contexto institucional em que ele se inscreve, são pontos que merecem atenção. Muitas vezes há deslocamentos, reutilizações, adaptações de fórmulas idênticas com fins distintos e até opostos. Tanto os discursos quanto os “silêncios” não estão submetidos em definitivo ao poder ou em oposição a ele. Há nos

discursos um jogo complexo e instável, caracterizando-os como instrumento e efeito de poder. Pode ser também obstáculo, ponto de resistência e de partida para uma estratégia oposta.

O discurso é meio e reforço para o poder. É uma prática social (FOUCAULT, 2013a) que se constitui nos transcurtos ilocucionais e inscrevem os sujeitos dos enunciados em várias posições. Nos discursos podem brotar possibilidades para o exercício do poder. Ao mesmo tempo as exposições discursivas podem fragilizar e barrar algumas relações de poder. O não dizer, o silenciar, também é discurso. Dá guarida ao desenvolvimento das relações de força e fixam interdições. Podem também afrouxar laços e dar margem para tolerâncias um tanto obscuras. É interessante que novas percepções possam surgir permitindo que novas compreensões sejam discutidas, ou seja, que possam surgir novos saberes sobre temas já investigados sob outros pontos de vista. Os discursos às vezes refletem e são refletidos pelos controles sociais e, outras vezes, possibilitam a constituição de novos discursos, reacionários ou apenas reformulados (FOUCAULT, 1979).

Os discursos podem reivindicar legitimidade ou naturalidade, mas não oposições binárias. São blocos táticos para as correlações de força e podem existir discursos diferentes e até contraditórios, mas que se referem a uma mesma estratégia. Não obstante, podem circular sem se modificar e, mesmo assim, representar estratégias opostas. Para entendê-los é preciso considerar os conteúdos ou divisões morais e ideológicas, bem como interrogá-los em mais níveis, como o nível de sua produtividade tática e o nível de sua integração estratégica. Em outras palavras, é preciso perguntar quais são os efeitos recíprocos de poder e saber que os discursos proporcionam, bem como é preciso considerar a conjuntura e a correlação de forças que tornam necessária a sua utilização em determinados episódios e confrontos (FOUCAULT, 1979).

Para que eu pudesse analisar os discursos e, em especial, que fosse capaz de compreender parte da dinâmica do processo de transplantes e o que decorre dele, resolvi seguir a premissa foucaultiana e orientar essa investigação sob uma concepção de poder que ultrapassa o privilégio da lei e da antiga concepção de Estado. Tentei, a partir do objetivo proposto, superar o privilégio da interdição e considerar o ponto de vista da eficácia tática, deixando de lado a soberania para elucubrar a análise de um campo múltiplo e móvel, de correlações de forças, no qual se produzem os efeitos de predomínios possíveis. As estratégias de gestão me interessam, não em detrimento dos saberes do direito ou da prescrição médica, mas porque sob esse olhar é concebível a compreensão de como discursos operam efeitos e desdobramentos práticos que escapam a esses saberes. Para Foucault (1979) isso não reflete em uma escolha especulativa ou preferência teórica, mas constitui uma perspectiva pautada na

ordem dos poderes políticos. E entendi que isso não é só no sentido restrito à prática política profissional, ou seja, a política oficial, mas está imbricado nas políticas diversas, nas relações e correlações da prática comum, na barganha e nos posicionamentos ordinariamente empreendidos por sujeitos comuns.

Certa quanto à escolha dessa perspectiva, e pautada nos apontamentos de Foucault (1979; 2008a; 2014a; 2014b), desconsidere as categorias gerais e busquei conhecer a extensão e a constância de certos fenômenos. E mesmo que tenha recorrido a alguns registros, não me prendi apenas a eles, ao contrário, lancei o olhar da desconfiança e busquei a descontinuidade, a ruptura, a espiral de acontecimentos que compõem a problemática que decidi estudar. Como já mencionei aqui anteriormente, não me restringi às induções ou deduções, evitando, assim, o que Foucault chamou de herança naturalista e científica. Tentei conhecer o contexto e as condições em que se realizavam as práticas discursivas, reconhecendo o efeito das apreciações positivas ou negativas a propósito dos aspectos possíveis.

Procurei entender como o domínio dos saberes – sobre os transplantes de órgãos – está pautado na moral cristã e em outras morais e como os diversos temas relacionados a essa prática podem se encontrar um no outro, sem estarem no mesmo lugar ou terem ao menos valor semelhante. Parti da análise realizada por Foucault (2008b) sobre a influência da pastoral cristã nas sociedades modernas e as ações dos sujeitos conquistados sob essa influência. A intenção foi a de explicar porque e como certas verdades são partilhadas. Quis lançar um olhar em que as diferenças não fossem excluídas e que a existência de movimentos ascéticos fosse considerada apenas um dos elementos dessa dinâmica. Percebi que esse era o caminho para alcançar o tema estudado sob a perspectiva da biopolítica que, de acordo com Foucault (1979), refere-se aos constrangimentos por intermédio dos quais se dão os movimentos da vida e os processos da história que interferem entre si. É a designação daquilo que faz com que a vida e seus dispositivos sejam submetidos ao arbítrio dos cálculos patentes.

Para entender as estratégias biopolíticas é importante considerar as instituições, os conjuntos de preceitos e referências que embasaram o seu desenvolvimento, bem como pensar a estratégia a partir dos seus remanejamentos, do que guardou através do tempo e o que conciliou sob suas delimitações e interdições sociais, civis ou religiosas. Como diz Foucault (2014a), onde há as proibições mais fundamentais e as obrigações são mais coercitivas, é onde há mais exigências quanto ao moralismo e a austeridade. Para o autor, é esse o mecanismo para fazer com que os sujeitos se reconheçam e se identifiquem a partir da

prescrição de condutas e interdições, lembrando, solenemente, uns aos outros, os códigos, os costumes e os deveres.

Para entender a complexidade das relações é necessário fazer o recentramento de alguns elementos (FOUCAULT, 2013a), o que, para esse trabalho, exigiu que eu conhecesse não apenas as interdições de base, imersas ou aparentes, mas também aquelas que considereei relativas às experiências e às formas de problematização dos discursos. Em especial, recorri a esse apontamento ao realizar as análises sobre as campanhas publicitárias para a doação de órgãos. Foi preciso perguntar por que alguns saberes têm prevalecido e por que é permitido que as atividades pertinentes a esses saberes se desenvolvam, em detrimento de outras áreas que permanecem subjugadas. No caso dos transplantes, os saberes médicos se colocam acima de quaisquer questionamentos. Mas a prática médica ora ocupa o centro da temática, ora cede espaço para o saber jurídico. E há, ainda, outras questões, como aquelas relacionadas à economia, por exemplo. E por que, a propósito do corpo e da verdade, algumas práticas são ou não questionáveis? Por que os eixos da experiência cotidiana dão lugar a um pensamento que busca a rarefação das práticas, da moderação, da conformação e da definição prescritiva?

Todas essas interrogações perpassam esse texto do começo ao fim, e não é meu objetivo responder a todas essas questões, mas as apresento, aqui, a fim de apresentar as reflexões que me auxiliaram no entendimento do tema investigado e, também, para fornecer ao leitor um caminho para a compreensão das inquietações que me moveram durante a elaboração desse trabalho. Essas indagações não estão diretamente fundadas no objetivo proposto para essa tese, mas corroboram para que sejam estabelecidas algumas conexões que se fizeram importantes para mim durante a pesquisa. O entendimento do que vem a ser a biopolítica requer que sejamos capazes de fazer ponderações em abundância, uma vez que se trata de uma abordagem que permite estudar os limites e as aproximações das técnicas e tecnologias de poder que, embora já existentes, são reconduzidas e recombinações propiciando novas configurações governamentais. São essas novas acomodações que constituem o governo biopolítico. Os eixos da biopolítica proporcionam análises mais flexíveis sobre as formas exteriores em que a fisionomia do poder é expressa e sob as quais são exercidas as suas funções (COLLIER, 2011).

Tendo em vista todas essas questões e perspectivas, gostaria de atentar ao fato de que não há um fio da meada e, por mais que eu tenha tentado organizar esse texto de forma a torná-lo mais inteligível, a cada vez que empreendia essa tentativa me deparava com algo fora do lugar, fora de contexto. Então segui o que fez mais sentido para mim, dentro do que foi possível, mas permaneci com a sensação de que faltava alguma coisa. Sobre o que consta

aqui, vale ressaltar que o Quadro 02, em que apresento uma síntese da legislação sobre os transplantes, foi construído a partir das normativas que organizaram a prática dos transplantes no Brasil entre os anos de 1963 a 2017. Sobre as imagens publicitárias que trago nesse trabalho, foram selecionadas aquelas que tiveram uma maior repercussão entre os anos de 2004 a 2015. As imagens que, mesmo sendo material de campanhas regionais, tiveram alcance nacional, foram escolhidas. As campanhas do ano de 2016 e 2017 ainda utilizam as imagens de 2015. E vale informar que nem todos os anos foram contemplados com campanhas nacionais da ABTO e, por isso, imagens publicitárias regionais ganharam a cena nacional em alguns momentos. Quanto as informações sobre os valores, a medicação e os procedimentos, foram investigados artigos científicos, revistas especializadas, sites oficiais e informativos como o DATASUS e sites do Ministério da Saúde, todos listados nas referências, de acordo com o conteúdo apresentado.

Diante das informações adquiridas, muitos assuntos convergentes ao tema precisaram ser deixados de lado ou foram pouco explorados e outras relações que eu nem pretendia abordar acabaram tomando conta do trabalho. Coletei muitas coisas que não pude apresentar e analisar, porém, ao longo do processo, fui desenrolando outras análises inesperadas, mas que me indicavam os caminhos que eu precisava percorrer. Volto a dizer, o que retrato aqui é apenas um esboço do que o tema pode oferecer, é parte do olhar que pretendi lançar, parte do que absorvi enquanto ser humano, enquanto sujeito que pode ser afetado pelos elementos que estudei e sobre os quais lancei minhas críticas. Dito isso, apresento, a seguir, a abordagem de Foucault em relação à biopolítica, onde começo a correlacionar as ideias do autor ao tema trabalhado por mim. Inicio pelas implicações liberais sobre as novas formas de gerir o Estado, percorrendo, depois, sobre o conceito de biopolítica propriamente dito e finalizo o apanhado teórico ponderando como os cuidados de si podem ser influenciados pela biopolítica



### 3. A BIOPOLÍTICA EM MICHEL FOUCAULT

Foucault (2008a; 2008b) dedicou sua vida acadêmica ao desvelar das formas e relações de poder. Especificamente para compreender o processo de mudança do poder no final do século XIX e início do século XX, o autor recorreu ao termo biopolítica para entender essa mudança e a nova acomodação das práticas disciplinares que, de acordo com ele, passaram a ser direcionadas para o coletivo dos indivíduos e não para o sujeito exclusivamente. A governamentalidade, nesse contexto, em que o alvo das ações disciplinares são os grupos, recorre à estatística e separa os sujeitos conforme nichos de interesse de governo e necessidades dos sujeitos. Nessa empreitada, o autor recorreu a vários aspectos da história recente, principalmente no contexto das relações econômicas e das apropriações equivocadas que a política passou a fazer dos elementos decorrentes do liberalismo. Isso mudou as relações em vários segmentos da população e impactou os sujeitos nas suas mais variadas relações e necessidades. A racionalidade do Estado passou a ser instrumental e é isso que apresento a seguir.

#### 3.1 UMA NOVA RAZÃO DE ESTADO PARA UMA NOVA FORMA DE GOVERNAR A VIDA

Ao debruçar sobre os conceitos e teorias a respeito das formas governamentais, Foucault (2008b) parte de alguns princípios trabalhados por Maquiavel e das formas de governo executadas na antiguidade até a contemporaneidade. O governar de si e dos outros é tratado pelo autor como uma das principais bases da governamentalidade. Para que o Estado pudesse se manter, surge toda uma problemática a respeito das formas de governar e da necessidade de diminuição da máquina pública. Para o autor, a grande mudança desde a Idade Antiga até os tempos modernos é o fim, propriamente dito, do Estado. Pois se antes a função deste era o bem comum, o governar para a coletividade social, agora se tem o Estado com um fim em si mesmo. Em outras palavras, o economicismo se instaurou no Estado e sua gestão agora tem por finalidade manter o próprio Estado, que requer um governo voltado ao cultivo das fontes de recursos que objetive a produtividade, busque soluções para a obtenção de resultados positivos e, assim, sustente um governo em prol do mundo capitalista.

É importante compreender que a concepção da biopolítica, enquanto estratégia de governo, obedece a lógica econômica e promove táticas cujos objetivos estão imbricados nessa logicidade. Mesmo a ética e os direitos universais, muito presentes nas discussões acadêmicas, parecem não permear as decisões estratégicas de gestão, embora nunca sejam abandonados em termos teóricos. Assim, a gestão das necessidades da classe dominante atende também, ou principalmente, aos interesses governamentais. Essas estratégias são uma nova forma de acomodação dos dispositivos de poder, que permitem a continuidade do Estado e também ampliam o seu alcance, sobrepondo os interesses econômicos aos direitos da população e apropriando-se das necessidades dos grupos como elementos fundamentais para as estratégias de governo. Para alguns autores, a existência de estratégias biopolíticas vão ao encontro das possibilidades de exercer a (bio)ética (SCHRAMM, 2010; SIERRA; CÉSAR, 2014; RODRIGUES; JUNGES, 2015).

A biopolítica constitui-se, então, como uma racionalização dos interesses do governo, que se modificou na mesma medida em que a sociedade foi modificada pelo pensamento neoliberal, apontado por Foucault (2008a), como uma outra versão do liberalismo, distinta do liberalismo alemão. O autor relata que do século XVI em diante, as transformações globais impactaram fortemente as formas de governar os povos. O próprio conceito “governar” foi amplamente transformado. A sutileza, requerida para a manutenção das relações de poder, influenciou na maneira como as estratégias de governo deveriam ser pensadas, elaboradas e veiculadas. As reflexões de Foucault (2000a; 2008b) sobre a governamentalidade foram cunhadas a partir de todas essas transformações, incluindo a formação dos Estados Nacionais e a mudança nas práticas religiosas, que culminaram em mudanças nas formas de gestão do Estado, resultando numa prática gerencialista comum às que decorrem das corporações. E como no mundo corporativo, gerir o Estado significa gerir a população que o constitui, bem como os seus territórios (2008b). Nesse sentido, o alcance do Estado é o alcance de suas populações. E aí está a grande sacada! É mais elaborado cuidar e ter vantagens por cuidar e pode tornar ainda mais efetivo o assujeitamento dos indivíduos. Nesse contexto, o autor questiona não apenas o conceito de governar, mas também as formas como as populações e os territórios passaram a ser controlados. Essas novas perspectivas, a partir das mudanças no próprio discurso da governamentalidade, encobrem velhos interesses e as relações de poder ganham uma nova roupagem, a do cuidado. E esse Estado, disfarçado de um Estado de Bem-Estar Social, passa a ser um Estado assumidamente de controle. Obviamente os interesses viabilizados pelo Estado sempre foram em prol de uma minoria detentora de muito poder, o que permanece tal qual, entretanto, numa falência do modelo anterior, emerge a biopolítica

como um meio mais elaborado, capaz de viabilizar a permanência dessa minoria no poder, mas agora sob o discurso pautado na necessidade de controle. Necessidade esta que ao invés de velada sob o discurso do bem-estar social, como antes, agora está pautada no discurso da necessidade de controle governamental para a otimização do estado e de suas funções.

É importante ressaltar que, de acordo com o autor, essa nova perspectiva de gestão política não emergiu tal qual tem sido empenhada, mas foi ganhando os contornos atuais a partir da experiência social e das demandas que gerou. Na Alemanha, por exemplo, o liberalismo foi uma resposta aos excessos de governo – absolutismo – e à déspota dos gestores daquele país. Mas essa resposta alemã objetivava que o Estado tivesse o controle daquilo que fosse essencial para a sociedade, mantendo a ordem e regulamentando os processos fundamentais. A influência do liberalismo econômico sobre o Estado Alemão se limitava às questões que envolvem as transações econômicas e não tinha a vida privada como objeto. O que importava era a manutenção do mercado, mas sem atribuir ao social e ao biológico, as nuances da economia. Em contrapartida, o movimento elaborado pelos estudiosos da Escola de Chicago, nos Estados Unidos da América, teve outro tom, mais agressivo e impactante sobre todos os níveis da sociedade. Lá a manutenção da lógica econômica não só deveria ser o fio condutor para as práticas de governo, concernentes à economia, como visava o alcance dos níveis mais diversos da sociedade. Esse movimento, também conhecido como neoliberalismo, pretendia abarcar os indivíduos e suas relações em todas as esferas possíveis, dando um contorno econômico à vida, as relações sociais e a tudo o que pudesse alcançar. A lógica capitalista deveria perpassar todas as formas de existência dos sujeitos (FOUCAULT, 2008a).

Sob essa perspectiva, a vida é também objeto que deve ser gerido e controlado. A vida em seu estado fundamental, em sua condição biológica. Essa política da vida é o que se denominou como biopolítica. A vida sob essa perspectiva não se trata mais de algo a ser permitido, mas sim de algo a ser mantido. Se antes, a ordem era fazer morrer ou deixar viver, agora a lógica governamental é a de desenvolver habilidades para fazer viver e deixar morrer. Os indivíduos devem ser explorados em sua potência máxima, garantindo, assim, a manutenção do sistema capitalista. Foucault (2008a) discorre sobre como a biopolítica, que ora fora usada com o intuito de eliminar os indivíduos considerados prejudiciais para a sociedade (Nazismo), se tornou essa estratégia de manutenção da vida. Para o autor, foram as novas configurações do poder que fizeram surgir a biopolítica. As modificações nas formas de exercício do poder e a demanda capitalista por uma maior força produtiva fizeram com que o

foco do Estado passasse para a manutenção das populações, evitando os riscos que pudessem ocasionar perdas significativas para o mercado econômico.

A gestão do sistema de transplantes no Brasil é um exemplo dessas novas formas de se pensar a vida, bem como representa fortemente o impacto que essa nova forma de gestão tem sobre a vida dos cidadãos comuns. Pois não apenas os que aguardam na lista de espera para receber um órgão ou aqueles que efetivamente se tornarão um doador de órgãos são afetados por esse processo, mas todos os que são alcançados pela publicidade empenhada, todos que por ventura se encontrarem numa situação de internação em uma UTI, com a utilização de equipamentos para a manutenção da vida e todos aqueles que, cedo ou tarde, vão morrer. Exagero? Não, a biopolítica permitiu emergir novas categorizações para a vida e para a morte. Os transplantes de órgãos deram um novo sentido à vida e à morte. É possível, a partir dessa inovação, pensar em uma utilidade pós-morte e, para isso, é preciso cultivar o corpo, mantendo-o sadio e útil, em vida e na morte.

Com o advento das estratégias biopolíticas, o indivíduo não morre apenas, ele tem diferentes mortes e é possível indicar o quanto um sujeito está vivo ou morto. Essa gradação muda toda a nossa antiga percepção sobre a morte e temos, assim, uma morte institucionalizada, organizada e que precisa ser gerida. Essa prática é, sem dúvida, fortemente impactada por aspectos religiosos, e o Estado, mais uma vez, segue alterando as formas de governabilidade conforme sua própria demanda, seja no sentido de apaziguar as animosidades religiosas ou as econômicas. O cenário envolvendo os transplantes é bastante profícuo no sentido de buscar a compreensão sobre as formas de atuação do Estado na vida dos sujeitos, uma vez que é possível observar nessa problemática que não há uma única figura com poder e legitimidade suficiente para governar e que muitas são as formas de gestão, controle e cerceamento dos territórios e das populações. Essas novas formas de gerenciamento das vidas estão disponíveis para muitos sujeitos e o Estado não mais representa a figura única do príncipe soberano (FOUCAULT, 2008a).

Nesse aspecto é rica a preocupação de Foucault (2012) em demonstrar a abrangência das formas de governo sobre os sujeitos e as populações. Embora ele ainda não estivesse falando em biopolítica e seu olhar estivesse menos voltado para o alcance dessas formas de governo, em *Vigiar e Punir* ele já demonstrava o assujeitamento dos grupos a partir de técnicas mais elaboradas de vigilância. Também já evidenciava a capacidade que o Estado tinha para encontrar formas variadas e elaboradas de controle de determinados grupos. Para o autor, o poder não precisava de um lugar para impregnar as relações, ele não precisava de uma estrutura visível, nem mesmo precisava ter uma forma assumida. Ele podia ser recriado a

partir das mais variadas fragilidades da população. Seja quanto ao que se determina como loucura em dada época, seja quanto à sexualidade dos sujeitos, seja em relação à saúde ou à segurança.

Mas com a emergência da biopolítica, todas as demandas da população passaram a servir como pano de fundo para ações de manutenção do Estado, da economia e das relações de poder. Agora não apenas as fragilidades deveriam ser geridas e controladas, mas também as potências observadas nos indivíduos. Essa mudança e ampliação das apropriações governamentais foi uma espécie de adaptação à lógica empresarial, pautada no liberalismo que, por sua vez, prima por certa liberdade aos sujeitos. A institucionalização dos direitos e das liberdades fez surgir novas formas de padronização, controle, desvios e uma modificação de tudo o que se desdobra em virtude de processos reificados ou admitidos pelo Estado. Essa apropriação implica na vida dos sujeitos e em suas relações mais cotidianas, mesmo que, quase nunca, o tamanho alcance de certas políticas de intervenção e controle seja percebido. Mesmo quando se pensa haver um escape a essas estratégias ela ainda está sob o seu alcance, já que ao resistir e subverter, se responderia a uma “ordem” vigente. O que me conforta, porém, é que há alguma possibilidade de subversão, mesmo que seu alcance se restrinja ao microuniverso das relações. Há um espaço para a subjetividade, porém, dificilmente será sem dor ou sem luta, e essa mesma luta, vista como potência, uma hora ou outra poderá ser absorvida pelo governo e suas estratégias liberais.

Para entender melhor esse processo é preciso lembrar que Foucault (2008b) não se restringiu à compreensão do poder ou de suas técnicas e dispositivos. Mas se preocupou com a sutileza e sofisticação das táticas para o alcance dos objetivos estratégicos. No caso da gestão dos transplantes pude perceber essa sutileza, bem como as incessantes tentativas de controle, normalização e “cuidado”. Contudo, os desvios que esperava encontrar no início dessa pesquisa – o tráfico e a venda de órgãos – já não me alarmam mais como no começo, pois se tornaram menos assustadores na medida em que novas descobertas foram acontecendo. E foi essa sutileza, apontada por Foucault (2008b) como parte das táticas de governo, que me impediu de ver, anteriormente, o quanto as práticas mais incisivas para a sociedade estavam ali, em minha frente, sob o âmbito da formalidade.

A abordagem das circunstâncias mais primitivas da vida humana revelou que o avanço biotecnológico acabou por propagar algumas mudanças de paradigmas. Essas mudanças reorganizaram a forma como os indivíduos percebem a si mesmos e a vida e/ou morte. Os sujeitos passaram a ser parte de populações, onde cada indivíduo é enumerado e valorado conforme os interesses econômicos. Eventos sobre a vida e a morte são registrados e

transformam-se em dados estatísticos. Os números valem mais do que qualquer subjetividade, do que qualquer especificidade. Cada um é só mais um, ou menos um. Irá depender do que é importante computar. Mas cada indivíduo, ainda que lhe sejam concedidas algumas liberdades, só importa como parte de uma coletividade delimitada pelo governo. Há nos processos biopolíticos uma despersonificação do sujeito (FOUCAULT, 2000a; 2008a; 2008b). E isso me incomoda tanto quanto ou ainda mais do que o tráfico ou a venda de órgãos.

No mundo (ou submundo) dos transplantes cada um é só mais um. Entre os doadores, eu sou mais um. Entre os que aguardam na lista de espera, ele é mais um. Entre os que realizam transplantes, menos um para a lista e mais um para o fantástico país dos transplantes, aquele, cuja gestão se orgulha por ter o maior sistema de transplantes do mundo. Isso pode até soar bem, mas por que, então, o Brasil é capaz de estruturar o maior sistema de transplantes do mundo, mas não tem uma gestão que se interesse por problemas considerados mais simples? Se o olhar for sobre o “mercado”, talvez seja possível compreender que dar cabo dos problemas mais simples não gera resultado que faça sentido sob a lógica neoliberal, cenário para o surgimento da expressão “darwinismo social”, sob a qual sobrevivem os mais espertos. É preciso pensar sobre isso e, realmente creio que a biopolítica oferece uma excelente perspectiva para apoiar essa reflexão, já que os indivíduos são constituídos a partir das relações que lhe são possibilitadas e às quais estão assujeitados e a biopolítica vem para selecionar esses processos conforme os interesses econômicos (FOUCAULT, 2008a).

A classificação do sujeito, a partir da representação estatística que lhes pode ser conferida conforme o grupo ao qual ele for indexado, obedece aos critérios de classificação econômica e as técnicas de poder empreendidas podem causar os mais profundos e permanentes danos para a sociedade e, certamente, para o próprio sujeito. A consolidação do Estado Moderno exigiu que as técnicas de controle físico, consideradas simples e, portanto, mais fáceis de serem identificadas e estabelecidas, fossem substituídas por táticas veladas, dissimuladas e complexas. Os danos sobre os corpos dos indivíduos não são mais o resultado da força e do abuso físico, mas ainda os impactam sobremaneira. Os males sobre o corpo passaram a não ser mais de caráter visível e palpável, mas seguem sendo concretos, e ganham proporções ainda maiores que os antigos meios de controle. São resultados de formas sofisticadas de controle e coerção, muitas vezes veladas, mas não menos coercitivas ou efetivas, aliás, é exatamente o contrário, elas dão a enganosa sensação de liberdade e de cuidado, por isso, alcançam-nos muito mais profundamente (FOUCAULT, 1979; 2000a; 2008a; 2008b). Compreendi nesse ponto, que os transplantes e tudo o que decorre deles, como as filas, as doações, a comercialização de órgão e as leis e diretrizes, corroboram para novas

formas de coerção e controle das populações. Contam com estratégias e táticas elaboradas, especializadas e direcionadas. São racionalizadas. Otimizadas.

Ao tentar apreender a estratégia biopolítica desenvolvida a partir dos transplantes de órgãos no Brasil tive dificuldades em identificar as táticas utilizadas para alcançar a população. Enquanto lia sobre a legislação relacionada aos transplantes de órgãos eu me perguntava onde estava o problema, se parecia haver tanto zelo e preocupação com os sujeitos em todas as medidas e cuidados demonstrados e representados pela lei vigente. Mas foi aí que me deparei com a afirmação de Foucault (2012), de que as disciplinas são espécies de mecanismos aos quais estão sujeitos os indivíduos, mesmo quando elas parecem procurar garantir o bem comum. Nesse sentido, o que controla a prática dos transplantes é, também, uma espécie de normalização operada pelo Estado no sentido de controlar a dinâmica à qual estão expostos os sujeitos no âmbito da saúde. A estratégia biopolítica não se limita ao controle apenas daqueles que estão direta e evidentemente sujeitos a sua tutela, mas também atinge os cidadãos comuns, em qualquer que seja a fatia das populações. Os dispositivos de poder, operados pelo Estado, são caracterizados por técnicas cujos mecanismos são estabelecidos de modo a permitir que os métodos aplicados sejam possibilitadores de um controle uníssono (mesmo que dissimulado sob o véu da diferença). Como é o caso das campanhas para a doação, por exemplo.

Ao controlar as atividades de saúde, educação e cultura, a governamentalidade é assegurada e permite que seja exercido o papel de submeter as populações às forças da gestão, inculcando docilidade e dependência, para que os indivíduos, a partir de sua utilidade (evidenciada pelos dispositivos e pelas táticas), conformem-se às necessidades do governo. Essas necessidades, indexadas a uma lógica de mercado, visa à manutenção da competitividade, fortalecendo financeiramente as organizações e garantindo, estrategicamente a competência e a eficiência governamental. O Estado agora é uma empresa. Atende a uma racionalidade. Sua gestão tem que ser precisa e satisfatória (para o mercado). O poder agora é delineado a partir da capacidade de governar. Ao tratar da vida e morte dos sujeitos, por meio de estratégias que se desdobram em táticas de grande alcance populacional, manipula-se as suas vidas ao ponto de controlar grupos inteiros, alcançando as ações e/ou as percepções e ideais dos indivíduos. Por meio dessa política da vida, a esfera privada também está à mercê dos governos e dos dispositivos lançados sobre a sociedade. E a área da saúde é, portanto, um campo fértil para a biopolítica ou é o estabelecimento da própria biopolítica. Se outrora, a arte de governar pautava-se na correta e adequada disposição das coisas, pessoas e fatos, agora

caberia ao governo, dispor os indivíduos conforme sua conveniência, dando-lhes significado conforme a necessidade do Estado imbricado na lógica liberal (FOUCAULT; 2008a; 2008b).

Como apontam Hachem e Pivetta (2011), é cada vez mais comum que não se tenha habilidades suficientes para entender as condutas e políticas adotadas nos Estados ocidentais. A compreensão da profundidade e dos impactos causados escapa aos sujeitos, o que talvez ocorra porque as novas razões de Estado são apresentadas e justificadas como legítimas para o cuidado com a população, de forma a forjarem sujeições. Assim, ao exercer o poder sobre as coisas e as pessoas, os gestores do Estado não se limitam às defesas de divisas, mas buscam constituir novas formas para exercer o controle sobre o que ocorre no território e com os habitantes que figuram nele. Os sujeitos e suas relações sociais, culturais ou comerciais ficam, então, sob o controle governamental, cabendo a eles obedecer ou subverter a ordem vigente, criando outras ordens e caminhos alternativos. No caso dos transplantes, as estratégias empenhadas e as táticas reificadas me pareceram muito eficientes, uma vez que são conduzidas de modo a angariar o maior número de simpatizantes para as políticas que propõem. O tráfico representa alguma possibilidade de subversão, triste, já que assola os mais necessitados e beneficia os mais abastados financeiramente, mas, ainda assim, é uma forma de subversão. O Estado em sua governamentalidade racional, econômica, não alcança todos os cantos da sociedade. O mundo economicamente constituído tende a fornecer possibilidades que escapam aos controles mais sofisticados e as práticas, que parecem fugir ao esperado, também surgem em conformidade com a logicidade dos mercados, afirmando-a ou negando-a, mas, ainda assim, em virtude dela.

Foucault (1978; 1984) entende que a partir da nova lógica de Estado, o questionamento da própria razão é colocado em pauta. Se a amplitude de governar é a capacidade de governar as coisas, a arte de governar para Foucault (2000a) é algo a ser questionado já que a própria ideia de soberania já não é mais a mesma. Agora, mais do que poder legitimado, é preciso poder simbólico para gerir o Estado, é preciso dissimular, disfarçar, incidir também sobre aqueles que se pensam fora do alcance do governo. Com o advento do neoliberalismo e da sua absorção pelo Estado o fim maior passou a ser o da utilidade das coisas, seres, espaços e recursos. O bem comum é substituído pela maneira correta de alocar recursos e pessoas, de modo a conduzi-las ao comum, conforme o objetivo dado para cada coisa, espaço e pessoa – daí as listas, os manuais e a precificação dos procedimentos de transplantes –. Essa é, então, uma das novas razões do Estado, ligada à problemática da população, imbricada em temas como o aumento da riqueza, a duração das



vidas, o controle da saúde populacional e a contenção das ações que não são interessantes para a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a).

É assim que o ato de governar coopta adeptos, dispondo os sujeitos de acordo com uma lógica material, que é parte das engrenagens que funcionam para a manutenção do poder e que delinea as ações dos indivíduos, seja no quanto à obediência ou à subversão da ordem (FOUCAULT 2008b). Ao desarticular as espontaneidades no seio das comunidades, se mantém, compõe e recompõe os regimes de poder. Na configuração política são reificadas as estratégias de poder, definidas a partir de razões específicas da cena econômica. As táticas e os dispositivos estão presentes na vida em sociedade e perpassam o cotidiano, orientando e gerenciando as práticas comuns. Não se trata, contudo, de forçar os indivíduos a fazerem aquilo que deve ser feito em prol do Estado, mas de delinear as ações de modo a atender os anseios presentes em um Estado liberal. O governo, que agora opera para um fim imbricado na lógica de uma economia liberal, precisa demonstrar eficiência, eficácia e resultados. Eis aí a nova razão postulada para as manipulações e determinações. Fabricam-se disciplinas, sujeitos, “ordem” e novos contextos de vida, recorrendo aos avanços tecnológicos e a tudo o que puder ser usado a favor da reificação do mundo econômico, que precisa se alimentar da sociedade, precisa ser hodiernamente fortalecido a partir de estratégias cada vez mais sutis e elaboradas (FOUCAULT, 2000a; 2008a; 2008b).

A nova razão de Estado, assim como as disciplinas que ela culmina, não está exclusivamente voltada às limitações ou cerceamento dos sujeitos e de suas práticas, mas também proporciona aos indivíduos possibilidades para o aumento de suas forças e de suas potências. Ocorre, então, um constante exercício de apropriação e utilização dessas forças e potências, que são reelaboradas e devolvidas aos sujeitos sob a forma de táticas utilitaristas que, embora pareça atender os interesses dos sujeitos, servem aos governos. Mas essas forças empenhadas pelo governo não podem ser mantidas constantemente, requerendo permanente avaliação, reavaliação e adaptação. Têm que ser repensadas com certa frequência, a fim de que seja possível a promoção de novas estratégias e táticas para angariar obediência (ou resultar em novas formas de subversão). Essas teias de relações são complexas e não possuem uma estrutura objetiva. Essas ligações ou convergências perpassam a população, o território, a riqueza e o governo, servindo, ainda, para constituir uma espécie de compêndio de conhecimentos rotulados sob a nomenclatura de economia política, ora situada como ciência, ora situada como conjunto de regras e procedimentos (FOUCAULT, 2000a; 2008b).

O *status* de ciência perpassa todas as prescrições que possam ser pretendidas como táticas de governo e, quanto mais próximo do arcabouço dito científico, mais legitimidade se

alcança para impetrar essa ou aquela regra. Assim, o saber/poder ganha espaço na política, e indica o que é certo ou errado, permitido ou proibido. Em relação aos transplantes, o evidente saber/poder da figura do médico ganha contornos bastante precisos. O que se diz na medicina é o que se deve prescrever legalmente por meio dos instrumentos de governo, sobre as práticas e os desdobramentos que delas decorrem. O saber do direito, nesse caso, é buscado como o dispositivo complementar ao saber da medicina e juntos celebram os procedimentos, as técnicas, as prescrições, permissões e proibições. Os sujeitos são a matéria de ação e intervenção do governo ou, ainda, o simulacro para a proliferação das estratégias de subversão.

Mas o fato é que a biopolítica segue um caminho economicista que, de acordo com Santos (2009b), se pauta na racionalidade política, em que a governamentalidade se beneficia de uma convergência involuntária de interesses egoístas, num movimento heterogêneo em que os fins, os objetivos e os interesses particulares contribuem uns com os outros para satisfazer o que lhes importa, mas esconde uma homogeneidade que está acima do objetivo individual, e que no jogo do mercado, faz da economia política, um instrumento eficiente para que os sujeitos, buscando seus interesses corroborem com o interesse público. Essa estratégia típica do liberalismo faz com que os sujeitos, que são seres de aptidão passível de aumento constante, potencializem seus interesses e possam satisfazê-los. Mas esses mesmos sujeitos seguem sendo testados constantemente e a cada vez que alcançam uma nova possibilidade satisfazem à econômica política, já que são numericamente representados e reificados. Trata-se de num processo onde a exploração econômica revela a sujeição, pelo aumento da aptidão e das capacidades, mas também evidencia o aumento do alcance da governamentalidade política. Em outras palavras, os interesses dos sujeitos, servem aos interesses de governo, e ao insuflar o não universal, o egoísta, a política econômica garante a permanência da lógica econômica. Se por um lado a potência dos indivíduos é constantemente reelaborada, por outro, a política incorpora essa potência e a cada inovação e conquista dos sujeitos individualistas, o governo também conquista algo. Os avanços, que surgem para atender uma sociedade cada vez mais egocentrada, são apropriados pela política econômica e disponibilizados conforme o interesse de grupos e sujeitos, a fim de angariá-los para o projeto político.

Quanto à tecnologia propriamente dita, Foucault (2012) revela que há um caráter disciplinar em certos casos, em que a tecnologia é absorvida pelo governo e transmutada em uma máquina de vigilância na qual os próprios indivíduos controlam e vigiam uns aos outros. É interessante notar que, independente da classe econômica dos sujeitos aptos a receber um

órgão, é necessário que ele esteja inscrito em uma lista única. Uma espécie de fila nacional, em que ricos ou não ricos, seguem, ao menos em teoria, uma ordem de preferência e/ou ordem de direito. Esse procedimento é, de certa forma, um modo de colocar os sujeitos em condição de autovigilância. Em outras palavras, o mesmo indivíduo que espera um órgão, pode ser – por si mesmo ou por meio de sua família e agregados – o sujeito que vigia e controla a obediência às listas. Claro que não é tão simples assim, uma vez que esses indivíduos não têm o completo acesso às informações sobre a captação e os transplantes de órgãos.

Mas todo esse processo, característico da biopolítica cuidadosamente trabalhada por Foucault (2008a), é propulsor e, ao mesmo tempo, resultado das novas técnicas governamentais que suscitam novas formas de controle e vigilância. As reelaborações das formas de controle das populações e das coisas requerem, para serem eficazes, dispositivos factíveis a partir de constantes criações, adaptações e recriações. O princípio da visibilidade permanente, observado no panóptico, ganhou novas formas e possibilidades com o surgimento da biopolítica, essa forma especial de governar, que cria e recria formas especiais de controle, capazes de fazer saber, reconhecer e coordenar os esforços. A visibilidade que se espera não está mais limitada ao objetivamente observável e a biopolítica vem acrescentar novas formas de “saber ver”, formas mais sofisticadas de poder contar, de poder saber.

Armadilhas sob o argumento de cuidar são criadas. E o cuidado é real, tem razão de existir. Mas para quem? Serve a qual racionalidade? As mudanças nas formas de governar mostram que a razão é a da economia, mas o governo se apropria dessa razão e incorpora os interesses dos sujeitos aos interesses governamentais. O avanço na técnica de transplantes, por exemplo, parece mesmo ser um ganho para a área da saúde e para os indivíduos que dela se beneficiam. Há, portanto, um cuidado real para com algumas vidas ou, para ser mais exata, há vantagens reais para aqueles sujeitos que têm sua vida prolongada por causa de um transplante bem-sucedido. Mas há, de fato, igualdade na difusão dessa técnica? Quem tem tido acesso a tais procedimentos? As tentativas de controle do Estado servem aos sujeitos ou a economia política? O problema é que a gestão do Estado coloca, ou tenta colocar, cada um em seu lugar, em seu posto, sob a ordem da gestão, representando, assim, a eficiência perante as populações e os sujeitos. Muros invisíveis são postos e a informação e a comunicação se revelam como possibilidades téticas para o governo. A disposição das coisas e pessoas pode até ter início a partir de interesses individuais, mas servem aos interesses políticos. Para Foucault (2008a) as classificações e agrupamentos revelam uma visibilidade axial, em que as divisões implicam em invisibilidades diversas e transformações nos mecanismos de poder. O

poder soberano, do direito de causar a morte, sofre uma transmutação, perde a soberania e passa a agir para manter ou estender a vida, atendendo aos interesses dos sujeitos, mas com o intuito de atender as premissas da economia política.

Ao submeter a vida e os fenômenos humanos à ordem dos saberes, tudo o que está atrelado à vida humana passa a ser considerado pela economia política, que cria e recria táticas para o estabelecimento do poder, se beneficiando dos interesses alheios para governar. Ao deter o poder de controlar a vida, permitindo a vida e possibilitando-a, a economia política instaura também a norma, criando um poder cujo principal fim é obter meios para instituir mecanismos eficazes para a regulação e a correção do que não convém economicamente. Assim, tem-se o efeito histórico da tecnologia de poder centrada na vida, isto é, a sociedade normalizadora. Trata-se dessa sociedade capaz de estabelecer a conexão entre as disciplinas e as regulamentações, com a multiplicidade biológica, o que, por sua vez, instaura o (bio)poder. As normas, aplicáveis aos corpos e às populações, possibilitam às sociedades a interceptação da disciplina com a regulamentação. É o meio para que tudo e todos sejam vigiados. A vida é alcançada em termos orgânicos e biológicos, indo dos sujeitos individualistas às populações, por meio dos novos e constantes dispositivos que homogenizam e disciplinam. As pessoas são racionalizadas. Os problemas são descritos e prescritas as soluções, mas é caro lembrar, são comumente soluções economicamente interessantes para a governamentalidade que agora comporta fenômenos inerentes ao mundo dos vivos e às populações (FOUCAULT, 2008a).

Sob a justificativa de constituir saberes (ou simplesmente informações) sobre o homem, as articulações e ações possibilitadas pela economia política requerem uma compreensão da vida e da morte, descrevendo-as e quantificando-as e, ainda, administrando o conteúdo dessas classificações a fim de prever futuras conjecturas e, possibilitando, por consequência, a produção e reprodução de saberes variados, relacionados às múltiplas áreas de conhecimento, como a medicina, a geografia, a biologia e a matemática. Assim, o controle biopolítico se dá para e por meio das economias, influenciando os mercados e permitindo que os sujeitos sejam classificados a partir desses eixos. A biopolítica revela as múltiplas formas de controle dos indivíduos e das populações, bem como se justifica para os governos, como um meio de gerir para a lógica da utilidade, fundada nas mais variadas configurações da sociedade. Assim, as estratégias políticas do Estado debruçam-se sobre o que Foucault (2008a) chamou de existência política do animal humano, cuja vida está em questão sob a gestão política.

Assim como a investida de alguns autores humanistas em afirmar que o homem moderno foi afastado da partilha, da real comunicação e da fraternidade, Foucault (2008b)

também se debruçou sobre o afastamento do homem em relação aos laços sociais. O individualismo reconfigurou a sociedade e fez com que os sujeitos se interessassem cada vez mais por si mesmos e menos pelo coletivo. Para o autor, essa perda quanto aos laços sociais serve à economia política, fazendo com que a verdadeira razão escape aos sujeitos e àqueles que a percebem e não partilham dela escapa-lhes os direitos. Há uma ruptura nas formas de governo, ocorridas a partir das cisões vivenciadas pelos sujeitos em relação aos laços sociais. O individualismo não mudou apenas a forma como os indivíduos encaram a si mesmos e aos seus interesses, mas também modificou os processos de gestão. Essas mudanças, no entanto, configuram rupturas que não cessam as relações de poder, mas requerem novas configurações.

A capacidade governamental e a lógica econômica que perpassa a nova razão de Estado fundamenta-se em uma economia política que requer instrumentos que a corroborem e legitimem. É nesse sentido que a tecnologia e o conhecimento científico vêm auxiliar os processos de governo. Assim, a linguagem tecnocientífica vem somar às estratégias de governamentalidade como táticas para ordenar e organizar a vida em sociedade, mas preservando alguns interesses particulares a fim de manter os indivíduos dóceis. Para envolver essa complexidade e essa sujeição alcançada por meio de táticas não violentas, Foucault (2001) estudou temas, como a economia e a política, buscando entender a relação entre elementos aparentemente dicotômicos buscando de compreendê-los em seu processo histórico e em sua progressiva integração a racionalidade.

Os aspectos históricos das práticas sociais devem ser observados desde as violações dos interesses individuais até as incorporações desses mesmos interesses. Esse seria um importante caminho para refletir sobre o alcance dos anseios que perpassam a economia política. Ao exaltar os interesses individuais como sendo os mais fundamentais e importantes, maximiza-se a governamentalidade e a racionalidade do Estado. Aquela liberdade, prevista e pregada pelo liberalismo, exige que sejam feitas concessões e, em contrapartida, requer novas habilidades dos gestores para que tornarem viáveis os novos regimes de poder. Ao utilizar desses interesses, e até mesmo os estimular, o governo tem como único fim a manutenção do Estado em função da lógica econômica. As mudanças nas relações de poder, e na sua própria concepção, fizeram com que o governo fosse capaz de incorporar tudo o que representasse um risco para a sociedade capitalista. Mesmo as religiões e os interesses de classe precisavam estar sob o discurso de integração e do cuidado. No sentido de evitar os riscos maiores, é preciso governar as populações, indexando os indivíduos aos padrões coletivos sem, contudo, deixar de ter em conta o novo apelo individualista. Foucault (1978) demonstra que esses processos acontecem num espiral de controle e integração, no qual os sujeitos são

classificados e categorizados, conforme seus interesses ou necessidades, assim, são isolados, individualizados e patologizados, em ocasião de problemas econômicos, políticos e assistenciais (LOBO, 2008).

Ironicamente, a mesma racionalidade que organiza e classifica é incapaz de enunciar a verdade e, ao excluí-la, esconde aspectos pouco racionais para a sociedade como um todo, entretanto, serve à uma outra razão, a econômica (FOUCAULT, 1978; 2008a; 2008b). Em suma, não se trata de uma racionalidade universal, onde todas as possibilidades são sabidas e por isso são organizadas da melhor forma possível, mas de uma racionalidade parcial, que possa representar pouca ou nenhuma razão para várias esferas da sociedade, mas serve à lógica do capitalismo liberal. Desta forma, quando a ordem econômica ou política requer, aquilo que possa soar desarrazoado é incorporado e processado de tal forma que ganha o *status* de razão por meio de uma progressiva descaracterização e integração à ordem econômica. O que já foi, em outros períodos da história, considerado um equívoco pelo Estado, ganha, sob a ótica capitalista, um alcance fundado na máxima de que os fins justificam os meios. E essa necessidade de justificar os meios incorre em demonstrar eficiência e eficácia (LOBO, 2008; MARTINS, 2007).

Assim, tudo o que corrobora com essa eficiência é entendido como um mal necessário e, mesmo que uma parcela da população saia bastante prejudicada de um determinado processo ou política, se o aclamado bem maior prevalecer, o governo estará legitimando sua ação. A indexação dos governos ao modelo empresarial faz com que o Estado não mais seja o responsável por manter os mercados, mas que exista neles e por eles. A governamentalidade não ocorre mais no sentido de permear o mercado em que governa, e sim no sentido de manter-se funcional e legitimar-se para esse mercado. Sob essa perspectiva, as ações e os “cuidados” em torno dos interesses individuais são instrumentos para uma nova governamentalidade, que segue os princípios do que se convencionou a chamar de mercado, onde as organizações competem para seguir existindo, num ambiente hostil, cuja lógica, segue a uma ordem econômica, pautada em princípios como a produtividade e a otimização de recursos. Os próprios cidadãos ganham, nesse contexto, a conotação de recurso. Assim, economia, ciência, saber/poder e tecnologia perpassam as práticas sociais e são utilizados como táticas para uma governamentalidade instrumental, em que ações de políticas públicas representam os interesses dos sujeitos na medida em que atendem aos interesses de uma governamentalidade liberal.

Considerando essa dinâmica de rupturas, cisões, descontinuidade e continuidade, retomada e novas incorporações, Foucault (1977, 2008a; 2008b) pensou os sujeitos de forma

dinâmica, em sua relação com o mundo em que vive, a partir de suas práticas e interesses. Não descartou sua subjetividade, mas assumiu que os aspectos discursivos da ação podem dissimular reais interesses, fundando-se nos aspectos aparentes das práticas e fazendo submergir questões mais impactantes para a sociedade como um todo, questões que, para o ato de governar, são ainda mais caras do que àquelas percebidas mais facilmente. Isso ocorre devido ao que o autor chamou de um processo de conhecimento e reconhecimento, onde elementos institucionais, econômicos e sociais são instrumentos possíveis de controle das populações. Conforme Lobo (2008), Foucault empreendeu uma busca pela compreensão do processo de reformulação da racionalidade de governo. Nessa empreitada, o filósofo notou que o saber sobre as coisas deriva de uma fissura no mundo da razão que provoca estigmatização e exclusão, a partir da construção de espaços morais. Assim, os excluídos são limitados ao desumano e os interesses que prevalecem são aqueles partilhados pelos razoáveis – no mundo contemporâneo é possível supor que os razoáveis são aqueles que obedecem à lógica econômica (FOUCAULT, 2001). A biopolítica, então, se faz a partir das estranhas encantações e das novas encarnações do mau e dos males, e vai sendo desenvolvida enquanto estratégia atrelada às novas formas de salvação e exclusão (LOBO, 2008).

Em um movimento cíclico de exclusão e reintegração tem-se, muitas vezes, no silêncio e no abandono, a cura, reificada na entrega do homem à própria sorte, dependendo do quanto suas necessidades e interesses são passíveis de uma governamentalidade (FOUCAULT, 2011). Os excluídos – loucos, ociosos, errantes, apátridas, sem chão, prostitutas, os parcialmente mortos – pertencem ao mundo da não razão se, e somente se, suas condições e interesses não puderem ser incorporados pela economia política (CUNHA, 2002; LOBO, 2008). No caso dos transplantes, os desvalidos não são os que figuram nas listas de espera, mas aqueles que ocupam os leitos de UTI sem terem chances – quando avalizados pelo saber médico – de uma retomada à vida considerada plena. É mais barato fazer transplantes do que manter pessoas ligadas a aparelhos e ocupando leitos de tratamento intensivo por tempo indeterminado. Sobre isso, a partir das novas regulamentações sobre os transplantes, houve uma separação e uma distinção entre os pacientes em estado vegetativo e os pacientes com morte encefálica que, em termos técnicos e biomédicos, trata-se de uma separação e distinção razoável e, portanto, inquestionável para a massa da população.

Mas é importante ressaltar que os acontecimentos e as práticas legitimadas pela racionalidade econômica não seguem sendo os mesmos, não são estáticos e mudam conforme as demandas de mercado. Essa razão muda conforme mudam os interesses dos sujeitos, que se potencializam e/ou modificam a partir das possibilidades que lhes são ofertadas no âmbito da

cena econômica, onde também se encontram em constante movimento, definindo e redefinindo as características que devem apresentar os aptos e os inaptos ao mundo economicamente constituído. Para explicar isso, Foucault (2011) aponta que o marco histórico para a exclusão e reinserção foi o Renascimento, período em que se instaurou o entre meio da razão, onde o mundo evidente é pensado, sempre de forma relacional, e o negativo da razão leva à homogeneidade dos excluídos, ora sem direito à justiça e à política, ora sendo material para o estabelecimento dessa mesma justiça e política. Mas a homogeneização daqueles que se percebem heterogêneos em relação aos demais, segue à sorte das implicações econômicas e, por fim, aqueles que realmente não puderem ser incorporados conforme a lógica da economia liberal estarão entregues ao lugar da perversão moral e econômica – como os vendedores de órgãos, que lutam para compensar sua exclusão da ordem econômica –.

Pude perceber aqui que o tão aclamado individualismo, objeto do neoliberalismo, acaba por contribuir para o fortalecimento da ordem do mesmo, sob formas e aspectos diferentes, onde o controle não faz mais sentidos se declarado, precisa ocorrer de forma velada, para que nem mesmo, seja possível reivindicar sua extinção, uma vez que não é reconhecido pelos sujeitos. É assegurado então que, em nome do Todo (Humanidade), os razoáveis sintam-se livres, donos de si e de suas vontades e objetivos particulares e, assim, não são apenas os excluídos os passíveis descrição e análise. Excluídos e incluídos são alvo para o mesmo mote e compõem os distintos grupos para categorização, estratificação e controle. Assim, é possível reconhecer um ponto comum, onde a ruptura se desfaz, e o que era o ponto de cisão torna-se o ponto de convergência, a referência para a ordem e a razão (CUNHA, 2002; LOBO, 2008). Os representantes da razão, da norma e do discurso do Mesmo servem à lógica economicista e a não razão é mais que um simples negativo dessa logicidade, é também um registro de informações e de parâmetros que orientam as ações de governo perante o “mercado”. Ao criticar a razão e os limites estabelecidos a partir dela, Foucault (1996) aponta os dispositivos como meios para criar verdades concretas e objetivas, fazendo com que, do próprio desaparecimento do homem, surja o outro homem, livre em alguns aspectos e de acordo com alguns interesses, mas homogenizado. Esse sujeito classificado de acordo com as estatísticas, no entanto, deve se sentir distinto e especial, considerando-se parte de uma ordem heterogênea. Os desviantes dos padrões e das medidas de controle são denunciados pela constante criação e recriação das normas, que apontam dualidades e hierarquias. Assim, as rupturas constituem abolições que esboçam marginalidades contrárias ao vazio. Nesse mesmo sentido, seria possível pensar no tráfico de órgãos como um desvio da norma, do mesmo, mas que é uma resposta a ela e não incorre no



vazio. O avanço científico que culminou nos transplantes de órgãos é, ao mesmo tempo, ponto de ruptura e reencontro. Rompe-se com a ordem das coisas, da vida e da morte, mas retoma-se a partir dessa tecnologia, o controle, por meio de uma economia política que ora liberta, ora coopta e ressignifica os sujeitos e seus interesses.

Cunha (2002) e Adverse (2010) salientam que, para Foucault, compreender as novas tecnologias de poder requeria o reconhecimento da conexão entre liberdade e controle, entre individual e coletivo. A presunção da razão perpassa a governamentalidade e a vida no mundo moderno. Em vários contextos, a economia política direciona os sujeitos e a maneira como eles são governados. As aparentes desconexões são os velhos agrupamentos, mas agora, revestidos de liberdade, de um dito neoliberalismo. A crítica construída por Foucault (2013a) opôs-se ao paradigma moderno de uma razão autônoma, situado apenas na formação do saber e do discurso, no plano da historicidade, contingência e finitude. Agora, a razão engloba a desrazão, incorpora os desarrazoados, postula o avanço individual dos sujeitos. Permite a emergência dos interesses individuais, é mais dinâmica e, além de perpassar os discursos, os saberes, a história, as contingências e a finitude, serve aos anseios particulares, que alimentam os dispositivos de controle. As pretensões da razão são destituídas na medida em que os interesses individuais se fortalecem e a racionalidade governamental serve a outra razão, a econômica. Noto aí que Foucault não falava de uma razão em termos absolutos, mas instrumentais, uma razão que nega o que não lhe convém e absorve o que lhe fortalece, mesmo que isso pareça desarrazoável para muitos, a razão frequentemente funda-se na exclusão e na diferença. São criadas então, estratégias que ampliam o alcance do poder, apoiado em discursos modernos, tecnicistas e progressistas, num movimento que exclui a parte dos sujeitos sobre as quais não se tem conhecimento ou compreensão e maximiza aquelas sobre as quais a tecnologia já avançou e conseguiu explicar, justificando, assim, as políticas de intervenção em relação à vida e o deixar seguir em relação à morte. O devir subjetivo dos indivíduos não é levado em conta e as rupturas e as diferenças são caracterizadas pelos interesses individuais, compartilhados temporariamente, ainda que de forma insabida.

O que é exterior à ordem do discurso é submetido às ações de controle e à legislação. Há, ainda, as questões dissimuladas, incorporadas aos discursos a partir de uma reformulação e de acordo com as demandas governamentais e/ou econômicas. Assim, os discursos respondem aos interesses individuais da forma mais satisfatória possível. São firmadas concepções e entendimentos binários, mas razão, desrazão, poder e liberdade andam lado a lado. Como o caso da heterogenidade que se faz homogênea, da opressão que se firma na

liberdade. Não há oposições de fato, a vida segue num contínuo onde as rupturas servem a um propósito, o do mesmo. As diferenças são acolhidas por meio do discurso liberal, onde os interesses individuais prevalecem, mas são incorporados em favor do capital e das relações de poder que ele perpetra. Mudam as formas do poder, mas as relações de força permanecem. Ao excluir os fenômenos que escapam à racionalidade explicativa ou reformulá-los para a aceitação individual e, por conseguinte, coletiva, o universo da desrazão é reincorporado para viabilizar a governamentalidade racional. Ao classificar os sujeitos, agrupando-os conforme seus interesses individuais, é instaurada a sensação de liberdade e os interesses individuais não são apenas permitidos, são também estimulados. A racionalidade instrumental é fonte de liberação e cooptação dos sujeitos, livres até a medida que convém para a economia política (FOUCAULT, 1977; 2008b).

Em nome de uma razão, segue as classificações e reclassificações dos indivíduos, confinados a uma distância simbolizada que assegura uma classificação positivista, inerente à economia política. Intrínseca ao modelo médico do século XVIII, a experiência da não razão, inicialmente, encerrou em internações. Como exemplo desse processo refiro a recente reforma psiquiátrica, movimento importante para a desinstitucionalização do indivíduo, mas que delegou os excluídos do modelo racional às ruas. Formas diferentes e mais elaboradas de exclusão são empenhadas. De um lado a reificação do sujeito, a estigmatização do indivíduo destoante. De outro, um apelo humanizado, um pedido de ajuda para esses indivíduos. Mas se a reforma psiquiátrica se mostrou legítima quanto aos apelos que lhe embasaram, como o respeito às subjetividades, a desinstitucionalização dos sujeitos e a recuperação da cidadania e identidade, por outro, o que a governamentalidade fez dela resultou num caos no qual famílias inteiras foram jogadas à própria sorte. A ideia da reforma era a de recuperação da cidadania e humanidade dos indivíduos, que antes eram jogados nas instituições psiquiátricas, amontoados como coisas. O apelo era para que esses sujeitos fossem assistidos de forma humanizada, recebendo apoio de forma desinstitucionalizada, para que sua integridade física e identitária fossem preservadas, porém, a apropriação da economia política, em relação à reforma, fez com que esses sujeitos padecessem, na maioria dos casos, pela falta de atendimento qualificado e adequado acompanhamento, sempre que necessário. Esse exemplo serve para ilustrar como o Estado incorpora os interesses que, inicialmente, parecia contrariar as práticas de governo. Nas palavras de Gentil em entrevista concedida à Teixeira (2005, p. 324) “[...] a estrutura de saúde mental é muito pequena, ineficiente e fica perdida na questão que foi tomada como bandeira – o fechamento dos manicômios.”

As cidades tão bem guardadas agora pertencem aos razoáveis e também aos desarrazoados. Mudam-se os padrões e as classificações, mas em nome de uma governamentalidade incorporam-se os interesses clamados a fim de corroborar com a manutenção das forças (CUNHA, 2002). Conforme lembra Santos (2009a), um dos aspectos caros à obra de Foucault é o seu atento olhar e conclusão de que, tem-se no fantástico, e não mais no rigor, a retomada de uma racionalidade governamental que faz da falta ou da impossibilidade, um problema, para o qual se busca uma planificação econômica em virtude de uma economia de bem-estar social. As novas formas que viabilizam as relações de poder são pautadas no econômico, que dita também, os limites da racionalidade (FOUCAULT, 1996; 2008a). Nesse sentido, não é mais tão simples localizar os excessos do poder, e a racionalidade política alcança segmentos da sociedade que nos escapam. É na própria razão, e pela razão, que se exerce o controle, mascarado por uma racionalidade governamental e em função dela.

A razão política, mediada por uma racionalidade do Estado, culmina no liberalismo de governo (FOUCAULT, 2008a). As doutrinas da razão guiam o governo das populações, formando novas racionalidades governamentais e verdades que atuam no nível da legitimação e formalização teórica das práticas políticas (ADVERSE, 2010). A tarefa de governar não é mais elemento externo à dimensão política, mas encarna uma racionalidade de governo que considera a “saúde” econômica o fim último da ação política. Para Senellart (1995) esse aspecto foi pontuado por Foucault como uma ilusão própria da razão, já que ao delinear as formas de poder, criam-se bases para a permanência de um contra poder. O desdobramento disso é vigilância constante, caracterizada por individualidade e totalidade, que, embora aparentemente contradição, revelam o primado de um poder pastoral, condutor dos indivíduos em direção à salvação, fortalecendo a totalidade, mas não por princípios da fraternidade e sim, para fortalecer as relações de poder. Tudo ocorre em virtude de um Estado liberal, o que, para Foucault (2006; 2008a; 2008b), faz do ato de governar mais que um simples instrumento. Torna-o uma força, a fonte de um policiamento dirigido aos sujeitos mais variados.

Ocorre, assim, uma vigilância que não se destina exclusivamente às questões diretamente relacionadas à política, mas também se relaciona com todas as questões que podem impactar o Estado, sejam essas questões oriundas de interesses individuais ou não. Em outras palavras, o fim do Estado em si mesmo é sua manutenção sob a cena liberal e as populações precisam ser geridas para que, por meio da governamentalidade, a economia se fortaleça. O Estado, ao mesmo tempo em que viabiliza, também suporta as novas formas de poder. É a estrutura que permite as invenções e reinvenções da sociedade, na mesma medida

em que é impactada por elas. No caso dos transplantes, o Estado, por meio da governamentalidade pautada na economia política, regulamenta, viabiliza, disponibiliza, e gere os interesses individuais, coadunando-os numa massa cuja forma é dada de acordo com os interesses que servem a uma governamentalidade política. Mais uma vez, noto que não se trata de uma questão de fraternidade, mas de uma dimensão do controle necessário à permanência do Estado em um meio que se quer neoliberal. Esse veículo para a articulação das técnicas de saber, de controle e de coerção, é que promove a racionalização das relações de poder. A governamentalidade e, por conseguinte, as formas de poder que sob ela florescem não se encarregam mais dos indivíduos, a fim de sujeitá-los ou *doxilizá-los*, mas encarregam-se das populações, a fim de regular as condutas e os processos sociais, como a natalidade, a mortalidade, a longevidade e outros mais que possam interessar.

É nesse sentido que Foucault (2013a) propõe que as formações discursivas podem fornecer subsídios para uma perspectiva crítica diante da razão ocidental. Essa ideia levou o autor a realizar investigações para além da formação dos saberes, buscando desvelar os processos pelos quais o reconhecimento de direitos fundamentais de uma razão libertadora, serve aos interesses da economia política. Para Martins (2007), ao questionar a soberania da razão e apontar a incorporação dos interesses individuais como interesses caros à governamentalidade, Foucault rompe com a lógica tradicional, a do Estado como entidade soberana e aponta os esforços que precisam ser constantemente repensados para permitir a continuidade desse mesmo Estado. A biopolítica nasce do pensamento liberal, mas em desacordo com ele, na medida em que o Estado segue se fortalecendo e se reestrutura constantemente a partir da governamentalidade que é capaz de exercer. A biopolítica surge, então, como um instrumento político, uma estratégia para atender aos postulados de uma economia política, como poderão ler a diante.

### 3.2 A BIOPOLÍTICA COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE

Foucault não foi o primeiro e nem o único a utilizar o termo biopolítica e a palavra ganhou alguns significados mais ou menos parecidos o longo de sua existência. Contudo, em meio a gama de abordagens sob essa nomeação, escolhi realizar as análises a que me propus sob a luz de Foucault (2008a). Embora o autor não tenha postulado uma definição direta da palavra, sua abordagem indica ao leitor um caminho possível para a compreensão desse

fenômeno. Ele parte da análise do que foi o liberalismo alemão (Ordo-liberalismo), e seus desdobramentos na sociedade, e segue para uma abordagem sobre o neoliberalismo (versão americana do liberalismo) da Escola de Chicago. Tanto na Alemanha, quanto nos EUA, o liberalismo foi pensado como uma crítica à irracionalidade, entendida como inerente ao excesso de governo. Ambos propunham uma liberdade econômica em relação ao governo que atuaria apenas para garantir e regular o que fosse estritamente necessário, em virtude de uma economia de mercado. Mas o movimento norte americano se opunha ao alemão de forma significativa ao estender o alcance do modelo liberal às esferas que não se guiavam pelo mercado, tais como a família, a natalidade, a delinquência e política penal. O autor analisou o nazismo como o ponto que impulsionou o pensamento liberal na Alemanha, que tentava se libertar das amarras do Estado nazista.

Embora a biopolítica possa ser observada em outros governos, foi no liberalismo econômico que ela ganhou força. Os governos, influenciados principalmente pelo neoliberalismo, estenderam os elementos próprios de uma racionalidade de mercado, à esfera biológica. Para Foucault (2008a) essa apropriação das lógicas de mercado permitiu que os regimes de poder pudessem alcançar os indivíduos em todas as esferas. Isso também incidiu sobre as formas de reformulação do poder, das estratégias e da produção contínua de novas táticas para os indivíduos e a partir dos indivíduos. Permitiu, ainda, que fossem elaboradas estratégias capazes de alcançar os indivíduos enquanto seres vivos, cobrindo a superfície do orgânico ao biológico e do corpo à população. Essa nova tecnologia de governo requereu um jogo duplo da disciplina e regulamentação. Vida e morte já não correspondiam apenas às ocorrências naturais e tornaram-se fenômenos governáveis. Não foram completamente deixados para trás o fazer morrer ou deixar viver, mas foram adequados e complementados, de modo que o objetivo agora era fazer viver e deixar morrer. Essa inversão modificou substancialmente a maneira como o Estado passou a gerir a vida pela política. Ao analisar os processos que levaram a instauração da biopolítica pelos governos, Foucault mostrou que, durante o nazismo, o indivíduo já sofria os impactos de uma política da vida, mas a violência era o meio para a dominação que visava o estabelecimento dos ideais alemães. Nesse período, a gestação era objeto de controle do Estado, assim como a raça, o vigor físico e a natalidade. Somente o que fosse considerado de acordo com o ideal alemão era tido como algo bom e, conseqüentemente, tudo o que fosse contrário era descartado.

Foram as mudanças nas formas de poder, a partir do século XVIII, que deram início à biopolítica. As formas jurídicas e o direito de causar a morte e deixar viver foram renovados e as tecnologias possibilitaram ao governo o controle de quem deveria viver e quem poderia

morrer, mas agora não mais tomando os indivíduos como objeto, e sim os considerando a partir das populações as quais estão agregados. Entre os extremos, vida e morte, outras questões relacionadas à existência biológica dos indivíduos foram sendo incorporadas pela biopolítica que, de forma elaborada, suportou a governamentalidade. Como aponta Lima (2014), sob a perspectiva biopolítica, o que conta não é mais o controle do indivíduo, como era o caso do poder disciplinar, mas o controle do sujeito vivo, pela política. Inicialmente, a biopolítica tinha como foco exclusivo baixar a morbidade e prolongar o tempo de vida dos sujeitos, mas acabou ganhando adeptos obsessivos em controlar a natalidade, a longevidade, a mortalidade e a demografia. Nesse contexto, o direito, enquanto saber, deixou de ser uma forma de poder e passou a ser um suporte, veículo para alcançar o controle das populações. O direito agora é dispositivo, é técnica e não mais legitimidade e norma.

De acordo com Esposito (2010), entre todas as circunstâncias que estão sob o prisma da biopolítica estão questões que também foram trabalhadas por outros autores e pensadas por outros filósofos, como Arendt em 1951 (2013) e Nietzsche, em 1888 (2006), que também trabalharam temas relacionados à vida e à morte, bem como procuraram entender as formas pelas quais elas eram geridas. Mas foi Foucault que cunhou o conceito de forma mais ampla, apontando mais especificamente a gama de circunstâncias que poderiam compor o que ele chamou de biopolítica. Nietzsche (2006) desenvolveu suas perspectivas sobre as instituições democráticas como danificadoras da liberdade e Arendt (2013) discorreu sobre a mudança de foco nos governos, que passaram da proteção da liberdade, para a proteção e controle do processo vital. A questão, no entanto, é que tanto Nietzsche quanto Arendt não falaram especificamente em biopolítica e, de acordo com Esposito (2010), Arendt nem mesmo completou a discussão sobre uma transição decisiva em relação ao poder de estado, o que foi tratado por Foucault (2008a, 2008b).

Foucault (2008a) compreendeu que as guerras não eram mais uma questão de defesa do Estado soberano, mas refletiam temas em torno da existência dos sujeitos, sobre as populações e sua capacidade de destruição mútua. Tudo isso sempre em nome de um fazer viver, de uma necessidade maior, relativa à vida, mesmo quando se tratava da morte. Para o autor, as condições da existência humana fizeram com que os massacres se tornassem vitais e precisassem de gestores para a vida e para a sobrevivência dos sujeitos, conforme suas disposições no mundo. A intolerância pela diferença resultou em guerras que ocasionaram muitas mortes, mas sempre em nome dessa ou daquela condição de vida. A guerra fez evoluir tecnologias, tanto relacionadas à própria guerra como a outras formas de destruição da sociedade enquanto comunidade, fez configurarem novas possibilidades de decidir sobre a

vida e o ordenamento da sobrevivência dos indivíduos. Nesse contexto, o genocídio não foi o exercício do direito de matar, mas representou a recorrência de um poder que está no nível da vida, das espécies, das raças e dos fenômenos populacionais. A política da vida, a biopolítica.

Os avanços tecnológicos não apenas corroboraram para uma transformação nas formas de poder, mas trouxeram, também, novas possibilidades de se pensar a vida ou, ainda, a morte em função da vida. Nesse sentido, Foucault (2008a) aponta algumas questões importantes sobre os avanços tecnológicos, tais como o fato de que um dos interesses da aplicação da genética está pautado no reconhecimento e rejeição dos indivíduos de risco. A eugenia seria, então, uma tentativa de controle genético sobre a vida e a morte. Discriminando indivíduos, inferindo-lhes anormalidades e patologizando-os, conforme os interesses da economia política. Poderia ainda, ser pensada em termos de biopolítica, na medida em que estabelecia quais são e quais não são os indivíduos de risco, aqueles cujas condições seriam desfavoráveis na disputa pela manutenção da vida.

Como consequência os indivíduos de baixo risco se tornariam raros e, por conseguinte, fariam parte de uma lógica econômica, cujas escolhas e alternativas obedeceriam aos critérios fundados nos mercados, limitando as escolhas às alternativas disponíveis e não a todas as alternativas possíveis, ou seja, haveria uma racionalidade limitada. E as normas seriam o meio pelo qual o poder disciplinar e o biopoder se estabeleceriam. As normas ocupariam um papel central para disciplinar os indivíduos e as populações (LIMA, 2014). A sociedade de segurança e normalização (sociedade de controle) é conformada pela ação biopolítica. As sociedades de segurança são aquelas sociedades modernas, nas quais as técnicas da biopolítica estão embasadas pelos cálculos do governo. Nesse contexto a biopolítica permite organizar a sociedade sob outra perspectiva, a partir de uma ruptura no discurso científico, promovendo a valorização do saber, transformando-o em pilar para o regime de poder, recorrendo aos saberes da medicina e da estatística, para instrumentalizar o biopoder e permitir que as populações sejam biopoliticamente governadas. Já as sociedades normalizadoras têm seu funcionamento baseado nos dispositivos de segurança, consubstanciadores das técnicas de intervenção biopolítica, que permitem que a vida da população seja gerida de modo global, considerando a totalidade de casos que acometem essa sociedade e não os casos individuais. A gestão da vida ocorre a partir dos cálculos relacionados ao custo, sendo a intervenção estatal o remédio para quando houver a necessidade de alcançar ou manter os limites fixados como normais (HACHEM; PIVETTA, 2011). Nesse sentido, a ordem jurídica integra-se cada vez mais ao conhecimento médico, viabilizando uma intervenção reguladora na vida dos

indivíduos, em que não pese as proibições ou obrigações, mas a normalização dos processos relacionados à vida.

Foucault (2008a) aponta que as problemáticas em torno da vida requerem escolhas alternativas, sobre quem e como deve viver, mas, principalmente, considera os sujeitos como mecanismos de produção. Não apenas de produção dos sentidos inerentes a sua própria existência, mas de sentidos de um acordo maior, implícito, presentes no cotidiano moderno, sentidos de mercado, sentidos econômicos que se escondem por trás da naturalização de fenômenos que não são naturais e da desnaturalização de fenômenos naturais. Em outras palavras, há uma naturalização de coisas que não são naturais, mas surgem das interações sociais, são construídas socialmente e, por outro lado, há uma desnaturalização dos fenômenos naturais, tais como o nascimento e a morte. É uma problemática em que se produz e reproduz indivíduos a partir de uma lógica econômica e social, regida por leis relativas à oferta e procura, definindo valores aos sujeitos conforme a sua raridade. O interessante, porém, é que o raro tende a ser imitado e, ironicamente, pode deixar de ser raro, tornando-se comum. Mas uma vez noto aí o jogo da diferença *versus* a universalidade. Pode parecer um dilema, mas é base para refinadas estratégias de controle e formas de poder que permitem que regimes de verdades se instaurem sobre novos temas, garantindo a governamentalidade, ainda que temporariamente. A interferência sobre a vida dos indivíduos requer que lhes sejam designadas funções, posições, interesses e possibilidades de individualização, mas sempre em prol de uma economia entendida como saudável e próspera, o que só é possível se as populações forem controladas para que os indivíduos sejam suficientemente fortes para viver e sobreviver, física e economicamente.

Essa segurança requer instrumentos complexos de proibição e prescrição, tendo como função essencial dar conta de responder a determinada realidade de modo que a anule ou a limite, parando ou regulando de forma a satisfazer o interesse econômico. Para Hachem e Pivetta (2011) deve-se levar em conta que o Estado age biopoliticamente para então compreender as novas formas de sujeição infligidas à população. A biopolítica enquanto estratégia recorre aos saberes do direito para normalizar a partir da incorporação dos interesses individuais, fazendo com que os indivíduos “livres” sejam menos autônomos do que imaginam ser. Ainda que economicamente a ilusão de autonomia seja reificada, mesmo assim os indivíduos seguem sujeitos a uma política econômica, cercados de tecnologias que o beneficiam e o controlam, disciplinando e normalizando.

A biopolítica, de acordo com Lima (2014), se firma no aparato burocrático e organizado, permitindo que se administre com eficiência a vida e a morte. O próprio ato de



procriar já não é mais o mesmo a partir da biopolítica. A lógica econômica também perpassa agora esse fenômeno ora tão natural e ora tão social. Quem pode e quem deve procriar é algo a ser tratado pela biopolítica, que se embasa nas condições tidas como suficientes à constituição dos indivíduos de menor risco para a sociedade, para orientar, por meio da normalização, quanto às possibilidades e impossibilidades. Quanto custa essa ou aquela vida, quanto custa esse ou aquele procedimento de manutenção da vida e quanto custa, para a sociedade, essa vida, são perguntas sempre importantes nos processos biopolíticos. Sob o âmbito da biopolítica é importante que se saiba o quanto custa produzir sujeitos que estejam em desacordo com os mercados, que prejudiquem o universo econômico, sujeitos incapazes de competir para sobreviver. Para Foucault (2008a), os governos biopolíticos requerem uma gama de investimentos, seja nas formas e relações de trabalho e geração de renda, ou na manutenção da saúde dos indivíduos. Reivindica um *status* social que permita assumir o outro como coprodutor, identificado como suficientemente apto à produção de um novo sujeito, alguém que possua capital humano, econômico e cultural, suficientes para possibilitar a existência de novos sujeitos. A liberdade vira responsabilidade, ou culpabilização, dependendo do tema tratado.

Para Pelbart (2007), todas as pessoas estão à mercê da gestão biopolítica. Isso porque cultuam formas de vida de baixa intensidade e são submetidos à mera hipnose, numa paralisação sensorial que é travestida de hiperexcitação. Segundo o autor, são espécies de “*cyber zumbis*”, que pastam mansamente entre os serviços e as mercadorias, num completo rebaixamento da própria existência, depreciando a vida e a subjugando à sobrevivência. Estão sujeitos ao que o autor chamou de uma mutilação biopolítica, que ocorre por meio de uma intervenção biotecnológica e modulações estéticas, inscritas e prescritas por uma digitalização que bioinformatiza os sujeitos e seus corpos, os empobrecendo e os reduzindo à uma mortificação sobrevivencialista, seja em estados de exceção ou na vida ordinária, cotidiana, banal, presente em qualquer *shopping center*. A biopolítica pode ser vista em todos os aspectos da vida moderna. Pelbart reitera que tudo o que se pode fazer com o corpo é uma questão de biopolítica, como as intervenções, as manipulações, os aperfeiçoamentos e as eugenias. Nisso, se perde o que pode o corpo, cujas potências já não são mais limitadas a um corpo orgânico, mas estão submetidas ao poder biopolítico que cada vez mais se apropria de um corpo pós-orgânico, anexado a um conjunto organizado de noções primitivas admitidas no capitalismo.

Delimitar a humanidade dos sujeitos é cada vez mais comum na modernidade, em que se politiza a vida ao mesmo tempo em que a retorna a sua origem material, dando-lhe novas

conotações, possibilitando novas oportunidades sobre a própria vida, na mesma medida em que limita a alteridade dos sujeitos. Foucault (2008a), ao debruçar-se sobre a sociedade ocidental, observou que houve uma espécie de deslocamento das relações de poder, não de forma unidirecional, mas fluida, em que a vida é essência e veículo para a política e, conseqüentemente para as relações de poder, inclusão, exclusão, resistência e subversão. É uma dinâmica em que o próprio Estado é veículo, meio (para a economia). Em nome do coletivo a vida é nomeada, organizada e reificada, mas é sob esse mote que se dão as contradições, as contraversões e as resistências. Ao rejeitar a perspectiva de Foucault, Safatle (2015) aponta que a noção foucaultiana de biopolítica tem como fundamental característica a crítica eminente, que visa denunciar a maneira como os mecanismos disciplinares constituem a biopolítica como campo naturalizado, repleto de normatividades e valores reificados nos processos sociais de gestão da vida e dos corpos. E, ao contrário de Safatle, esse aspecto é, para mim, o mais caro sobre a biopolítica em Foucault.

A adoção da biopolítica como forma de gestão requer a renúncia das políticas sociais, a fim de integrar Estado, população e indivíduos numa economia de mercado. Trata-se de calcular economicamente os limites para o governo, ampliando ou reduzindo o alcance dos regimes de poder, conforme a lógica de uma racionalidade econômica (FOUCAULT, 2008a). Mas para que seja profícua, uma biopolítica que vise à regulação dos processos populacionais deverá dispor de tecnologias e dispositivos capazes de assegurar a vida da população de modo que o controle, enquanto meta, limite e cerceie a vida do sujeito, não mais individualmente, mas no conjunto da espécie humana. A esse dispositivo da biopolítica Foucault denominou biopoder. O instrumento principal para que a tecnologia de poder possa controlar as massas (DINIZ; OLIVEIRA, 2014). De acordo com Foucault (2008b), o biopoder abarca uma série de fenômenos, um conjunto amplo de mecanismos que faz com que as características biológicas da espécie humana figurem o mundo político, transmutadas em táticas políticas, servindo a uma estratégia ampla para o alcance do poder, levando em conta o fato biológico.

De acordo com Diniz e Oliveira (2014), o surgimento de uma nova tecnologia para o exercício do poder revela que as relações de força ultrapassam o plano do sujeito, em seu espaço particular, mas alcança a população, ampliando a perspectiva do fenômeno individual de limitação do sujeito, levando em conta os fenômenos coletivos. Gerenciar as populações, por sua vez, requer uma preocupação com a sua saúde e bem-estar, a fim de preservá-los, o que demanda uma política de policiamento. Esse policiamento deve ocorrer de tal forma que possa evitar tudo o que soar como ameaça à vida da população. Para tanto, serão chamados os conhecimentos mais variados, como os relacionados à tecnologia e à medicina, que precisarão

dar conta de uma higiene pública, a partir de movimentos coordenados, em que os saberes médicos, centralizadores de informação, de normalização e saber, darão suporte às campanhas de orientação e convencimento da população, bem como servirão de base para a medicalização da população. De acordo com Foucault (1979), o biopoder incide sobre a espécie e não exclusivamente sobre o indivíduo, está imbricado nas políticas que impactam o corpo mecânico, suportado pelos processos biológicos.

Para Foucault (1979) as pressões que interferem nos movimentos da vida e nos processos da história são parte do que é a biopolítica. Esta, por sua vez, designa as ações de acordo com o que pretende fazer com a vida, e para que seus mecanismos figurem no domínio dos cálculos, de forma declarada, em que o saber/poder constitui os dispositivos para a transformação da vida humana. Nesse contexto, o autor indica que a fronteira da modernidade biológica de uma sociedade consiste no jogo em que a espécie humana permeia as estratégias políticas governamentais. Os novos objetos de saber se criam e recriam sob essa nova forma de poder, destinando-se ao controle da espécie humana, no contexto populacional. A população é entendida, então, como uma construção, sob o intuito de dar conta de uma dimensão coletiva, estratificada, problematizada no campo dos saberes. É a biopolítica que se ocupa desse novo olhar, dos processos biológicos que decorrem dos sujeitos enquanto espécie, que servirão de fonte para novas formas de regulamentação e regimes de poder.

De acordo com Foucault (2008a), essas novas formas de controle são elaboradas de acordo com os eixos da economia de mercado. Esse fenômeno foi influenciado pelo neoliberalismo econômico, que, de acordo com o autor, sob a influência do pós-guerra, limitou a espécie humana à economia, transformando os indivíduos em sujeitos que são estimulados pelas exigências de mercado e seguem constantemente buscando maneiras para atender a essas exigências. A economia permite surgir diversas formas de controle dos sujeitos e das populações, que são reificadas no mercado, requerendo, assim, que o ato de governar esteja, também, voltado para esse mesmo mercado. Nesse sentido, os transplantes configuram como práticas de saber/poder que viabilizam a biopolítica na medida em que possibilitam o controle da população por meio da governamentalidade, regulamentando e organizando a vida. Usando o direito como veículo, a biopolítica permite a criação de leis específicas para os transplantes e a doação de órgãos, muda a própria concepção de morte e padroniza e normatiza os procedimentos a partir de um avanço tecnológico que possibilita prolongar a vida de alguns sujeitos, encurtar a “vida” de outros e reduzir os custos para a manutenção da vida dos sujeitos acometidos por doenças crônicas.

Para Foucault (2008a) há regimes de verdade que regem a gestão de Estado. Tais regimes servem a uma razão governamental, que se modificou ao longo da história e que, na modernidade, funda-se no neoliberalismo econômico como uma arte de governar que se testa no mercado (PASSOS, 2008). Para Foucault (2014a) o Estado tornou-se um recorte político desde que perdeu a soberania como sua principal característica. Ele agora é uma espécie de representação das populações, dos corpos e das relações. É constantemente testado, sendo mais um produto das relações humanas que fez evoluir os regimes de poder que dão subsídio ao governo para efetivar as políticas de policiamento da vida. A figura do Estado é um mecanismo para o exercício da vigilância, que tem como objetivo evitar os riscos, corroborando para a manutenção da lógica liberal. A governamentalidade, por meio da biopolítica, extrai dos corpos tempo e trabalho, reformula as relações de poder e as alimenta continuamente, por meio da vigilância. Segundo o autor, é importante não se enganar quanto à linearidade ou continuidade das ações possibilitadas pela biopolítica, pois não se tratam, como outrora se pensou, de sistemas minuciosos de coerção, mas de obrigações distribuídas no tempo e no espaço, apoiadas em princípios neoliberais, que permitem, simultaneamente, o crescimento das forças de controle e das forças controladas.

De acordo com Danner (2010), como a biopolítica, na concepção foucaultiana, encontrou sentido e se fundou como prática de governo a partir do desenvolvimento do Estado liberal, ela só pode ser compreendida se analisada a partir da cena liberal, que impulsionou o desenvolvimento das relações de produção. Os procedimentos institucionais da biopolítica, que ocorrem sob o âmbito dos governos liberais, entrelaçam as instituições modernas que são centrais para a sociedade (escolas, empresas, instituições de saúde e de produção científica). Embora pareça que essas organizações são geridas conforme objetivos distintos, há um movimento uníssono, sob o véu das aparências, a racionalidade liberal fundada no capitalismo, em constante desenvolvimento e ampliação na modernidade. O olhar sobre a simples oposição entre dominantes e dominados já não responde mais às tentativas de compreensão dos regimes de poder. E as relações de poder que perpassam a sociedade não permitem mais qualquer tipo de soberania institucional. Não há mais formas de controle ou dominação global e os micro poderes são relativos, conforme as forças distintas que circulam entre as sociedades, as famílias e as instituições (FOUCAULT, 2014a).

Os mecanismos de controle são como suportes para os efeitos de clivagem que seguem atravessando a composição social (PASSOS, 2008). Em outras palavras, as correlações das múltiplas forças direcionadas às populações, formadas a partir dos aparelhos de produção, das instituições familiares, dos grupos restritos e das instituições, dão suporte aos efeitos de

clivagem que perpassam o conjunto social. Esses efeitos constituem uma linha de força em que os regimes de poder são elaborados e reelaborados conforme uma força ampla que atravessa as inquietações locais, ligando-as aos interesses governamentais e aos regimes de poder, que seguem os preceitos da lógica econômica. No âmbito da governamentalidade, que recorre à biopolítica, essa transposição de interesses permite a redistribuição e o alinhamento necessário a homogeneização e a estratificação social. Os conteúdos que emergem dos afrontamentos voltam reformulados para a sociedade e são instrumentos para o contínuo aperfeiçoamento e sustentação dos regimes de poder que, pelo efeito que alcança, se alimenta das forças, dos afrontamentos e das inquietações que partem das populações. (FOUCAULT, 1979)

De acordo com Foucault (1977), o Estado não é a forma de governar, nem mesmo representa um poder sobreposto à população, mas viabiliza e objetiva as formas de governar, instrumentalizando a vida no sentido biológico. O Estado é uma instituição sob a qual se desenvolvem maneiras de governar (governos) que requerem que sejam desenvolvidos dispositivos que atuem no domínio dos corpos e dos interesses individuais, em função de seus impactos populacionais. A biopolítica requer uma contabilização dos interesses e dos riscos, que serve como base para as classificações. A história vai mostrando como as mudanças na sociedade resultam em mudanças no poder. A história mostra que as forças têm sido possibilitadas e modificadas por meio de dispositivos de poder, e que o domínio dessas forças e dos saberes reflete as invenções e reinvenções das táticas e estratégias no intuito de manter as forças que viabilizam as relações de poder.

O fato é que o Estado não é coisa, não é entidade. É mediado e possibilitado por meio de tecnologias. Passos (2008) aponta que o governo é uma espécie de tecnologia humana herdada pelo Estado moderno, que extraiu da pastoral cristã técnicas específicas, pautadas no liberalismo, que refletem, modificam, enriquecem e transformam o governo dos homens, tornando o ato de governar uma espécie de condução da vida do outro. Ao agir sobre a vida, interfere-se, também, sobre os sujeitos livres. Ao pressupor essa liberdade para os sujeitos, são elaboradas formas para regulá-la. Para isso e por isso, a racionalidade do Estado foi adquirindo contornos mais sutis e sofisticados e as estratégias seguiram sendo aprimoradas e assim, impingindo, sobremaneira, os sujeitos, agora organizados em grupos de interesse e de acordo com as premissas do fortalecimento econômico.

O Estado, outrora soberano, responsável pelos súditos e por sua salvação, agora precisa ser governado, e este governo deve se ocupar com as novas demandas. Assim, o Estado, essa realidade específica e descontínua, que não é uma casa, igreja ou império, só

existe para si mesmo e em relação a si mesmo, independente do sistema de obediência que deve aos outros sistemas (como o econômico), incorpora o natural e passa a regular a vida a partir da própria vida. A biopolítica vem mostrar que o Estado só existe no plural (FOUCAULT, 2008a). Cabe à crítica da biopolítica desmascarar as lutas que os ordenamentos funcionais e as organizações sistemáticas encobrem (ROCHA, 2014). Nesse sentido, circunstâncias, aparentemente diversas, formam a base para novas formas de elaboração das relações de poder. Para Foucault (2013b) a noção de natureza, por exemplo, segue mudando e trazendo novos sentidos e formas de se pensar a vida. A economia política, por sua vez, remodela as relações de Estado, e a natureza já não é mais tão natural como antes, e passa a seguir um curso conforme a governamentalidade dos sujeitos por meio das tecnologias e dos saberes. Sob essa perspectiva, a natureza é a face invisível em relação à ação, mas cara aos governos porque possibilita novas formas de poder. Para dar conta dessa problemática, a gestão do Estado precisa alcançar novas formas de governamentalidade, que sejam capazes de concentrar os interesses dos sujeitos, de dar conta da constituição das instituições, dos procedimentos, das análises e dos cálculos e táticas que viabilizam o exercício de formas específicas e complexas de poder, cujos alvos são as populações.

É nesse contexto, e contribuindo para as novas tecnologias de governo, que a teoria do direito, bem como as instituições judiciárias, serve como instrumentos, dispositivos pelos quais a biopolítica é exercida. E o saber médico ganha espaço porque contribui, fortemente, para o estabelecimento dos jogos de poder. As formas declaradas de opressão são abandonadas e substituídas por esquemas mais rebuscados e, aparentemente, contrários a opressão visível. No movimento, que se utiliza do direito como veículo de libertação e normalização, surgem ambientes nos quais as oposições não são mais definidas entre legítimas e ilegítimas, mas sim em função das lutas, submissões e/ou subversões. Para Esposito (2010), a biopolítica é precedida por práticas ideologizadas e, ao se firmar como estratégia de governo, cumpre efetivamente os discursos difundidos nos movimentos filosóficos e sanitaristas. Nesse contexto, a degeneração biológica dos sujeitos foi ganhando tratamento específico e se adjetivou negativamente, como decadência, deterioração e degradação, não importando que se trate apenas de perdas biológicas. Sob essa perspectiva, a degeneração ressurgiu no homem em sua forma de existência que nem é animal nem é humana, mas constitui-se como um ponto de encontro, configurando uma forma qualquer de subjetividade jurídica.

Os considerados degenerados, entretanto, não constituem um grupo. As mais variadas formas de existência que desobedeçam aos padrões estabelecidos para a vida (o alcoolismo, a

prostituição, as doenças venéreas, a obesidade, a homossexualidade e os pobres às margens das cidades) são consideradas inadequadas à manutenção das sociedades moralizantes, mas sob a biopolítica, são vistos como risco e o remédio é a recuperação do que é possível e o completo abandono aos considerados inúteis e inofensivos para o sistema. Todas essas condições de existência, e o afastamento dos padrões que se pretende estabelecer para as sociedades, reificam a recorrência da norma biológica à norma político-jurídica como meio para a definição burocrática dos grupos que vão compor as massas dos incorporados e dos excluídos. Nessa aparente fissura entre o mundo das práticas e dos ideais, aquilo que é resultado de balizamentos sociais e morais, portanto, políticos, são rotulados como configuração biológica degenerada e não aquilo que realmente é, ou seja, representação biológica de opções políticas preliminares (ESPOSITO, 2010).

O fato é que os sujeitos são posicionados politicamente quanto à sua forma, sua condição, sua expectativa e sua capacidade de reação ou docilização. Entretanto, não se trata de um posicionamento estático, uma vez que os indivíduos têm o poder de quebrar regras ocupando-se de novas posições e, principalmente de relações, que os permitam subverter o controle exercido pelo governo. Suas forças potencializadas incitam a criação e recriação de novas possibilidades de existência e sobrevivência. Os dispositivos para a regulação e o controle dos indivíduos são criados para delinear os limites entre os sujeitos degenerados e os sujeitos que atendem aos interesses de uma dita governamentalidade. Como esse segundo grupo tem interesses próprios, as ações governamentais também se potencializam, recorrendo às estratégias de dissimulação e fluidez, em que as potências dos sujeitos são devolvidas para a sociedade de forma difusa, retirando o poder das populações, até o ponto que for possível. A criação ou supressão das instituições, das regras e das normas, sejam voltadas aos doentes, aos pobres, aos delinquentes ou aos loucos, obedece à prática liberalista, onde os micro poderes perpassam os fenômenos econômicos, bem como as inovações em termos da vida e das tecnologias para a vida (FOUCAULT, 2014a).

Para Foucault (2014a), o liberalismo é a base para que a burguesia construa sua própria liberdade, não se interessando pelas liberdades alheias, apoiando-se nos regimes de poder, querendo algum poder para si. Foi essa a força que estabeleceu o liberalismo. Os sistemas de poder é que são caros a burguesia, que não está preocupada com os degenerados ou com quem quer que seja, nem mesmo com a punição ou reinserção destes, mas com os valores que lhes dizem respeito, no que se refere aos pontos de vista relacionados à economia. São os aspectos econômicos que interessam aos burgueses, e não os sujeitos em si, e essa é a lógica que perpassa a gestão e as estratégias biopolíticas. Os mecanismos de controle devem,

então, atender as demandas e aos cortes econômicos, legitimados na figura simbólica do Estado, mas que interessam aos burgueses. No liberalismo, burguesia e Estado não são coisas distintas. O Estado é a representação e via para a efetivação dos anseios da burguesia. E os mesmos reclamantes dos excessos de governo, agora se beneficiam desses excessos transmutados.

A modernidade promoveu a autopreservação individual, travestiu-a de liberdade e fez dos sujeitos categorias políticas que antecedem outras categorias, das quais não escapam, mas inverte a antiga lógica. Assim, a vida pela vida é a máxima vigente, não interessando a existência subjetiva. Como aponta Esposito (2010), da guerra contra o terrorismo às migrações em massa, das políticas de saúde à demografia, das medidas preventivas de segurança à extensão ilimitada das legislações de emergência, nada escapa a dupla tendência de uma crescente sobreposição entre o âmbito da biopolítica, do direito e da vida e uma implicação estreita que deriva dela, mas em relação à morte. O fato é que, para se proceder a uma análise da biopolítica, é preciso adquirir a compreensão dos regimes gerais das razões de Estado, dos sistemas de verdade que lhe são caros e que embasam os discursos e as relações de poder.

O lado positivo dos poderes empreendidos pela biopolítica é a incorporação de algumas demandas que geram direitos (reconhecimento de direitos fundamentais, cuidados para a saúde coletiva e algumas possibilidades de empoderamento), mas o lado obscuro desse tipo de estratégia é a conformação da vida sem significação, uma vida que se esvai na sobrevivência. Que se limita à existência material. É o homem em seu estado de corpo espécie. Com o advento da biopolítica, as reações têm se limitado às pequenas resistências, que tem pouca, ou nenhuma, chance de alcançar a supressão da assimetria nas relações de poder. Para Foucault (2000a), isso acontece porque a biopolítica não suprime o poder disciplinar, mas se coloca em outro nível, pois a superfície que o suporta também é outra e, portanto, requer dispositivos diferentes. Contudo, poder disciplinar e biopolítica se aliam, apoiando-se reciprocamente, fazendo com que a sociedade disciplinar seja alcançada por um poder que vai além do controle quanto à produtividade do sujeito, angariando uma maior amplitude, que resulta na capacidade de controlar a vida. A biopolítica, por meio das táticas, funda um poder extrínseco, que sujeita a vida a parâmetros prescritos e, enquanto o poder disciplinar segue sendo exercido sobre os corpos individualizados, a biopolítica propaga o controle para as populações, que têm os corpos administrados e determinados socialmente (SANSON, 2009).

Sob o nexos da biopolítica, o cuidado de si poderia configurar alguma possibilidade de resistência, mas, como mencionado a pouco, isso não implicaria em uma completa autonomia.



Ao contrário, embora essa possibilidade exista, o cuidado de si também acabou sendo foco da biopolítica, que o absorve integrando os indivíduos em suas particularidades, agora convertidas em autocontrole. O lugar de enfrentamento acaba por sucumbir às flexões da biopolítica. Para desenvolver melhor esse argumento, discorro sobre como os sujeitos lutam para escapar das classificações, se reinventarem e, assim, instigar os governos a sofisticarem cada vez mais suas táticas e dispositivos de poder. A burocratização da vida homogeniza, mas a própria vida se reinventa e dá respostas aos mecanismos de controle. Não se liberta deles, mas se reinventa em função deles, ora reagindo, ora ignorando, sem, contudo, deixar de ser abalada por eles. Nesse sentido, apresento, a seguir, os cuidados de si sob o contexto da biopolítica.

### 3.3 O CUIDADO DE SI NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA

Na busca pela alteridade, os sujeitos lutam por seus interesses e pelo direito de não serem submetidos às práticas abusivas de controle e essa luta é incorporada pelo capital, o que na biopolítica ocorre por intermédio do governo. Ela potencializa os indivíduos e requerem novas práticas de governo para que o sujeito encarnado num estado liberal siga sob o controle institucional de suas condutas, no nível coletivo. Essa espiral de lutas e reformulações das estratégias, bem como a aquisição ou desenvolvimento de novas táticas para dar continuidade aos mecanismos de poder, rompendo com a lógica vigente e respondendo às novas lógicas, econômicas, requerem dos indivíduos, novas formas de pensarem em si mesmos. De acordo com Foucault (2011), esse contexto instiga os sujeitos, em seu princípio ético, a lutarem contra os critérios que lhes são impostos quanto à forma e o estilo, contra a classificação. Eles se percebem pela diferença, muitas vezes sem se dar conta de que as diferenças são incorporadas e utilizadas como fontes para o estabelecimento da governamentalidade e, conseqüentemente, dos regimes de poder.

Em maior ou menor grau, diuturnamente se empreendem micro revoluções, aperfeiçoadas, reformuladas ou renovadas. A estética da existência, esse princípio ético do sujeito, o permite tomar a própria existência como objeto de transformação, mas permite, também, a burocratização da vida biologicamente constituída. A vida, possibilitada pela existência do corpo, é uma obra em constante modificação, veículo para o exercício de uma liberdade irreduzível, mas matéria para reificações e reformulações quanto à própria vida que, limitada ao biológico, exclui dos sujeitos a subjetividade, não enquanto ser social que existe, mas enquanto ser gerenciado coletivamente, enquanto um representativo numérico, em que a vida é contabilizada (FOUCAULT, 2000a; 2011).

É no domínio das práticas que os saberes e as atividades exercidas pelos sujeitos corroboram para o fim da liberdade individual, pautada na própria liberdade. Não se trata propriamente do fim, mas de uma conformação governamental dos interesses individuais, sob a ótica da homogenização, do emparelhamento das necessidades, da acomodação das causas individuais, conformadas a partir do pensamento liberal, à luz da economia. Por meio de saberes autorizados, configuram-se conjuntos de técnicas da vida ou sobre a vida. Para Foucault (2011), o cuidado de si e as práticas de si mesmo são parte da arte de viver, que não corresponde às técnicas como regras para a vida ou sobre a vida, mas implica aquela liberdade, sabida na biopolítica. O cuidado de si requer a ao menos uma mínima liberdade de

escolha para que se possa deliberar sobre os meios de constituição de si próprio. O cuidar de si não é mais uma questão de livre escolha, mas denota um “quê” de liberdade, sob a deliberação das técnicas de governo em relação às práticas permitidas aos sujeitos viventes. As prescrições delimitam as possibilidades de escolha dos sujeitos, mas não as controla por completo e, dentro desses limites, os sujeitos se reinventam e criam soluções inesperadas para dar conta do cotidiano não considerado na biopolítica.

O ir e vir dos regimes de poder encontram nos corpos biológicos o lugar para a continuidade, mascarada pela aparente ruptura. O cuidar de si constitui-se, então, como o resultado de processos disciplinares que não estão mais exclusivamente destinados ao corpo individual, e sim à coletividade dos corpos. Mas então como seria esse cuidar de si? Pois bem, ele se constitui a partir do cuidado de si em relação aos outros. As prescrições interferem nos próprios cuidados individuais sobre si mesmo. Esse cuidar pode ter, no mínimo, duas conotações, a primeira, conforme os preceitos estipulados pelas políticas de governamentalidade, o que requer uma sensação de liberdade, mas que incide sobre ela por meio de um senso-consenso sobre o que é o melhor a ser feito. Por exemplo, os corpos precisam estar saudáveis para que existam doadores em potencial e, entende-se por saudável um corpo magro, de preferência resultado de exercícios físicos e de uma boa alimentação. Você não deve ter um corpo “ruim”, improdutivo. E esse conceito de corpo saudável e produtivo, atrelado ao controle do peso, está pautado na biopolítica. O sujeito “gordo” é um pecador, um indivíduo indisciplinado e, por isso, deve ser combatido. Porém, esse sujeito acima do “peso ideal”, é um indivíduo considerado de risco. Ele precisa se confessar, se tratar e agir conforme as políticas de “promoção à saúde”, caso contrário, ele não vale muito sob a ótica da biopolítica (GONÇALVES; MIRANDA, 2012).

De acordo com Gonçalves e Miranda (2012), com o advento da biopolítica há prescrições, quase universais, sobre o que é ou não é correto fazer com o próprio corpo. E o melhor a ser feito “deve” atender à política vigente, que atinge o cuidado de si por táticas camufladas de liberdade, de direito. Se você “se ama”, se cuida e sabe do seu “valor”, você deve ser magro e mesmo que a opção por ser magro pareça uma escolha sua, não é e verá o quanto pode ser hostilizado pela sociedade, que auxilia a biopolítica a partir de um constante vigiar. Para as autoras, o corpo ocupa uma centralidade na vida contemporânea de forma que nunca alcançou anteriormente, pois, hoje, os modos de subjetivação deram lugar à exterioridade e o cuidado, que outrora fora destinado ao desenvolvimento de qualidades morais e intelectuais, mas que hoje se volta para a busca incessante pela saúde, beleza, jovialidade e longevidade. O corpo é aquela apresentação de si que fica sob o jugo da

sociedade, que aponta se o sujeito é desviante ou não e os gordos são vistos como doentes. Ser chamado de gordo é equivalente a ser ofendido e essa ideia é legitimada pelo saber médico, imbricados nos discursos de mídia, que autentica o preconceito e a discriminação, demarcando as práticas do cuidado de si.

O cuidado de si figura como o entremeio das prescrições e dos anseios pessoais. Subverter a ordem preestabelecida pelos gestores do Estado seria, assim, uma forma de cuidar de si conforme os próprios preceitos, mas seria necessário um descolamento em relação à própria existência coletiva. Desse modo, o conforto da individualização acarretaria num desconforto do isolamento. Como uma pena aplicada por si mesmo ao próprio eu que não se integrou “socialmente”, conforme as classificações e prescrições que instrumentalizam a vida individual para um fim global, a economia por ela mesma. As prescrições fundadas sob as novas formas de poder orientam as ações não mais como uma forma de obediência, mas de atendimento às próprias necessidades e interesses (FOUCAULT, 2011). A própria liberdade é transformada em tática e as escolhas não se limitam mais à sujeição ou não às normas, mas em decidir-se por quais interesses os farão classificáveis e integráveis a esse ou aquele estrato social. Em outras palavras, as prescrições limitam, mas não impedem por completo, entretanto, delineiam as práticas, inclusive, ou principalmente para os indivíduos que se querem e percebem liberais.

De acordo com Sousa e Baracuhy (2015), o sujeito é inserido pela governamentalidade, entre o biopoder e o cuidado de si, em que a margem para a resistência ao poder normalizador é mínima, pois o poder positivado leva o sujeito a deixar-se governar. É nesse sentido, sob um poder positivo, que os regimes de poder, reformulados, colocam objetivação e subjetivação no mesmo contexto, mas tensionados entre si. Os sujeitos são convocados a desenvolverem cuidados e relações para consigo mesmo, relações que fazem parte de uma cultura do si mesmo, em que os sujeitos são constantemente convocados a se objetificar, a olhar para si e para o próprio corpo como algo passível de ser purificado, transformado, corrigido e salvo. Para Foucault (2014c), essa cultura de si tem como princípio fundamental o ter cuidado consigo próprio. E esse cuidado é necessidade e meio para legitimar a cobrança sobre o que pode ou não servir ao mundo economicamente constituído. Ao ocupar-se de si mesmo os indivíduos submetem seus corpos aos regimes de saúde, tais como os exercícios físicos, dietas adequadas a uma vida entendida como sadia, mudanças dos hábitos socialmente entendidos como perigosos e um vigiar constante de si e dos outros quanto aos padrões de saúde reificados socialmente.

Nesse sentido, os sujeitos, seres capazes de se transformar e transfigurar, seja como redenção à regra ou como uma subversão a ela, têm, no corpo, o recipiente natural para as normas construídas. Mas esse mesmo corpo não é mais de domínio exclusivo dos sujeitos, já que o social, o político, incide sobre ele a partir de suas diferenças e de sua igualdade. Assim, cada indivíduo é matéria prima e receptáculo. Oferece insumos ao constructo político e recebe da política as orientações para os cuidados de si. Logo, é no próprio corpo que as contradições da naturalização das coisas podem ser encontradas. Mesmo com sua natural origem biológica, o corpo, a partir das invenções biotecnológicas, passou a ser passível de manipulação, não apenas para o trabalho ou qualquer força de ação, mas também em relação à própria transformação, reconstrução e substituição de suas partes. De acordo com Foucault (2011), o corpo é sim a via de existência, mas tem se tornado objeto para as investidas de muitas áreas da biotecnologia e isso tem ocasionado novas formas de se pensar os sujeitos e suas limitações biológicas. As variações que podem ser alcançadas a partir das novas tecnologias, sejam tecnologias da saúde, propriamente ditas ou, ainda, da estética, criam novas concepções sobre o indivíduo, sobre o que lhe cabe em relação a si mesmo e aos outros e sobre o exercício do direito sobre si mesmo, lembrando que o próprio exercício do direito se torna meio para uma economia política.

Nesse trabalho, o corpo não é o objeto em si, mas preciso retomar os sujeitos nesse sentido para compreender como o corpo e suas implicações biológicas servem aos interesses das formas de governamentalidade e, por fim, como é que no corpo e a partir do corpo se exerce a biopolítica. Essa estratégia, no entanto, não se ocupa apenas das questões de saúde e manutenção da vida, mas pela saúde e pela manutenção da vida. Também se apropria das referências estéticas para a existência, que não tem por objetivo a ocultação propriamente dita da verdade ou das verdades que constituem os sujeitos, mas pode se fundar nas constantes invenções e reinvenções do que se pode vir a ser, do devir, mas não mais limitado à subjetividade, um devir objetivado. É a arte da vida, transmutada em técnicas, que leva os indivíduos a tornarem-se construtores da realidade que lhe é pertinente. O próprio sujeito segue elaborando estratégias de sobrevivência e criando soluções alternativas de existência, individua-se e alcança algum êxito, mas em sociedade, ao fornecer subsídios para sua própria existência, os fornece, também, para a economia política. E, em meio aos dispositivos que visam fixar identidades ou essências, encontra-se a estética da própria existência. O dispositivo que requer dos sujeitos uma complexa, difícil e demorada elaboração de si mesmo (FOUCAULT, 2011; 2013c).

Esse processo delicado, que Foucault (2011) apontou como o fluxo das artes de viver, é simultaneamente constituído por práticas racionais e também voluntárias, por meio das quais os sujeitos seguem orientando as ações, sobre o si mesmos e sobre os outros. Isso não está limitado às regras de conduta, à normalização, mas estende-se aos projetos de transformação e modificação das singularidades dos indivíduos. Assim, cada vida é, ao mesmo tempo, uma obra única e um veículo que comporta valores estéticos, correspondendo aos critérios preestabelecidos quanto ao estilo, mas traz particularidades e singularidades que emergem nas subjetividades individuais dos sujeitos. Essa íntima relação entre a estética e o cuidado de si pode, em parte, ser explicada a partir da noção de heterogeneidade, em parte, pode ser compreendida sob o prisma da homogeneidade. E mesmo em meio às práticas mais estruturadas e estruturantes, como as atividades de escrita, leitura, prescrição dos cuidados consigo e as práticas de privação, os sujeitos têm inscrito em si próprios a problematização constante de sua capacidade de orientar a si mesmo, aos outros e às políticas.

O conduzir de si mesmo, bem como a interferência e decisão sobre suas próprias ações, requer dos sujeitos atos e ações sobre si e sobre os outros, ou seja, o cuidar de si requer o cuidar do outro. Não se trata de uma questão de solidariedade ou fraternidade, mas é uma questão de manter-se na sociedade e apropriar-se do que ela pode lhe oferecer para sua própria constituição de sujeito. O fato é que o percurso da vida requer criatividade, saídas alternativas às formas resultantes das relações de poder (FOUCAULT, 2011). Nesse sentido, os regimes de verdade ilustram a dinâmica da vida conforme um organizar biopolítico, em que cada indivíduo é fonte de problematização e pesquisa, mas não mais em sua individualidade e sim em relação ao conjunto ao qual ele foi incluído a partir de suas próprias características. Ou seja, suas diferenças em relação a alguns grupos, coadunam a outros.

Como aponta Foucault (2011), o trabalho inventivo dos sujeitos sobre sua própria existência resulta em possibilidades infinitas de relações, de novos modos de ser e estar no mundo socialmente constituído. Para o autor, esse processo é perpassado por uma estética da existência que produz e leva a reprodução de efeitos de cunho político. Questões relacionadas à morte, ao envelhecimento precoce, à falta de saúde, são constantemente debatidas como resultantes da falta de cuidado para consigo mesmo. Embora o cuidado de si pareça estar em oposição à biopolítica, ele é incorporado ao biopoder. Os sujeitos são constantemente testados nesse entremeio. Pela alteridade, faz-se especial, e também por ela permitem-se os surgimentos das tecnologias que vão possibilitar avanços para medicina e para a extensão da vida, por outro lado, é por ela que nos tornamos semelhantes, iguais. Todos com dificuldades para reconhecer a diferença e, também, a igualdade.

O que Foucault (2011) considera sobre a estética é o vínculo que ela tem em relação as ações socialmente constituídas. A estética só faz sentido para o outro, a partir do outro. É preciso o outro para se satisfazer quanto ao seu próprio feito. Essa íntima relação com o exterior suscita bases para as ações dos indivíduos quanto a si mesmos e, também, para a biopolítica. É aí que as relações de poder parecem requerer mais sutileza, mais dissimulação, já que as normas não são mais limitadoras por excelência, das ações individuais. Não estão sob o jugo da obediência provável e são apenas as diretrizes para a satisfação das próprias necessidades. Os códigos e as prescrições sobre as condutas dos sujeitos estão imbricados na arte de viver e, embora haja uma tendência em apontar o exterior como único responsável pelas desventuras humanas, é a singularidade de cada indivíduo, de suas relações com o mundo exterior, mas principalmente da elaboração subjetiva que faz desse mundo, também parte fundamental da biopolítica e das estratégias de governamentalidade. Se outrora o poder encontrava seu lugar maior no extremo, no soberano, por ora é na diversidade e na fluidez que residem os regimes de poder. Se por um lado a estética da vida serve como instrumento ou uma forma de prescrição das ações e da existência, por outro, ela é fruto dos sujeitos e de suas relações com o mundo exterior.

Embora eu esteja considerando o cuidado de si sob a perspectiva da biopolítica, como instrumento de reificação do biopoder, pois é assim que o percebo no contexto contemporâneo, é importante ressaltar que há espaço para entender o cuidado de si como forma de resistência à biopolítica, ao menos em certo sentido. Mas entendo que ao operar o biopoder, opera-se, ainda que de forma fragmentada, aparentemente particularizada, as formas para que os indivíduos se cuidem em todos os níveis discursivos, bem como nas práticas mais sutis ou, ainda, nos procedimentos excessivos, na tecnocracia, em nome da governamentalidade. O governo torna-se um exercício fragmentado, mas não menos incidente sobre a vida humana. É a forma mais descentralizada dos regimes de poder, capaz de perpassar todos os níveis da vida objetivada na experiência social. A regulamentação agora não depende exclusivamente do meio jurídico, mas pode alcançar resultados ainda mais eficientes quando instrumentalizada por meio do julgamento e da percepção partilhada sobre o que parece ser o mais correto para a vida. Seja por meio de exercícios ou a partir de técnicas específicas, os sujeitos inscrevem a sua existência na sociedade por meio de regras para a vida, ao mesmo tempo em que são, também, o fruto da liberdade em relação a sua forma original. Há a vida, há o natural, o biológico, o dado, a norma, mas há infinitas possibilidades de diferenciar-se e subverter. É nesse sentido que o agir ético ganha contornos e enseja

alternativas, potencializando os sujeitos e fazendo com que o ato de governar torne-se cada vez mais complexo (FOUCAULT, 2013c).

A formação dos indivíduos enquanto sujeitos, bem como a transformação constante desses sujeitos, está, ao mesmo tempo, à disposição das normas e das capacidades inventivas de criar e possibilitar pequenas revoluções. A normalização, em seu cerne de criar estruturas e padronizações, é também fonte para a inventividade, que encontra na subjetividade e no cuidado de si o caminho para a reificação e transgressão da norma. Isso leva à inferência de que os regimes de poder, viabilizados pelas relações, são constantemente transfiguráveis e passíveis de transformação, são ainda fontes estratégicas para a mobilidade das relações e, por conseguinte, interessam aos sujeitos e à governamentalidade (FOUCAULT, 2008a; 2008b; 2010; 2011). Conforme Barros (2013), os tempos neoliberais dos dias atuais fazem com que os processos que envolvam o cuidado de si ganhem dimensões cada vez maiores. E a noção de saúde, que outrora servia de balizadora dos enunciados funcionando regularmente como um cuidado de si que visava à perfeição do corpo, agora serve à maximização da governamentalidade. Para Foucault (2008b), o neoliberalismo traz à tona as práticas de maximização pautadas no modelo empresarial, no qual a sociedade é indexada para além da mercadoria e da uniformidade da mercadoria, mas nos aspectos múltiplos e de diferenciação que ocorrem no cerne das empresas. A lógica é a da multiplicação, da permissão aparente, pois, no caso das empresas, quanto mais se permite que elas se multipliquem, mais multiplicados são os centros formadores das coisas como empresa. Quanto mais a ação governamental deixa as empresas agirem, mais se multiplicam as possibilidades de atrito entre elas e, conseqüentemente, as possibilidades de contenção ou normalização para a sociedade.

Barros (2013) aponta que se tornou comum que os sujeitos apontem a aquisição de informações e de hábitos saudáveis como a fonte primordial para o discernimento sobre as escolhas mais acertadas sobre a vida. O neoliberalismo, o berço para a maximização da governamentalidade, exige que as práticas governamentais sejam cada vez mais sutis e eficazes, mais econômicas e capazes de alcançar maior amplitude para o governo, com menos governo. Ou seja, governa-se menos, mas alcança-se um universo ainda maior. Para Foucault (2014a), o corpo é o lugar para a biopolítica, onde ela se torna real e a medicina, ao alcançar o corpo em seus aspectos biológicos, transmutando-os em táticas para a governamentalidade, é uma estratégia da estratégia biopolítica. Nessa dinâmica, o foco do sujeito se deslocou da intimidade psíquica para o corpo materializado (BARROS, 2013). Mas não se trata de uma objetivação extrema do corpo, e sim de uma política de subjetivação que amplifica, em



benefício próprio, a sensação de liberdade individual, contribuindo de forma tática para a governamentalidade neoliberal (FOUCAULT, 2000a; 2008b).

De acordo com Gallo (2012), o eu, no coletivo, foi ressignificado a partir do corpo, e a subjetividade que o alcançou fez da sua imagem e aparência, a referência sobre a sua capacidade performática, sobre sua saúde e sua longevidade. Para o autor, somos cada um, submetidos voluntariamente a uma espécie de ascese, que segue preceitos algumas vezes científicos, outras vezes estéticos. Pelbart (2007) argumenta que o corpo adequado às normas científicas sobre a saúde, longevidade e equilíbrio, se adéqua também às normas da cultura e do espetáculo, conforme os modelos celebrados. A busca pela perfeição do corpo, pela maximização do seu potencial, imbricadas nas infinitas possibilidades de transformação viabilizadas por ocasião da ciência, faz com que as pessoas tomem essa causa para si e seja abraçada voluntariamente uma tirania sofisticada, pautada na exterioridade perfeita, em virtude da sensação imediata de liberdade, à custa de sofrimento. O cuidado de si torna-se uma bioascese, que em tempos modernos, não está no sentido de se ter uma vida bela e plena, mas no sentido de uma estética da existência, onde a longevidade material é o que importa.

Nesse contexto, o aperfeiçoamento de si mesmo é algo constante, ocupa senão toda a existência dos sujeitos, ao menos a maior parte da arte de viver. Esse aperfeiçoar-se integralmente deve levar em conta tanto o ser em si, quanto a própria vida, não lhe excluindo nem o seu caráter natural, biológico, nem o seu conteúdo humano, social (FOUCAULT, 2013c). O que ocorre é que o corpo biológico é, ao mesmo tempo, meio e fim. É recipiente e veículo, conduz ao conhecimento e comporta a violência. É subjugado e revela-se, seja em meio ao que é prescrito como aceitável, como normal, seja por aquilo que lhe é objeto de diferenciação. A governamentalidade, por meio da biopolítica, admite certa liberdade entre os indivíduos, fundando-se nela para seguir prescrevendo quando e como devem ser eliminados os elementos considerados anormais, defeituosos ou deficientes, em função de um estado neoliberal, de uma governamentalidade que segrega para juntar ao mesmo. Permite-se certo alívio e permite-se à vida adquirir novos contornos. Nunca uma emancipação, mas sob o sabor de novas experiências, de reinvenções, ainda que sob as estratégias biopolíticas.

Assim, o processo de (re)formulação da vida humana, enquanto materialidade alcançável pela governamentalidade, não ignora as experiências individuais nem as práticas dos sujeitos, mas as organiza de forma ordinária, em que suas relações com o mundo exterior servem como base para o biopoder. Para Foucault (2013c), a experiência individual inscreve os sujeitos em si mesmos, torna-os possíveis e permite-lhes o exercício político e econômico, bem como as relações com os demais sujeitos. As práticas do si mesmo alimentam as

estratégias de governamentalidade que, ao lançar as táticas sobre as experiências individuais, coopta os sujeitos que contribuem com os regimes de poder, por opção (ainda que não completamente sabido) e não por obrigação. Os sujeitos são posicionados conforme um arranjo estatístico e suas experiências alimentadas por dados que convém a uma ordem econômica. Os limites são os limites que os ordenamentos burocráticos sugerirem, dando margem aos sujeitos para a negação desses limites, mas cooptando um número muito maior de adeptos e, assim, garantindo a emergência de novos regimes de poder, sempre que necessário. Acreditando primar por sua subjetividade, os sujeitos, em sua maioria, primam pela homogeneidade. Guiam e são guiados, a partir de relações de poder que, frequentemente, lhes passam despercebidas. É a partir dessas relações que os sujeitos estabelecem para si mesmos os modos de vida aos quais se submeterão ou renunciarão. Pode parecer que o sujeito é quem dá a palavra final para si mesmo, mas ele segue orientado por normalizações que visam igualá-lo dentro de certa coerência.

Ao agirem sobre si mesmos, os sujeitos procuram se conhecer, se aperfeiçoar e se transformar a partir do mundo exterior e da forma como é capaz de digeri-lo. Trata-se de um composto de tarefas que requerem certo tempo de amadurecimento e nunca para. Existe enquanto houver vida e reside na eliminação daquilo que configura os aspectos negativos dos indivíduos enquanto sujeitos. O autoconhecimento e o domínio sobre as próprias virtudes possibilitam a alguns sujeitos diferentes desempenhos e possibilidades de existência, mas, ao reconhecer, admitir ou rejeitar as funções que desempenham num dado momento de suas vidas, os sujeitos se encaminham para as transgressões das normas ou para a obediência em relação a elas. Aderindo ou refutando, têm-se, nessas relações, manifestações intrínsecas dos elementos sociais que constituem os sujeitos, de suas fraquezas e possibilidades, de suas adesões ou resistências, que fortalecem a vida e a potencializa (FOUCAULT, 2010).

Para Foucault (2010), no mundo moderno, muitas das ações sobre si mesmo obedecem a lógica liberal, em que toda moral se refere a, pelo menos, uma unidade de conduta, que nem sempre está pautada na moral propriamente dita ou difusa, mas implica na constituição dos sujeitos como seres moralizantes, sujeitos da moral, que aderem a norma por opção, mas mediante aos preceitos morais que ela implica. Entretanto, toda moral está pautada nos modos de subjetivação e, portanto, fazem parte dos ideais ascéticos e das práticas de si. Nesse sentido, os constantes exames de consciência, os cuidados com o corpo, os regimes sobre a saúde, a prescrição de exercícios físicos, o comedimento da satisfação, as indicações de meditações e leituras, os dados e tudo o que se busca registrar para corroborar com os regimes de verdade não são tão transparentes quanto parecem, não são exatamente o que parecem.

Devem ser constantemente reexaminados, vasculhados e destrinchados para que se possa efetivar alguma possibilidade subversão, ainda que mínima. Apropriando-se de verdades e utilizando-as em prol da vida, os sujeitos também as utilizam em prol de uma governamentalidade que está, também, em constante reelaboração. Que ao se fundar nos preceitos tecnobiológicos, também se expõe às constantes mudanças.

As prescrições, os registros, as palavras e toda a forma de nomear requerem um conjunto de atividades, de trabalhos diversos. De dissimulação sofisticada, capaz de ligar o si mesmo ao outro, mesmo nas relações desiguais de comunicação com outro. Isso é a essência de práticas que são individuais e sociais, fruto das disciplinas e da transferência de significados entre as gerações. O conhecimento e o saber sobre si mesmo não deixa de ser permeado pelo saber/poder, sendo necessário um nível de individuação muito raro, mas não impossível para lhes escapar. Segundo Foucault (2008b; 2010), para transgredir, o sujeito precisa se colocar constantemente em prova, avaliando se sua identidade está sob os preceitos da normalização e se há ou não uma renúncia de si. Deve examinar se aquilo que considera necessário para a manutenção de sua própria vida é, de fato, uma necessidade real, ou é uma necessidade construída, conformada. No que não é indispensável à manutenção da vida, reside uma possibilidade de resistência, certa independência.

Essa independência pode ser uma força motriz para o encorajamento dos indivíduos e também uma fonte de culpa e julgamento. Ao pensar em si mesmo, ou sobre si mesmo, os sujeitos operam aceitações ou negações quanto às representações do mundo. Requer a autoavaliação e exame constante quanto ao que depende de si e o que não depende, do que valoriza enquanto indivíduos e do que degenera enquanto sujeitos. É um processo de conversão de si para a posse sobre si, num movimento com algum nível de escolha sobre o caminho a seguir ou a forma de se comportar. Os estilos de vida não revelam qualquer verdade absoluta, mas conhecê-los permitiria a compreensão de uma nova concepção de ética, descolada dos velhos problemas morais. É nesse sentido que Foucault (2011; 2013c) afirma que a tarefa maior dos sujeitos é centralizar o processo de sua própria constituição, mas sem deixar de admitir alguma liberdade individual, mesmo que em segredo, mesmo que sob o véu da dissimulação.

Considerando essa complexidade nas mudanças das formas de poder, e compreendendo que o mundo indexado no modelo empresarial transforma o sujeito em um indivíduo que também está indexado como empresa, entendo que o Estado é passível de modelos de gestão fundados no neoliberalismo e na maximização da governamentalidade. Sob essa perspectiva, da biopolítica, das estratégias e táticas empenhadas, analiso as

convergências entre as práticas de gestão observadas no Brasil, sobre os processos relacionados aos transplantes, bem como analiso alguns desvios, algumas fissuras e procuro compreender os pressupostos da biopolítica e da governamentalidade que permeiam os processos de normalização e homogeneização relacionados aos transplantes. Para realizar essas análises foram necessários alguns levantamentos sobre os transplantes de órgãos, que apresento a seguir.

#### 4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Nesta etapa discorro sobre os transplantes, essa inovação que dependeu de uma série de outras inovações para ser possível e que é o resultado da busca incessante da humanidade no sentido de prolongar a vida. Desde as lendas mais remotas até os registros dos primeiros transplantes de órgãos realizados foram muitos os percalços e as tentativas. O surgimento dos transplantes, como uma técnica viável, mudou a forma de se pensar a saúde e foram requeridos novos procedimentos de gestão a partir dessa mudança no universo médico. Precisou ser elaborada uma legislação específica e novas demandas foram estabelecidas. No âmbito da normalização no mundo dos transplantes, o direito se faz como importante instrumento da biopolítica, mas não como o único meio para isso, já que a mídia, os sistemas de gestão e a própria sociedade corroboraram constantemente para que seja efetivado um constante vigiar sobre temas como a doação de órgãos, por exemplo. Nesse sentido, são apresentados, a seguir, os sistemas de controle e gestão dos transplantes, algumas questões legais, a problemática das doações de órgãos, as listas de espera por órgãos e a comercialização de órgãos, legalizada apenas no Irã.

##### 4.1 O SURGIMENTO DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Em primeiro lugar, é preciso entender que o transplante se trata de um procedimento cirúrgico substitutivo, caracterizado por introduzir no corpo de um indivíduo, uma ou mais partes – órgãos e tecidos – do corpo de outro indivíduo, vivo ou morto, a fim de recuperar a função perdida pela parte substituída (PARILLI, 2010; DINIZ, 2006). Tentativas nesse sentido, sejam os relatos fantasiosos ou não, são mencionadas nas histórias contadas pela humanidade há muitos e muitos anos. A mitologia oriental e os contos ocidentais, vez ou outra, trouxeram a temática à tona e, o que parecia um tanto bizarro, acabou por se tornar possível com o aprimoramento das tecnologias mecânicas e dos avanços farmacológicas. A luta contra a finitude fez com que o ser humano buscasse, incessantemente, alternativas viáveis para evitar a morte. Essa busca, no entanto, não ocorreu de forma harmoniosa e sempre satisfatória. Entre tentativas e erros algumas conquistas foram alcançadas e alguns ganhos na área médica puderam ser compartilhados.

O imaginário e/ou a experiência humana permitiram relatos de tentativas de preservação da vida humana que remetem a um tempo muito anterior à Idade Média. De acordo com Pereira (2004), o povo hindu foi pioneiro no processo de reconstrução facial, cerca de 800 anos antes da era cristã. Séguin (2005) aponta que os egípcios foram os primeiros a realizar implantes de membros artificiais, aproximadamente há três mil anos. Para Santos (1992), outros povos também vêm tentando, há muito, realizar transplantes de órgãos, como os chineses, os gregos e os americanos pré-colombianos. Esses dois últimos tendo deixado vestígios da realização de transplantes de dentes. Mas o fato é que essa extensa fixação do ser humano pelos transplantes resultou em possibilidades factíveis e foram muitos os fatores contribuintes para o que se tem sobre isso nos dias atuais. Já a tradição chinesa indica que o cirurgião Pien Chiao foi um dos primeiros médicos a realizar um transplante bem-sucedido, entre dois irmãos, aproximadamente 300 anos antes de Cristo. Mas as primeiras tentativas de que se têm registros mais concretos ocorreram nos hospitais do Ocidente (LEITE, 2000).

No século XII disseminou-se o conto dos santos Cosme e Damião, que, enquanto vivos, eram praticantes da medicina como caridade e, que, já após suas mortes, em uma aparição milagrosa teriam transplantado a perna de um homem (cadáver) negro em um homem branco. Nos séculos XV e XVI, quando ocorreram as primeiras tentativas de utilização de tecidos vivos, as operações foram frustradas, pois, mesmo com o surgimento de alguns avanços técnicos nesse período, os procedimentos para o explante ainda eram precários e ainda não estavam descartadas as infecções (LIMA, et al, 1997; LEITE, 2000; BARCELOS, 2009a).

De acordo com Cardoso (2002) e Catão (2004), o primeiro a utilizar a expressão transplante foi o cirurgião inglês John Hunter, no século XVIII. Esse médico acreditava que o sexo do paciente influenciava no sucesso dos transplantes. E as técnicas relacionadas a esse procedimento seguiram envolvendo muitos riscos, mas foram sendo aperfeiçoadas, permitindo que os transplantes fossem considerados, de fato, uma técnica terapêutica há muito pouco tempo. Conforme traz Cardoso (2002), o progresso na área de cirurgia plástica, na Itália, entre os séculos XII e XIV, também foram responsáveis pelos avanços nas técnicas de transplantes. O cirurgião Antônio Branca desenvolveu a técnica dos enxertos de pele ao tratar ferimentos. E o cirurgião Gasparo Tagliazzo desenvolveu técnicas cirúrgicas para cortes por incisão. Outro precursor nas técnicas cirúrgicas de transplante foi o cirurgião francês Ambroise Paré, no século XVI, que descobriu a ligação das artérias, idealizou membros e olhos artificiais e realizou implantes dentários. O médico também inovou na criação e

utilização de instrumentos cirúrgicos, desenvolveu técnicas de operação de lábio leporino e descobriu que a sífilis era uma das causas para aneurisma da aorta (LEITE, 2000).

Contudo, os registros mais factíveis sobre os feitos dos transplantes só remontam aos séculos XIX e XX com o surgimento da cirurgia moderna, que trouxe alguma margem de segurança para tais procedimentos. A inclusão de procedimentos como o refinamento instrumental, o uso de anestesia, os procedimentos de assepsia, a administração de antibióticos e as medidas de combate à rejeição possibilitaram a aglomeração de um *corpus* de saber que formulou os procedimentos para a realização de transplante de órgãos e tecidos como partes de um método científico. Segundo Santos (1992) e Carneiro (2007), foi só no ano de 1880, na Escócia, que ocorreu o primeiro transplante ósseo bem-sucedido. E em 1887 foi extirpada a diáfise umeral de uma criança de três anos, que teve, no lugar do membro amputado, a colocação de implantes de cunhas ósseas.

Chaves (1994) e Cardoso (2002) apontam que foi a partir de 1910 que se intensificaram os experimentos com enxerto de pele e também de rins e, em 1936, foi a primeira vez em que um rim humano foi transplantado, na Rússia, pelo cirurgião Voronoy, tendo sobrevivido o paciente transplantado por apenas três dias. Em 1950, na França, foi realizado um transplante intra-abdominal em que um rim foi obtido de um indivíduo com o mesmo fator sanguíneo do indivíduo receptor, que sobreviveu por 52 dias. No ano seguinte, foram registradas mais oito tentativas de transplantes de rins ainda na França e nove tentativas nos EUA. Mas o primeiro transplante de rim com doador vivo ocorreu somente no ano de 1952, na França. O paciente receptor viveu por mais 22 dias. O segundo procedimento desse tipo ocorreu em 1954, nos EUA.

Catão (2004) conta que foi necessário que houvesse alguma evolução das técnicas cirúrgicas para a realização de transplantes, o que só ocorreu com a descoberta feita por Jean Dausset em relação aos grupos de tecidos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA). A partir do conhecimento desses tecidos é que foi possível identificar a compatibilidade ou não entre o doador e o receptor de um órgão. Ou seja, se verificou que era preciso haver compatibilidade imunológica dos tecidos para que fosse possível a realização de um transplante. Também foram cruciais os avanços nas técnicas de anastomoses, isto é, o aperfeiçoamento das técnicas para promover a comunicação direta ou indireta entre vasos, canais, nervos ou fibras musculares. Os conhecimentos adquiridos sobre o conjunto dos mecanismos de defesa do organismo contra as substâncias nele introduzidas, ou seja, o avanço na área da imunologia, junto aos ganhos tecnológicos na indústria farmacêutica, que resultou na criação de drogas

capazes de agir na divisão celular com propriedades anti-inflamatórias, também tiveram forte influências para o desenvolvimento e viabilidade dos transplantes.

Mas foi só na década de 1960 que os transplantes ganharam proporção. Em 1963 ocorreu o primeiro transplante de pulmão, seguido pelos transplantes de pâncreas, em 1967, e de medula óssea, em 1970. Foram essas as cirurgias que marcaram a história dos transplantes, em especial a cirurgia realizada em 1967, na África do Sul, em que o cirurgião Christian Bernard implantou, na comerciante Louis Washkansky, o coração de Denise Ann Darvall, uma mulher de vinte e cinco anos, falecida em decorrência de um acidente de trânsito que resultou em morte cerebral. Essa intervenção foi o marco para as discussões em torno dos transplantes, tanto na área médica quanto na área jurídica. Pois, afinal, como determinar, com segurança, a morte cerebral do possível doador? Isso sem contar a problemática da rejeição e da baixa probabilidade de sobrevivência do implantado. Louis só sobreviveu cinco dias após o transplante (ROZA et al. 2006; LOPES, 2014).

Ainda assim, só no ano de 1968 foram transplantados mais de cem corações em todo o mundo, dos quais 54 corações foram transplantados nos Estados Unidos da América (EUA) e outros 10 na França. Não se tem registro de que esses receptores tenham sobrevivido mais do que um ou dois anos, pois, ao que se sabe, as infecções pós-operatórias foram obstáculos muito complexos e difíceis de superar naqueles anos. As décadas seguintes seguiram com as experiências nos transplantes cardíacos e, em 1987, houve a experiência mais impactante em que três corpos foram envolvidos no transplante, um morto e dois vivos. O indivíduo número 1 sofreu um acidente que ocasionou sua morte cerebral e o paciente número 2 recebeu do indivíduo número 1 os seus pulmões e seu coração. Por questões de compatibilidade, o coração do indivíduo número 2, que estava em bom estado, foi transplantado num terceiro indivíduo. Isso ocorreu no Hospital Johns Hopkins, nos EUA, em uma cirurgia que demorou quase um dia todo (LEITE, 2000). Ainda, segundo as pesquisas de Leite (2000), essas experiências fizeram com que houvesse um contínuo avanço nos tratamentos das rejeições e infecções que comprometiam o paciente transplantado. Isso fez com que a sobrevivência desses pacientes fosse aumentada.

Nesse caminho, a própria noção de morte foi sendo moldada conforme os anseios daqueles que tinham os meios para defini-la, seja em termos físicos ou conceituais. Da morte simbólica e cheia de contornos místicos, pautadas nas religiões e na espiritualidade, passamos a uma morte segmentada (VERAS, 2015). Não que a abordagem religiosa em torno da morte tenha sido abandonada, mas foi agregada a ela outros critérios e contornos. Agora, a morte encefálica é tida como critério último para se definir a morte. Quanto aos demais órgãos



humanos, existem equipamentos e técnicas avançadas para substituí-los, ainda que temporariamente, e assim, protelar outras mortes que não a cerebral. Em outras palavras, se o cérebro ainda funciona, a morte é driblada, fazendo um remendo aqui, outro ali. Isso pode durar alguns instantes ou mesmo anos. Termos como ressuscitar, implantes, respiração mecanizada e tantas outras expressões distintas dos conceitos atrelados à saúde, passaram, assim, a compor o vocabulário médico.

Se um coração para, é possível substituí-lo, se os rins não funcionam, pode-se implantar um novo. Se o fígado já não serve mais para esse corpo, procura-se outro. Seria tudo simples assim, não fossem as questões éticas envolvendo o problema vida-morte e um detalhe muito expressivo, o fato de não haver órgãos disponíveis por aí. De todos os órgãos, os rins, parte do fígado, parte do pulmão e parte do pâncreas podem ser doados em vida. Os demais órgãos requerem um doador com morte encefálica (VERAS, 2015). Como é possível concluir, morte e vida andam lado a lado na medicina quando o assunto é o transplante de órgãos. Assim, esse episódio da luta contra a finitude requer que ocorra a própria finitude para ser viável.

Da mesma forma, saúde e doença seguem coexistindo e perpassando os mesmos cenários. Órgãos doentes precisam ser substituídos por órgãos sãos. Vejam que ironia, alguém sadio precisa morrer para que alguém doente protele sua partida. E o acaso e a fatalidade são de suma importância para que haja sintonia nesse processo, já que não se pode sair por aí matando gente sadia para conseguir alguns órgãos para pessoas convalescentes. Ou pode?<sup>1</sup> Pois bem, vou me ater aqui ao aspecto operacional e histórico da prática dos transplantes que, de acordo com Sá (2003), surge da intenção de evitar a morte substituindo órgãos doentes do corpo moribundo por outros órgãos saudáveis e vem sendo objeto de tentativas que remontam à medicina mitológica, ou seja, há cerca de três mil anos atrás.

Após séculos de tentativas, estudos e pesquisas, os transplantes tornaram-se possíveis e começaram a dar resultados considerados positivos. Atualmente há toda uma cena própria ao mundo dos transplantes, bem como regras, procedimentos e normatizações. Há cuidados específicos envolvendo as etapas de um processo cirúrgico de transplante, que inclui os procedimentos de explante – retirada do órgão ou tecido do corpo do doador, armazenamento e transporte e o implante – colocação do órgão ou tecido no corpo do receptor. O tempo de preservação de órgãos como o coração e o pulmão, fora do corpo, varia entre 4 e 6 horas, enquanto o fígado dura entre 12 e 24 horas e os rins até 48 horas (GARCIA; FARACO, 2015).

---

<sup>1</sup> Na china, os prisioneiros condenados à morte eram legalmente submetidos à doação compulsória de órgãos (COHEN; BUCCI, 2011), o que só mudou a partir de 2015.

Há ainda, definições para diferentes tipos de transplantes, como o autotransplante – transferência de um tecido de um lugar do corpo para outro no mesmo indivíduo, o isotransplante ou transplante isogênico – transferência de órgãos ou tecidos entre indivíduos com características genéticas idênticas, o alotransplante ou homotransplante – entre indivíduos da mesma espécie e com características genéticas distintas e o xenotransplante ou heterotransplante – entre indivíduos de espécies diferentes – (BEZERRA et al, 2012; MENEZES, 2014).

Segundo Leite (2000), até a década de 1990, o coração, o pulmão, o fígado e os rins eram os órgãos mais utilizados para os transplantes, seguidos pelas córneas, ossos, tendões, pâncreas e medula óssea. Já nos anos 2000, os transplantes de rins, medula óssea e córnea eram os mais comuns (CATÃO, 2004). Atualmente, os rins continuam sendo os órgãos mais transplantados, mas em segundo e terceiro lugar estão os transplantes de fígado e coração (ABTO, 2016). A evolução da medicina, aliada aos avanços tecnológicos, seguiram em busca do prolongamento da vida e a década de 80 foi a mais frutífera no que compete aos avanços na área de transplantes. O surgimento de drogas como a ciclosporina e o tacrolimus, e a padronização nos procedimentos de retirada e conservação dos órgãos, permitiu a retirada de múltiplos órgãos de um mesmo doador cadáver, resultando em melhor aproveitamento dos transplantes de rins, fígado e coração, o que talvez seja um dos pontos que justifique o maior número de transplantes desses órgãos, cuja taxa de sobrevivência dos transplantados era, em 2004, de 80% em média (PEREIRA, 2004). Outro aspecto ligado ao maior número de transplantes de rins e fígado, em relação aos demais, é o fato de que esses dois órgãos podem ser transplantados entre doadores e receptores vivos.

Abaixo, um resumo sobre as lendas e fatos que cercam a história dos transplantes:

Quadro 01 – Síntese da História dos Transplantes / Implantes

<b>Período/Ano</b>	<b>Acontecimento/Lenda</b>	<b>Local</b>
Era Pré-Colombiana	Implante de dentes artificiais	América
1000 a.C.	Implantes de membros artificiais	Egito
800 a.C.	Reconstrução facial realizada pelo povo Hindu	Território ocupado atualmente pela Índia

300 a.C.	Pien Chiao realiza transplante entre dois irmãos (não se sabe quais foram os órgãos)	China
Século XII	A lenda da operação milagrosa de transplante de perna, realizada por Cosme e Damião	Roma
Séculos XIII e XIV	Progresso na área de cirurgia plástica, responsáveis pelos avanços nas técnicas de transplantes	Itália
Séculos XV e XVI	Tentativas de utilização de tecidos vivos	Europa e EUA
1564	Ambroise Paré desenvolveu as técnicas cirúrgicas de transplante, descobriu a ligação das artérias, realizou transplantes dentários, criou e utilizou instrumentos cirúrgicos e desenvolveu técnicas de operação de lábio leporino, descobriu que a sífilis estava relacionada ao aneurisma da aorta	França
Século XVIII	John Hunter usa pela primeira vez o termo transplante	Inglaterra
Séculos XIX e XX	Surgimento e avanço da cirurgia moderna	Várias partes do mundo
1880	Realização do primeiro transplante ósseo bem-sucedido	Escócia
1887	Colocação de implantes de cunhas ósseas	Escócia
1910	Intensificação dos experimentos com enxerto de pele e também de rins	Alemanha
1936	Primeira vez em que um rim humano foi transplantado	Rússia

1937	Peter Gorer descobre o Sistema HLA	Inglaterra
1950	Realizado de transplante intra-abdominal, com rim de doador com o mesmo fator sanguíneo do receptor	França
1952	Realização do primeiro transplante de rim com doador vivo	França
1954	É realizado o segundo transplante intervivos	EUA
1958	Dausset descobriu o primeiro antígeno humano, denominado HLA-A	França
1960	Os transplantes ganharam proporção enquanto possibilidades concretas	Vários países do Ocidente
1963	Realização do primeiro transplante de pulmão	EUA
1967	Realização do primeiro transplante de pâncreas	EUA
1967	O cirurgião Christian Bernard implantou na comerciante Louis Washkansky, o coração de Denise Ann Darvall	África do Sul
1968	Foram transplantados mais de cem corações em todo o mundo	Várias partes do mundo, com destaque para EUA e França
1970	Realização do primeiro transplante de medula óssea	Holanda
1972	Descoberta da ciclosporina (disponível a partir de 1979)	Suíça
Décadas de 1970 e 1980	Expansão das experiências de	Várias partes do mundo

	transplantes cardíacos	
1984	Surgimento da tacrolimus	Japão
1987	Realização de transplante envolvendo três indivíduos, um morto e dois vivos	EUA
Décadas de 1990 e 2000	Avanço de técnicas e equipamentos mecânicos, auxiliares nos processos cirúrgicos	Várias partes do mundo
Década de 2000	CPI do Tráfico de Órgãos	Brasil
Década de 2000 e 2010	Intensificação nas tentativas de coibir o comércio e o tráfico de órgãos	Várias partes do mundo

Elaborado pela autora.

A história dos transplantes, como aponta Leite (2000), segue marcada por aspectos considerados como avanços e conquistas e tentativas nem sempre tão bem-sucedidas, mas, ao longo dos anos, os procedimentos foram se tornando tecnicamente mais confiáveis. Foi no decorrer do século passado que muitas das experiências relacionadas aos transplantes trouxeram avanços, mas a sobrevida dos enxertados ainda era muito baixa. O avanço tecnológico, entretanto, fez com que o sofrimento, durante e pós-cirurgia, fosse reduzido. As cirurgias de transplantes de fígado, por exemplo, vinte anos atrás tinham duração de vinte e quatro horas e, atualmente, duram, em média, cinco horas. Já a recuperação pós-cirúrgica tem levado cerca de duas semanas.

Quanto à sobrevida dos pacientes, os dados são muito dispersos já que há diferentes situações a se considerar, como a característica vital ou não para o corpo humano. Mas é fato sabido que há pessoas que tiveram aumentado significativamente os anos de sobrevida após o transplante de órgãos vitais, como o coração. De acordo com o médico João Davi de Souza, em entrevista ao Diário do Nordeste, em 2011, 94% dos transplantados de coração sobrevivem após o primeiro ano da cirurgia, enquanto 75% sobrevivem aos cinco primeiros anos e 60% chega aos dez anos pós-transplante. Dados mais recentes, de 2016, apontam que a sobrevida dos pacientes depois de cinco anos após a cirurgia é de 60% para os transplantes de fígado e pulmão, 70% para os transplantes de coração e 80% para os transplantes de rim (BRASIL, 2016).

Todas essas construções em torno dos transplantes compõem uma história que é, também, parte da história da medicina. Os avanços, as perdas, os novos critérios e as mudanças na concepção de vida e morte vão sendo modificados na medida em que a medicina vai “avançando”, ainda que apoiada em outras áreas. O saber/poder da medicina ultrapassa o alcance dos demais conhecimentos, os incorpora e os legitima. O imaginário humano, a busca pela longevidade e até mesmo as tentativas de perpetuar a vida foram o ponto de partida para as buscas na área médica. E, no mundo moderno, foi no âmbito da medicina que os conceitos de vida e morte passaram a ter as mais significativas mudanças, ainda que chanceladas pelo direito. Os governos, legitimados por esses dois saberes, incorporaram a vida e a morte sob um novo aspecto, o da gestão. O que se sabe sobre os transplantes e as mudanças que eles ainda suscitam na sociedade, bem como as possibilidades que ainda não foram completamente exploradas na área, e as informações e os levantamentos disponibilizados, sempre chancelados por dados numéricos, demonstram como a biopolítica foi sendo construída historicamente, a partir das invenções e transformações na forma de tratar a saúde e/ou a doença, nas mudanças nas formas de poder e nas demandas que as inovações biotecnológicas acrescentam à sociedade capitalista. Isso tudo caracteriza, excepcionalmente, o que Foucault (1979; 2008a; 2008b) definiu como biopolítica, e é sob essa perspectiva que optei por apresentar, ainda que sumariamente, o desenrolar da história dos transplantes, à qual dou sequência no tópico a seguir, mas, agora, expondo o percurso brasileiro e tratando da organização desse fenômeno no Brasil.

#### 4.2. OS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NO BRASIL

O primeiro transplante realizado no Brasil foi o de córnea e aconteceu no ano de 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O responsável foi o professor Hilton Rocha. Em 1964 tiveram início os transplantes renais. Já o primeiro transplante de coração realizado no Brasil, foi também o primeiro da América Latina, e ocorreu no ano de 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Zerbini foi o médico responsável pela cirurgia. Nesse mesmo ano foram realizados transplantes de fígado, intestino e pâncreas. No ano seguinte, a equipe do médico Marcel Machado realizou duas tentativas de transplantes na Faculdade de Medicina de São Paulo. O

resultado técnico foi considerado bom, mas a sobrevida foi de 30 dias (CARDOSO, 2002; LEITE, 2002; CARNEIRO, 2007; FERNANDES; GARCIA, 2010).

De acordo com Fernandes e Garcia (2010), por aqui os resultados também não foram animadores, o que ocasionou uma suspensão da maioria dos procedimentos no início da década de 1970, exceto os transplantes de rins. Foi apenas a partir da descoberta da possibilidade do uso da ciclosporina como medicamento imunossupressor, já na década de 1980, que resultados mais profícuos foram alcançados. Em 1985, o médico Silvano Raia realizou, também na Universidade de São Paulo, o seu primeiro transplante intervivos de sucesso, em que enxertou o lobo hepático em uma criança.

Quanto ao sucesso das cirurgias e a sobrevida dos pacientes, devido às questões relacionadas à rejeição e infecções, bem como o desenvolvimento de técnicas e equipamentos para os procedimentos cirúrgicos desta ordem, no Brasil, a história dos transplantes não se difere significativamente do que aconteceu no mundo, isso, é claro, se levada em conta a medicina moderna, já que não encontrei registros ou menções sobre tentativas empreitadas aqui em épocas passadas. Nesse sentido, o que considero importante saber sobre as especificidades brasileiras reside nos aspectos culturais e legais e no sistema responsável por gerir esse processo. E, a seguir, passo à apresentação do processo envolvendo os transplantes de órgãos no Brasil.

#### **4.2.1 O Processo Envolvendo os Transplantes de Órgãos no Brasil**

Algo é muito interessante sobre a realização de transplantes no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral ao paciente transplantado. Independente da classe social, renda, credo ou raça, o princípio que deve orientar as filas e os procedimentos de transplantes é o da equidade. Havendo ou não recursos econômicos disponíveis para o tratamento por parte dos pacientes, os mesmos não devem desembolsar um único centavo para a cirurgia de transplante, pois o objetivo do SUS é assegurar, a qualquer indivíduo, o direito à lista única de espera para o recebimento de órgãos e o acesso à cirurgia (BRASIL, 2006).

Um dos principais destaques apontados pelo Ministério da Saúde, como de grande importância para o processo de gestão envolvendo os transplantes, é o investimento na qualificação das equipes diretamente relacionadas às cirurgias, a partir do pacto pela saúde

2006. De acordo com o órgão, isso tem feito aumentar o número de equipes habilitadas, que, atualmente, passa de 200 equipes. Quanto à realização das cirurgias, em 1997 foi alcançada a marca de 2.127 transplantes. Quatro anos depois, foram realizados 3.916 procedimentos cirúrgicos. A maior parte dos cirurgiões realizou pós-graduação na Europa ou EUA, com financiamento do governo brasileiro (BRASIL, 2016c).

O Brasil acabou se tornando referência na realização de transplantes e hoje financia mais de 95% dos procedimentos realizados no país, sendo o restante financiado pelos planos de saúde ou pelo próprio paciente. Os responsáveis pelos órgãos que organizam os investimentos federais no sistema de transplantes indicam que o objetivo desses investimentos é o acesso igualitário a esse tipo de tratamento, contudo, há alguns percalços nesse sentido. A desigualdade ocasionada pela renda, poder político ou acesso à informação impera também aqui. A tese defendida em 2016 por Sônia Maria Marinho de Souza aponta que os candidatos a transplante são iguais apenas na necessidade de obter um órgão disponível, mas são desiguais para a obtenção em si, de acordo com a inserção social, as desigualdades regionais, gênero, raça e condição socioeconômica, o que impede o acesso igualitário aos procedimentos necessários a reabilitação dos pacientes menos abastados (SOUZA, 2016).

Mas o que parece importar em termos de política pública são apenas os dados estatísticos e, nos últimos anos, essas foram as únicas informações disponibilizadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Os números sinalizam para o aumento no número de cirurgias realizadas, indicando que foram realizados no ano de 2015, 13.861 transplantes de córneas, 5.556 transplantes de rins (sendo que apenas 1.172 rins foram provenientes de doadores vivos), 1.809 transplantes de fígado, 353 transplantes de coração e 74 transplantes de pulmão. Os estados que mais se destacaram foram o Rio Grande do Sul (67,0 por milhão de habitantes – pmp), São Paulo (64,9 pmp) e Distrito Federal (61,7 pmp). O Brasil é o segundo em número absoluto de transplantes renais e hepáticos (ABTO, 2016).

No Brasil é estipulado que se respeitem as questões culturais quanto à doação de órgãos e o transplante de um órgão de uma pessoa falecida é permitido apenas mediante a autorização de um membro da família, independente da vontade expressada em vida pelo indivíduo morto. Mas as campanhas publicitárias não parecem estar de acordo com esse princípio. Outro número ao qual é dado destaque é que, em 2016, 41.236 pessoas aguardavam na lista de espera para receber um órgão, sendo o rim o órgão de maior procura, com 25.077 pessoas à espera. Questões religiosas e desconfiança quanto aos procedimentos de determinação da morte encefálica estão entre os fatores que dificultam a doação de órgãos no Brasil e são amplamente criticadas pela mídia e, em alguma medida, pelas pessoas em geral.



A maior parte das religiões praticadas no país não se opõe a doação de órgãos, mas há aqueles que pertencem àquelas que têm algumas restrições, como o caso das testemunhas de Jeová, que só permitem o transplante no caso de órgãos em que não ocorra a contaminação por sangue. O judaísmo permite a doação desde que o receptor seja conhecido, a fim de evitar o descarte indevido do órgão retirado, já que o corpo é, para os judeus, algo sagrado. E além das questões religiosas há ainda a questão ética, que foi levada em conta ao ser definido que, no Brasil, a doação de órgãos jamais poderia ser objeto de negociação, devendo seguir parâmetros transparentes, pautados nas necessidades do receptor, evitando sempre, qualquer prática que favoreça indiscriminadamente algum comércio ou favorecimento de um sujeito em detrimento do direito de outro, seja por questões financeiras ou de influência social.

Visando sanar as inúmeras questões em torno da doação de órgãos, foram regulamentadas a prática da doação e os demais processos envolvendo os procedimentos de transplantes, como o diagnóstico de morte encefálica, por exemplo. É o tipo de morte (cardiorrespiratória ou encefálica) que indica a possibilidade que um indivíduo tem de se tornar um doador de órgãos sólidos efetivos<sup>2</sup> (nos casos em que não há possibilidade de transplantes intervivos). Para determinar a morte cerebral, no entanto, é preciso ter a certeza de que uma pessoa está, de fato, morta, sem qualquer possibilidade de recuperação, o que ainda não foi muito bem esclarecido ou resolvido para muitos, inclusive para os médicos. Esse tipo de morte se dá, geralmente, após traumatismos cranianos ou acidentes vasculares. (BRASIL, 2016b).

Depois de constatada a morte encefálica é preciso manter o corpo em funcionamento, a fim de preservar os órgãos e seguir para a busca da autorização da família, que deve ser consultada e orientada sobre todo o processo envolvendo a doação de órgãos e, após seis horas de diagnosticada a morte, deve-se realizar um segundo teste para que ela seja confirmada. Ao concordar com a doação, o familiar responsável assina um termo autorizando a retirada dos órgãos. Lembrando que de um mesmo doador pode-se retirar vários órgãos, sendo mais comumente transplantados o coração, pulmão, fígado, pâncreas, intestino, rins, córneas, vãos, pele, ossos e tendões. A prioridade de retirada dos órgãos é sempre para aqueles que duram menos tempo fora do corpo (BRASIL, 2016a).

De acordo com o Portal Brasil (BRASIL, 2016a), há 27 centros de notificação integrados onde os dados do doador são cruzados com as informações da fila de espera, a fim

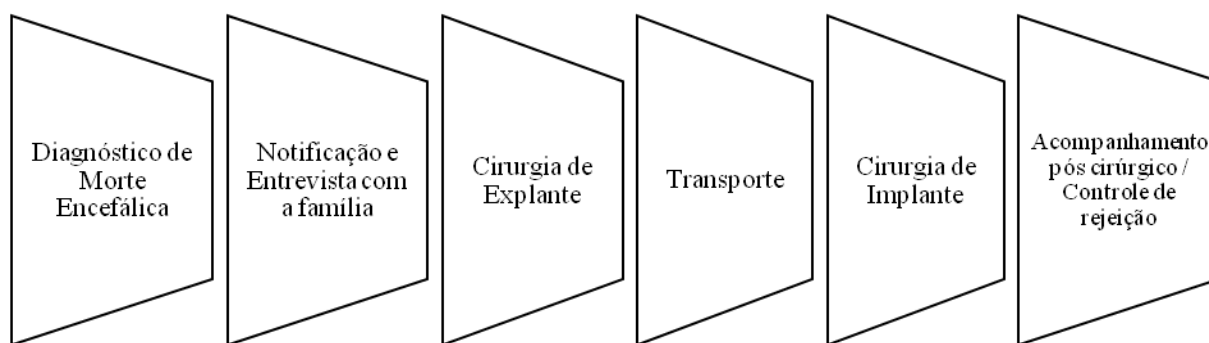
---

<sup>2</sup> De acordo com a ABTO, o doador efetivo é aquele que tem os órgãos utilizados em um ou mais procedimentos de transplante, enquanto os doadores potenciais são os indivíduos identificados para a doação que, mesmo mediante a autorização da família, não têm, pelo menos, um órgão aproveitado para transplante.

de conformar a doação com a urgência e condições do paciente. Feita a checagem e constatada a possibilidade de realização o transplante, os profissionais trabalham em ritmo acelerado, a fim de não ultrapassar os limites para a retirada dos órgãos e a preservação durante o transporte. Quando os órgãos são de um indivíduo que faleceu em Estado diferente de onde se encontra o receptor, o Ministério da Saúde disponibiliza transporte aéreo, o que é possível a partir de um acordo de cooperação com companhias aéreas que transportam os órgãos sem cobrar para isso. Em 2015, foi viabilizado o transporte de 1.274 órgãos e 2.628 tecidos. Recentemente, o presidente em exercício determinou que a Força Aérea Brasileira também deve fornecer apoio ao transporte de órgãos e tecidos, quando solicitados pela Central Nacional de Transplantes (BRASIL, 2016c).

Vencido essa etapa do transporte, segue-se para o procedimento de implante dos órgãos explantados do doador. Depois, ainda é preciso que haja um acompanhamento intensivo do paciente transplantado, já que o pós-operatório é determinante para o sucesso da cirurgia, bem como fatores como as condições dos órgãos recebidos e o estado geral de saúde do paciente, que se valerá do uso de imunossupressores para o resto de sua vida. Todas as etapas envolvendo o processo de captação, doação e transplantes de órgãos são muito complexas e envolvem basicamente as seguintes atividades:

Figura 03 – Etapas do Processo de Transplantes



Elaborado pela autora.

Para que todas essas etapas sejam cumpridas é necessário que exista a disponibilidade não apenas de uma estrutura adequada, como também é importante que seja realizado um minucioso planejamento de todo o processo, para assim, alcançar o que as centrais consideram resultados mais positivos (maior número de transplantes). Para Freire et al (2015) esse processo deve ser composto por recursos físicos, materiais, humanos e de uma estrutura organizacional. É de suma importância que ocorra um minucioso planejamento, capaz de

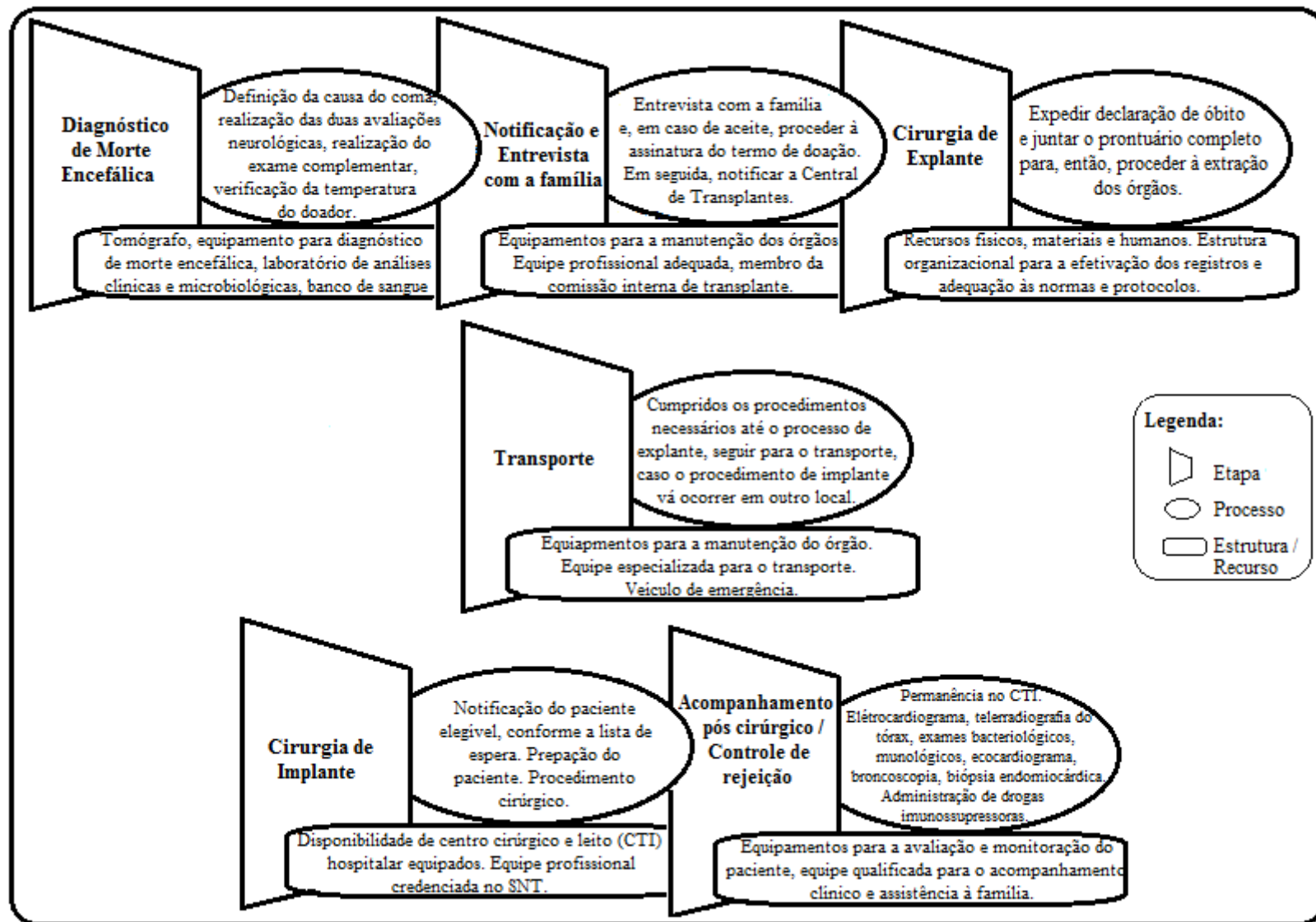
viabilizar a identificação e notificação da disponibilidade de órgãos, a avaliação clínica do doador, a manutenção dos órgãos doados, o diagnóstico de morte encefálica, a entrevista familiar e o preparo da documentação.

Embora exista uma legislação e normativas em âmbito federal, cada Estado pode organizar o processo de transplante considerando algumas de suas particularidades, de acordo com as questões geográficas ou estruturais/tecnológicas. Isso interfere nos tipos de transplantes que são realizados, nas condições de transporte para pacientes e nos órgãos disponíveis. Contudo, os critérios legais são os mesmos em todo o território nacional, o que se diversifica são as atividades que podem ocorrer, em âmbito estadual, considerando a disponibilidade de recursos de cada estado, principalmente no que se refere à mão de obra.

Para que todas as etapas sejam efetivadas, e os procedimentos de transplantes sejam bem-sucedidos, incluindo a sobrevida do paciente, é preciso que se cumpram uma série de medidas técnicas, legais e operacionais. Nesse sentido, para cada fase do processo de captação, notificação e disponibilização de um órgão para transplante, até o processo de recuperação do paciente transplantado, são necessários recursos, procedimentos, planejamento e controle. Tanto no aspecto financeiro quanto operacional trata-se de um processo muito dispendioso, e que requer muitos investimentos financeiros (BRASIL, 2006), em formação e conscientização (não apenas em relação aos doares e pacientes em fila de espera, mas também de todos os envolvidos profissionalmente – falo disso mais adiante –).

Na sequência, faço um esboço do processo e estrutura envolvidos em cada etapa.

Figura 04 – Etapa, Processo e Estrutura para a Efetivação dos Transplantes



Elaborado pela autora.

Observem que há todo um aparato que antecede o momento da captação de órgãos, como o credenciamento de centrais junto ao SNT, a formação de comissões internas e a orientação de profissionais de saúde que atuam em ambiente hospitalar. Mas, cumprindo os requisitos iniciais, há uma sequência de eventos e procedimentos a ser seguida a partir da detecção de um potencial doador, a começar pelo diagnóstico de morte encefálica. Nesta etapa deve ser esclarecida a causa do coma, além da realização de duas avaliações neurológicas, exame complementar e checagem da temperatura corporal que deve estar acima de 35°C (FREIRE et al, 2015).

Feitas as checagens necessárias para confirmar a viabilidade da doação, um médico deve informar à família sobre o óbito do paciente, só depois de informada a morte e respeitado o luto da família (mas isso é o que acontece?)<sup>3</sup>, é que poderá ser realizada a entrevista para a doação de órgãos. Essa etapa deve ser realizada por um profissional credenciado pelo SNT, a fim de ser informada da possibilidade de doação de órgãos. Somente a partir do consentimento da família é que pode ocorrer a notificação de disponibilidade à Organização de Procura de Órgãos (OPO) e, a partir daí, são tomadas as providências para a captação dos órgãos que serão doados (SANTOS et al, 2014).

Entre o período de confirmação da morte encefálica, entrevista com a família do potencial doador e notificação da disponibilidade dos órgãos, em caso de aceitação da família, é preciso manter o corpo do doador em condições adequadas. Para o processo de checagem da morte e manutenção do corpo é necessário que o hospital disponibilize de tomógrafo, equipamento para diagnóstico de morte encefálica, laboratório de análises clínicas e microbiológicas, banco de sangue e um leito com dois pontos de oxigênio. Ademais são necessários dois pontos de ar comprimido, um ponto de vácuo, oito tomadas, espaço físico com área maior que 10m<sup>2</sup>, distância de 1m entre as paredes, 1,2m para a cabeceira, boas condições de visualização, iluminação e climatização, ventilador mecânico, válvulas redutoras, oxigênio, aspirador e conexões, ressuscitador manual, monitor multiparâmetros, bombas de infusão, glicosímetro, eletrocardiógrafo e radiologia móvel. Além de uma equipe que conte com um coordenador de enfermagem e fisioterapia, um médico e um enfermeiro plantonista a cada 10 leitos, um técnico em enfermagem para cada 2 leitos, um médico diarista, um neurologista ou neurocirurgião, um médico neurosonologista ou um

---

<sup>3</sup> Alguns autores (PESSOA et al, 2013; ROSÁRIO et al, 2013; PIERRO, 2015) apontam que a inabilidade em lidar com a família, incluindo a abordagem durante o período de luto, é uma das causas principais para a negação em doar os órgãos de seus entes queridos. Em uma pesquisa realizada por ROSÁRIO et al (2013), famílias relataram que foram abordadas de forma mecânica e fria, sem qualquer indício de respeito ao acontecimento traumático pelo qual estavam passando.

eletroencefalografista enfermeiro ou, ainda, um médico credenciado no SNT, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social (FREIRE et al, 2015).

Cumpridos todos os requisitos das duas primeiras etapas é realizada a cirurgia de retirada dos órgãos e tecidos. Esse procedimento deve ocorrer no hospital que notificou a disponibilidade. A equipe responsável será obrigatoriamente informada sobre o horário para o início do procedimento e deve receber orientações quanto aos materiais necessários, preparação do doador e horário em que deverá ser levado para o centro cirúrgico. Também é compulsório que a família seja informada quando aos horários de início e término da retirada de órgãos. Ao final desse procedimento, o corpo do doador é entregue à família e deve estar recomposto e, apenas em caso de morte violenta, o mesmo terá que ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML), acompanhado de documento no qual constem as descrições dos procedimentos cirúrgicos realizados para o explante dos órgãos e tecidos (LOPES; SILVA, 2014).

Do procedimento de retirada dos órgãos até a implantação destes no paciente receptor é necessária uma coordenação intensa de esforços, pois os órgãos têm um tempo de preservação que deve ser respeitado e a etapa do transporte é fundamental para que seja realizada a cirurgia de implante. E não se trata apenas de locomover de um ponto ao outro, mas também é algo que requer uma série de cuidados para preservar os órgãos durante essa etapa, a começar pela embalagem. De acordo com Moura (2014), o acondicionamento dos órgãos deve seguir quatro passos. No primeiro, o órgão deve ser colocado numa embalagem com uma solução de preservação. Depois, deve receber uma segunda embalagem, onde há uma solução estéril em volume suficiente para proteger o órgão de possíveis choques externos. No terceiro passo o órgão deve ser colocado em mais uma embalagem, agora vazia e, por fim, todo esse material precisa ser acondicionado em uma caixa térmica contendo gelo. Um profissional é então designado pela equipe técnica para acompanhar o transporte, que poderá ser realizado por um carro de emergência, helicópteros, voos comerciais ou, ainda, por aviões da Força Aérea Brasileira (desde junho de 2016), de forma segura e que obedeça às normas de biossegurança, evitando qualquer possibilidade de contaminação.

Quando finalmente o órgão chega ao local onde será realizado o implante, alguns últimos testes são realizados, como uma nova tipagem sanguínea que permitirá a última validação do enxerto. Feito esse procedimento é realizada a cirurgia de transplante por uma equipe credenciada no SNT. Essa fase do processo requer certo aparato tecnológico, além de uma equipe médica altamente especializada. O equipamento específico dependerá do tipo de cirurgia. Entre os equipamentos mais utilizados estão as máquinas de perfusão extracorpórea,

um equipamento que auxilia procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, transplantes de coração, de pulmão, fígado, rim e também em procedimentos de retirada de alguns tipos de tumores. Trata-se de um equipamento utilizado para dar suporte artificial à vida do paciente em procedimento cirúrgico. Tais máquinas contam com dispositivos descartáveis capazes de substituir as funções cardíacas e respiratórias, permitindo a drenagem do sangue, bem como a filtragem e a oxigenação, possibilitando a reintrodução do sangue, perfundindo o organismo. Durante todo o procedimento são monitoradas a pressão arterial, a temperatura, o fluxo, a coagulação, o equilíbrio hidroeletrólítico e hemodinâmico e a função renal (SOUZA; ELIAS, 2006).

Concluído o procedimento cirúrgico, deve ser realizado um processo de acompanhamento do pós-operatório, bem como procedimentos inerentes a essa etapa, que é apontada como decisiva para a sobrevivência do paciente transplantado. Também são realizados procedimentos pós-operatórios e observações com os doadores, mas por se tratarem de pacientes saudáveis, em geral, o processo é considerado mais simples e tem menor tempo de duração. Para que seja possível conhecer melhor os procedimentos e o acompanhamento do paciente transplantado e, assim, entender um pouco mais os processos de transplantes, discorrerei sobre o assunto mais adiante. Mas primeiro, é importante voltar um pouco atrás e conhecer a Lei 9.434/1997, que (re)formulou os processos de controle das doações e transplantes de órgãos, e que representou um divisor de águas em relação às práticas que antecederam essa lei e o que se tem hoje. A referida Lei é a base para o processo de regulação dos transplantes no Brasil. A seguir, apresento alguns aspectos que considere relevantes.

#### 4.2.1.1 Regulação do Processo de Transplantes de Órgãos no Brasil

Como já mencionei anteriormente, a lei brasileira que regula a doação de órgãos no Brasil é a Lei nº 9.434, de fevereiro de 1997. Para o Ministério da Saúde, a lei buscou representar os valores culturais brasileiros, bem como as necessidades de consentimento baseada em autorização familiar, respeitando as religiões e as representações individuais sobre a doação e transplantes de órgãos e tecidos. A morte encefálica ocupa parte importante no cenário da doação e dos transplantes, mas a Lei limitou-se a delegar essa responsabilidade ao CFM. Por meio da implantação da lei dos transplantes, também foram regulados os processos

de doação de órgãos para transplante intervivos e as listas únicas de espera, bem como foi estabelecida a necessidade de supervisão de todo o processo por parte do Ministério Público.

A questão dos transplantes de órgãos envolve muitas áreas de conhecimento, sendo parte de um tipo de inovação capaz de mudar hábitos e valores, já que muda significativamente a perspectiva de sobrevivência dos possíveis beneficiários desse avanço. Além disso, há as mudanças na perspectiva de como o outro poderá contribuir para que procedimentos assim sejam possíveis. É de se esperar que as relações sociais sofram alterações. Nesse contexto, conceitos como altruísmo e dignidade humana são retomados por especialistas do direito, sociólogos, médicos e enfermeiros. Uma mudança tão significativa no meio biotecnológico causa mobilização de várias fontes, ao menos no nível intelectual. Além do saber médico, mecânico (engenharias e afins) e farmacológico, entre todos os diretamente envolvidos com os procedimentos técnicos, há, no nível da argumentação, o envolvimento de áreas distintas à prática propriamente dita, como a antropologia, o direito e a filosofia. A problemática normativa de um movimento como esse (no sentido histórico da relação do homem com a ciência) atrai muitos olhares, o que se explica por causa do padrão normativo adotado pelas sociedades. Essa atenção, contudo, não resulta em efetivação prática dos preceitos legais.

Embora os transplantes possam ser considerados, em certa medida, comuns nos dias atuais, vale ressaltar que eles representam uma importante mudança de paradigmas em relação a alguns tratamentos de saúde. Para que eles fossem possíveis alguns avanços anteriores precisaram ocorrer. O aperfeiçoamento da prática cirúrgica, das áreas que lidam com a imunologia e das drogas imunossupressoras são exemplos desses avanços e a demanda mundial superou o que a estrutura tecnológica, hospitalar e governamental pode oferecer. (PARIZI; SILVA, 1998; BRASIL, 2002; ABTO, 2003; VILAÇA, 2006; SILVEIRA et al, 2009; LIMA 2012b). Em 1998, apenas no que diz respeito aos transplantes de rim, eram mais de 25 mil pessoas em tratamento (hemodiálise). Entre essas pessoas, 15 mil tinham indicação para a realização de transplante e 5 mil aguardavam na fila de espera, sendo que 2.600 pessoas estavam no Estado de São Paulo, onde também havia filas de espera por fígados, 419, e corações, 144 (PARIZI; SILVA, 1998).

No Brasil, em 1998, eram 176 as instituições envolvidas com a coleta e/ou os transplantes, a maioria localizada no Sul e no Sudeste do país (PARIZI; SILVA, 1998). Em 2003, o Sistema Nacional de Transplantes cadastrava 445 dessas organizações. Atualmente, o país conta com 555 estabelecimentos de saúde e mais de 1.370 equipes médicas autorizadas a realizar cirurgias de transplantes de órgãos. As CNCDOs estão em 25 estados brasileiros e



fazem parte do projeto nacional de expansão do número de transplantes realizados, que pretende que, em breve, todos os estados do Brasil tenham uma central de coleta e de disponibilização de órgãos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) desembolsou, de 2008 a 2013, o montante de R\$ 3.922.942.305,3 com gastos em transplantes (BRASIL, 2015d). Todo esse volume de operações culminou ainda em mais discussões em torno de tema. Em 2014 foi publicada a Portaria nº 356, onde consta o Projeto de Resolução “Boas Práticas em procedimentos para organização e funcionamento dos serviços de transplante de órgãos” (BRASIL, 2014d), em mais uma tentativa de orientação e regulamentação. O estabelecimento dessas orientações seguiu várias outras empreitadas como essa, como a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e seu respectivo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que substituiu a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992 e o Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993 (BRASIL, 1997a). Essa nova legislação introduziu alterações quanto à doação presumida, a especificação mais detalhada da gratuidade da doação, os critérios de credenciamento das instituições junto ao SUS e sobre a seleção dos doadores.

A questão da doação presumida, em especial, provocou muitos debates, pois indicava que toda pessoa que, em vida, não se manifestasse contrariamente à doação de órgãos, registrando em seu documento de identidade que não era doador de órgãos e tecidos, passaria a ser um doador *post mortem*, mediante o diagnóstico de morte encefálica. Essa, por sua vez, era regulamentada pela Resolução nº 1.480/ 97, do Conselho Federal de Medicina, e pelo Decreto nº 2.268/97, que determina às instituições a obrigatoriedade de comunicação dos casos de morte encefálica – que só pode ser determinada por um neurologista – às centrais de notificação (BRASIL, 2002). Essa medida, no entanto, durou apenas 4 anos, dadas as pressões e críticas recebidas principalmente de setores religiosos. Sua revogação veio pela Lei 10.211/2001, que determina que a remoção de órgãos em pessoas mortas só pode ocorrer mediante autorização do cônjuge ou parente, até segundo grau, que tenha a partir de 18 anos de idade (BRASIL, 2001a).

Já a legislação sobre a doação em vida se mantém inalterada desde 1997, podendo ser realizada por qualquer pessoa juridicamente capaz, que pode dispor gratuitamente órgãos duplos ou tecidos, cuja retirada não incorra em risco para suas funções vitais. Continua sendo terminantemente vedada a comercialização e a publicidade relacionada ao processo de transplantes de órgãos, tais como a promoção de instituições ou indivíduos particulares (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2001a). No que compete às instituições, em dezembro de 2014 postulou-se que a gestão de todo Programa de Transplante de Órgãos, seja público ou privado,

tem o dever de: 1) estar vinculado a um estabelecimento habilitado ou licenciado, 2) documentar e cumprir com os requisitos legais e princípios éticos e de qualidade estabelecidos pela OMS, 3) implementar ações para a procura de órgãos, 4) construir, reformar ou adaptar a estrutura física necessária ao transplante e à internação antes e pós procedimento operatório, 5) planejar e prover os recursos necessários à operacionalização, 6) planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos, 7) dispor de instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas implantadas, 8) elaborar as rotinas técnicas conjuntamente com os serviços envolvidos na assistência ao paciente, assegurando a assistência integral e a interdisciplinaridade, 9) apresentar uma estrutura organizacional documentada, 10) preservar a identidade e a privacidade do paciente, 11) promover um ambiente acolhedor, 12) incentivar e promover a participação da família na atenção ao paciente crítico, e, 13) prover orientações aos familiares, em linguagem clara, sobre o estado de saúde do paciente e a assistência a ser oferecida, desde a admissão até a alta. Ademais, essas instituições deverão ser periodicamente avaliadas por órgãos competentes, levando-se em conta o número de transplantes efetuados, a relação ofertas/recusas de órgãos para transplante e a sobrevida do enxerto e do paciente (BRASIL, 2014).

Quanto à captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano foi criado o Sistema Nacional de Transplante (SNT) com o intuito de regulamentar as relações e atribuições do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das instituições hospitalares e das redes de serviços, além de possibilitar a organização de uma lista única de receptores (PARIZI; SILVA, 1998). Buscando complementar as orientações e legislação existente, bem como integrá-las, foi criado o Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, que passou a constar no Orçamento da União desde 2004. O objetivo do programa é reduzir o tempo de espera por um órgão, otimizando os recursos operacionais, humanos e assistenciais envolvidos nos transplantes e preservando a ética. Nesse sentido, foram criadas as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). A Gerência do Programa é de responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), estando a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes vinculada ao Departamento de Atenção Especializada (DAE), que é subordinado à SAS. Em 2006 havia 22 centrais estaduais e 8 regionais, localizadas no Paraná e em Minas Gerais. Já no Estado de São Paulo ocorreu a delegação (e a descentralização) das tarefas relativas à captação de órgãos às entidades denominadas de Organização de Procura de Órgãos (OPO), na época vinculada a dez hospitais públicos universitários (VILAÇA, 2006).

Em 2003 estavam instaladas no Brasil 30 CNCDOs, distribuídas entre os estados do Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Além dessas centrais, 10 hospitais públicos universitários – OPOs – foram credenciados pelo Estado de São Paulo (BRASIL, 2003c). O objetivo dessas centrais é evitar a perda de órgãos captados, aprimorando os meios de coleta e distribuição dos órgãos para transplantes, como é o caso da logística envolvida no processo de transplante de órgãos, apontada como um dos fatores preponderantes para o aproveitamento de órgãos doados (ABTO, 2003; ABTO, 2004b).

Ainda quanto às doações, é definido que os doadores devem receber todo o tipo de informação acerca dos riscos envolvidos nos procedimentos técnicos, para só mediante tais informações dar o seu consentimento, por escrito. Há a exceção em países como a Turquia, em que o consentimento verbal do paciente é aceito mediante atestado de equipe médica. Quanto à doação feita por crianças, somente é autorizado que se faça o procedimento mediante a autorização dos pais, em circunstâncias excepcionais, geralmente em benefício de irmãos ou outros parentes muito próximos e em casos de tecidos regeneráveis. Com relação à doação *post mortem* há duas situações extremas vivenciadas mundo afora. Uma delas é quando é exigida a manifestação em vida e/ou a autorização de familiares próximos – como no Brasil – e a outra é quando há o consentimento presumido (VILAÇA, 2006; ÁVILA, 2008; SILVEIRA et al, 2009; LUKACHEWSKI JUNIOR; BARRETO, 2011; LIMA 2012b; MORAIS; MORAIS, 2012; BROTAS, 2013).

Como se observa, esforços foram e ainda são empreendidos no sentido da normatização e controle, entretanto, o conhecimento sobre a prática não acompanha tais empenhos. Em meio às discussões está a especulação de que uma maior liberdade em relação às possibilidades legais de doação de órgãos poderia resultar em comercializações incontroláveis e a motivação monetária poderia ter vários desdobramentos distintos. Além disso, as questões estruturais também são levadas em conta, visto que a falta de doadores não é o único obstáculo encontrado para que sejam realizados os transplantes (ABADIE; GAY, 2006; AMBAGTSHEER, 2011). Para Parizi e Silva (1997), a problemática em torno dos transplantes não está pautada apenas na necessidade de formulação ou reformulação de normas, leis ou procedimentos, mas requer que sejam constantemente repensadas as políticas que perpassam direta ou indiretamente a questão dos transplantes.

Desde a primeira lei brasileira a versar sobre os transplantes (Lei n. 4.280, de 6 de novembro de 1963 – que permitia a retirada de órgãos de cadáveres mediante autorização por escrito ou mesmo a ausência de oposição do cônjuge ou parentes até segundo grau ou, ainda, na ausência de oposições por parte de organizações religiosas) até a Portaria nº 465 de 2017, (que classifica os estabelecimentos de saúde de acordo com a complexidade tecnológica), muitas foram as prescrições legais e os procedimentos indicados para viabilizar e coordenar/controlar o processo de transplantes no Brasil (como em outras partes do mundo). Para além das leis, os discursos povoam o imaginário dos sujeitos menos envolvidos com a questão com temas que vão desde as questões religiosas, dos costumes e dos valores éticos e morais, até aos custos de todo esse processo para o Estado. Também são levantadas questões sobre a necessidade de avanços técnicos e tecnológicos e tantas outras implicações e necessidades inerentes aos processos de reposição de órgãos. Não obstante, as dissonâncias entre regulamentação e exequibilidade estão longe de se dissolverem. Seria precipitado apontar uma correlação diretamente proporcional entre o aumento da rigidez na prescrição legal e as subversões que seguem paralelamente à regulamentação. A legalidade parece já não dar conta das questões da vida em sociedade há muito tempo e a questão dos transplantes e do que escapa às tentativas de regulação constitui mais uma ficção social.

Há duas situações que considero importantes. As possibilidades que a própria legalização enseja para as práticas ilegais e as práticas institucionalizadas. A função de garantir direitos pode não ser mais o grande foco das leis, que podem funcionar para o estado liberal como reguladores daquilo que convém para fortalecê-lo. Ao percorrer as prescrições em torno da questão dos transplantes de órgãos é possível notar a clara tentativa de se organizar a prática. Desde leis criadas para viabilizar os procedimentos, para regulamentar as condições da prática ou, ainda, como no caso dos transplantes, dar um novo sentido à vida ou à morte, até o estabelecimento de procedimentos, técnicas, rotinas e, como não poderia deixar de ser no mundo economicamente constituído, dos critérios e valoração de todo o aparato envolto nos procedimentos de transplante, há um claro esforço empreendido para maximizar a capacidade tecnocientífica de um lado, e um esforço de juristas que buscam garantir direitos, de outro. Contudo, o que noto é um impasse, uma trama quase impenetrável, em que Leis, Decretos, Portarias, Resoluções e Medidas Provisórias seguem num vai e vem de conformações. O que é interessante, uma vez que tal indefinição decorre das vastas tentativas de definir a prática dos sujeitos. Esse dinamismo parece representar a ordinária vida dos sujeitos comuns, quase nunca linear e tão pouco precisa.

Para que se tenha uma noção do percurso legal que envolve a questão dos transplantes e de tudo que decorre dessa “inovação médica”, no Brasil, consta abaixo um breve resumo da legislação sobre a doação, a captação e o transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. Tais informações foram organizadas conforme uma ordem cronológica, em que os elementos legislativos são apresentados a partir de sua denominação pública (se Lei, Decreto, Portaria, Resolução ou Medida Provisória), nº e data de publicação. Cujos principais temas que constam nas disposições de cada referido ato, são brevemente mencionados em coluna específica, conforme segue:

Quadro 02 – Síntese da Legislação Sobre os Transplantes de Órgãos no Brasil

<b>Ano</b>	<b>Publicação</b>	<b>Principais Disposições</b>
1963	Lei n. 4.280, de 6 de novembro de 1963	Autorização e/ou não oposição à doação <i>post mortem</i> .
1968	Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968	Retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica.
1988	Artigo 199, inciso 4º da Constituição Federal	Condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
1989	Portaria n. 721/ GM, de agosto de 1989	Determina que o sangue humano não pode ser objeto de comercialização.
1992	Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992	Regulamenta o disposto no artigo 199 da Constituição Federal.
1993	Portaria n. 1.376, de 19 de novembro de 1993	Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências.
1997	Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997	Revoga a Lei 8.489, de 18 de novembro de 1992; Transplantes só podem ser realizados por estabelecimentos de saúde e equipes médicas previamente autorizadas; A morte encefálica deve ser constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, com a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos em Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM); Doação

		presumida.
1997	Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997	Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997; Cria o Sistema Nacional de Transplante (SNT); Primeira menção à lista de espera para transplantes.
1997	Resolução n. 1.480, de 8 de agosto de 1997	Critérios para o diagnóstico de morte encefálica (estabelecidos pelo CFM).
1998	Início da criação de Medidas Provisórias	Faculta aos pais, às mães, aos filhos e aos cônjuges a manifestação contrária à doação, no caso de inexistência de manifestação da vontade do potencial doador. Essa negativa deveria ser obrigatoriamente acatada.
1998	Portarias: GM n. 3.407, de 5/8; GM n. 3.409, de 5/8; SAS n. 162, de 22/9	Aprova o regulamento técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes, composição e atribuições do Grupo Técnico de Assessoramento (GTA). Institui a Câmara de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade. Cria a Comissão <i>ad hoc</i> para estudo de regulamentação para transplante de pâncreas e transplante conjugado de rim e pâncreas.
1999	Portarias: SAS n. 55, de 24/2; GM n. 263, de 31/3; GM n. 531, de 30/4; Conjunta SE/SAS n. 2, de 21/5; SAS n. 256, de 15/6; Conjunta SE/SAS n. 10, de 23/6; SAS n. 270, de 24/6; GM n. 837, de 29/6; Conjunta SE/SAS n. 14, de 14/7; Conjunta SE/SAS n. 16, de 22/7; SAS n. 294, de 15/7; GM n. 932, de 20/7; GM n. 935, de 22/7; GM n. 936, de 22/7; GM n. 937, de 22/7; SAS n. 402, de 30/7; Conjunta SE/SAS n. 27, de 20/8; Conjunta SE/SAS n. 28, de 20/8; SAS n. 496, de 31/8; GM n. 1.198, de 30/9; GM n. 1.217, de 13/10; SAS n. 696, de 25/11	Tratamento Fora de Domicílio no SUS; Utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins científicos; Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) para financiar os custos de procedimentos de alta complexidade e medicamentos; Procedimentos integrantes do SNT, financiado pelo FAEC, incluindo-os na Tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS; Realização e cobrança dos transplantes de órgãos no SUS; Estrutura e coordenação do SNT; Altera os valores disponibilizados para o FAEC; Estabelece limites ao financiamento dos medicamentos; Regulamenta a distribuição de recursos para a execução das atividades assistenciais inerentes ao SNT; Padronização para o SNT quanto à realização e cobrança dos transplantes de órgãos no SUS; Dispõe sobre as atividades de transplante e procedimentos para o SIH/SUS; Normatiza a importação de córneas; Determina relação de laboratórios para realização de exames de Histocompatibilidade; Inclui medicamentos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS; Altera o grupo de procedimentos para acompanhamento pós-transplante de rim, fígado, pulmão, coração, medula óssea e pâncreas; Fixa valor anual para o FAEC (R\$ 363.000.000,00); Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea; Altera limite de utilização do líquido de preservação de órgãos para transplante de córneas.
2000	Portarias: GM n. 82, de 3/1; Conjunta SE/SAS n.	Regulamento Técnico de serviços; Teto financeiro dos Estados e do Distrito Federal; Financiamentos do FAEC; Inclui

	01, de 6/1; Conjunta SE/SAS n. 02, de 21/1; SAS n. 65, de 24/2; GM n. 333, de 24/3; Conjunta SE/SAS n. 10, de 11/5; SAS n. 170, de 26/5; GM n. 652, de 21/6; SAS n. 219, de 28/8; GM n. 901, de 16/8; GM n. 901, de 16/8; GM n. 905, de 16/8; GM n. 1.183, de 25/10; SAS n. 435, de 14/11; SAS n. 436, de 14/11; GM n. 1.312, de 30/11; GM n. 1.313, de 30/11; GM n. 1.314, de 30/11; GM n. 1.315, de 30/11	medicamento e processamento, e inclui e exclui procedimentos na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS; Cria Bancos, de Valvas Cardíacas Humanas, e de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário; Altera valores e exclui procedimento da tabela de Procedimentos do SIA/SUS; Altera o limite de utilização do líquido para preservação de órgãos para transplante; Cria a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNNCDO no SNT; Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes em Hospitais no Sistema de Referência Hospitalar em atendimento de Urgências e Emergências; Cria o Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos; Normas de Cadastramento de Laboratórios de Histocompatibilidade; Cadastro de laboratórios para exames de Histocompatibilidade; Estabelece os mecanismos para organizar informações, tipificação e cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).
2000	Medida Provisória n. 1.959-23, de 26 de junho de 2000	Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
2000	Medida Provisória n. 1.959-24, de 26 de julho de 2000	Altera disposições da Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção.
2000	Medida Provisória n. 1.959-27, de 24 de outubro de 2000	Altera disposições da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Obrigatoriedade da consulta à família para autorização da doação e retirada de órgãos.
2001	Lei n. 10.205, de 21 de março de 2001	Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.
2001	Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001	Regulamenta a exigência de consulta às famílias dos doadores e inscrição dos receptores em lista única de espera.
2001	Medida Provisória n. 2.083-31, de 25 de janeiro de 2001	Altera disposições da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Realização de testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação, e retirada de órgãos mediante autorização de cônjuge ou parentes até 2º grau, firmada em documento. Necropsia e recomposição dos cadáveres para entrega aos responsáveis legais. Permissão para pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou consanguíneos, até o quarto grau, ou em qualquer pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em

		relação à medula óssea. Necessidade de consentimento do receptor ou responsável legal para a realização de procedimento. Acidentes de transporte que causem danos aos órgãos destinados a potencial receptor, não lhe dão o direito à indenização. As manifestações de vontade relativas à retirada <i>post mortem</i> de tecidos, órgãos e partes, constantes da Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir 22 de dezembro de 2000.
2001	Medida Provisória n. 2.083-32, de 22 de fevereiro de 2001	Altera disposições da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.
2001	Portarias: GM n. 44, de 10/1; GM n. 91, de 23/1; GM n. 92, de 23/1; SAS n. 56, de 22/2; GM n. 627, de 26/4; SAS n. 242, de 5/7; GM n. 1.117, de 1º/8; a GM n. 1.558, de 6/9; GM n. 1.559, de 6/9; SAS n. 526, de 16/11; GM n. 2.115, de 20/11; Portaria SAS n. 536, de 22/11	Modalidade de assistência Hospital-Dia no SUS; Normas e critérios técnicos para a CNNCDO e Centrais Estaduais; Remuneração das atividades de Busca Ativa de Doador de Órgãos e Tecidos; Procedimentos de Alta Complexidade do SIA/SUS e SIH/SUS; Sistemas de Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do SUS; Procedimentos Estratégicos SIA/SIH; Realização e cobrança de procedimentos; Alteração dos valores e inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos do SIH/SIA; Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos no SNT; Grupo de Trabalho na SAS/SNT (Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos); Prazo para a renovação de autorização às equipes especializadas e estabelecimentos de saúde públicos ou privados – de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
2002	Portarias: SAS n. 03, de 10/1; GM n. 541, de 14/3; GM n. 585, de 21/3; SAS n. 221, de 2/4; SAS n. 292, de 29/4; SAS n. 338, de 17/6; GM n. 1.318, de 23/7; SAS n. 469, de 24/7; GM n. 1.686, de 20/9; GM n. 1.687, de 20/9	Compatibilidade entre procedimentos; Critérios para cadastramento de candidatos a receptores de fígado de doador cadáver; Procedimentos relacionados à Leucemia Mieloide Crônica; Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para transplantados renais; Atribuições das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde quanto ao SIH/SUS; Aquisição de medicamentos; Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas; Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos; Inclusão de grupos de procedimentos na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS.
2002	Resolução RDC n. 343, de 13 de dezembro de 2002	Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano.
2003	Portarias: n. 79, de 31/1; SAS n. 82, de 17/4; GM n. 828, de 29/6; GM n. 829, de 29/6; GM n. 2.280, de 28/11	Implantação de testes nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos, privados contratados pelo SUS, e exclusivamente privados; Grupo de Trabalho para revisão e atualização da Política Nacional de Assistência aos Portadores de Doenças Renais; Bancos de Tecidos Oculares Humanos.



2003	Resolução RDC n. 190, de 18 de julho de 2003	Normas Técnicas para o funcionamento de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário.
2003	Resolução RDC n. 347, de 2 de dezembro de 2003	Normas Técnicas para o Funcionamento de Bancos de Olhos.
2004	Portarias: GM n. 112, de 29/1; GM n. 239, de 19/2; GM n. 218, de 15/6; GM n. 284, de 25/6; GM n. 2.381, de 29/9; GM n. 2.155, de 7/10; GM n. 2.157, de 7/10; GM n. 2.480, de 17/11; GM n. 715, de 1º/12; GM n. 2.692, de 23/12	Implantação de testes; Atualização de valores das Tabelas de Procedimentos dos SIH/SIA-SUS; Renovações e autorizações de estabelecimentos; Rede Nacional de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord); Câmaras Técnicas Nacionais de Transplante de Fígado e de Células Tronco Hematopoéticas e de Córneas; Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas; Banco de Tecidos Oculares.
2004	Resolução RDC n. 306, de 7 de dezembro de 2004	Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
2004	Resolução CFM n. 1.752, de 8 de setembro de 2004	Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais.
2005	Portaria SAS n. 01, de 6 de janeiro de 2005	Cria a Câmara Técnica Nacional de Tecidos.
2005	Portaria GM nº. 1.751, de 27 de setembro de 2005	Institui o Prêmio Anual “Destaque na Promoção da Doação de Órgãos e Tecidos no Brasil”.
2006	Portarias GM nº. 2.132, de 12/09; SAS nº. 565, de 09/08; GM nº. 1.807, de 02/08; GM nº. 1.262, de 19/06; SAS nº. 220, de 24/03; GM nº 399, 22/02	Estabelece critérios para o Prêmio Anual “Destaque na Promoção da doação de Órgãos”, instituído pela Portaria 1751/GM; Institui, no âmbito da SAS/SNT, a câmara técnica nacional de doação e captação e órgãos e tecidos. (REVOGADA); Altera a composição do Grupo Técnico de Assessoramento (GTA). (REVOGADA); Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT). (REVOGADA); Credencia a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos no estado do Acre; Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

2007	Lei nº. 11521, de 18 de setembro de 2007	Altera a Lei no 9.434 para permitir a retirada pelo SUS de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.
2007	Lei nº 11.584, de 28 de novembro de 2007	Institui o Dia Nacional da Doação de Órgãos.
2007	Lei nº 11.633, de 27 de dezembro de 2007	Garante o acesso de toda mulher às informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto.
2007	Portarias GM nº. 2.808, de 11/11; SAS nº. 225, de 16/04; SAS nº. 226, de 16/04; GM nº. 487, de 25/03; GM nº. 218, de 31/01	Altera a composição do Grupo de Assessoramento (GTA); Altera a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Rim, instituída pela portaria SAS/MS 161, de 17 de março de 2005; Altera a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Córnea, instituída pela portaria SAS/MS nº. 715, de 01/12/04; Dispõe sobre a remoção de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo, para fins de transplante ou tratamento; Altera a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Fígado.
2007	Resolução CFM nº 1.826, 2007	Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.
2008	Portaria GM nº. 3.193, de 24/12; GM nº. 2.042, de 25/09; GM nº. 2.041, de 25/09; SAS nº. 145, de 11/03	Altera a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS; Define a forma de ressarcimento pelo SUS dos procedimentos relativos à retirada de órgãos para transplantes, aos hospitais não-autorizados ou não credenciados ao SUS. (REVOGADA); Inclui procedimentos clínicos, captação de órgãos e tecidos, alta complexidade, tabela de órtese, prótese e materiais especiais, exame laboratorial; Cria, a contar da publicação desta Portaria, no âmbito da SAS/DAE/CGSNT, a Câmara Técnica Nacional de Transplante de Coração, e altera a composição das Câmaras Técnicas Nacionais de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos e Células, Histocompatibilidade e dos Transplantes de Células Tronco Hematopoiéticas, Córnea, Fígado, Intestino, Pâncreas, Pulmão, Rim e Tecidos. (REVOGADA)
2009	Lei nº 11.930, de 22 de abril de 2009	Institui a Semana de Mobilização Nacional para Doação de Medula Óssea.
2009	Portaria GM nº. 2.619, de 21/10; GM nº. 2.618, de 21/10; GM nº. 2.617, de	Concedem às empresas TAM LINHAS AÉREAS S/A, SETE LINHAS AÉREAS S/A, PASSAREDO LINHAS AÉREAS S/A, PANTANAL LINHAS AÉREAS S/A, OCEAN AIR

	21/10; GM nº. 2.616, de 21/10; GM nº. 2.615, de 21/10; GM nº. 2.614, de 21/10; GM nº. 2.613, de 21/10; GM nº. 2.612, de 21/10; GM nº. 2.611, de 21/10; GM nº. 2.610, de 21/10; GM nº. 2.609, de 21/10; GM nº. 2.608, de 21/10; GM nº. 2.607, de 21/10; GM nº. 2.606, de 21/10; GM nº. 2.605, de 21/10; GM nº. 2.604, de 21/10; GM nº. 2.603, de 21/10	LINHAS AÉREAS, NHT LINHAS ÁEREAS LTDA, MESQUITA TRANSPORTES AÉREOS LTDA, VRG LINHAS ÁEREAS S/A, AIR MINAS LINHAS ÁEREAS LTDA, ABSA AERO LINHAS BRASILEIRAS S/A, ABAETÉ LINHAS ÁEREAS S/A, AZUL LINHAS AÉREAS BRASILEIRAS S/A, RLA RICO LINHAS ÁEREAS, TRIP LINHAS AÉREAS S/A, TAF LINHAS AÉREAS S/A, TEAM – TRANSPORTES ESPECIAIS AEREOS E MALOTES LTDA e WEBJET LINHAS AÉREAS S/A o Selo "Organização Parceira do Transplante"
2009	Portarias GM nº. 2.602, de 21/10; GM nº. 2.601, de 21/10; GM nº 2.600, de 21/10	Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Selo "Organização Parceira do Transplante" e dá outras providências; Institui, no âmbito do SNT, o plano nacional de implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO); Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
2010	Portarias SAS nº 748, de 29/12; SAS nº 685, de 10/12; SAS nº 684, de 10/12; SAS nº 530, de 05/10; SAS nº 528, de 05/10; SAS nº 529, de 05/10; SAS nº 527 de 05/10; SAS nº 526, de 05/10; SAS nº 525 de 05/10; GM nº 2.935, de 27/09; GM nº 2.933, de 27/09; GM nº 2.932, de 27/09; GM nº 2.931, de 27/09; GM nº 2.759, de 14/09; GM nº 2.758, de 14/09; SAS nº 511, de 27/09; SAS nº 510, de 27/09; SAS nº 533, de 06/06	Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante e Banco de Multitecidos (pele, tecidos cardiovasculares e tecidos musculoesqueléticos). (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Ética e Pesquisa em Transplantes. Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Coração. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Histocompatibilidade. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Fígado. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Rim. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Pâncreas. (REVOGADA); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante e Banco de Tecidos Oculares; Revoga a portaria nº. 2042/GM/MS, de 25 de setembro de 2008. Institui, no âmbito do SNT, o Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Qualidott); Institui, no âmbito do SNT, o Plano Nacional de Implantação de Bancos de Multitecidos – Plano-BMT; Institui, no âmbito do SNT, o Plano Nacional de Implantação e Ampliação dos Centros de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas - Plano-CTCTH; Concede à organização GABRIEL – GRUPO DE ATUAÇÃO BRASILEIRO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTES INFANTIS E ESTUDOS DO TUBO NEURAL o Selo "Organização Parceira do Transplante"; Concede à organização ROTARY CLUB DE AVARÉ-JURUMIM o Selo "Organização Parceira do Transplante"; Exclui e habilita instituições no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, captação de

		<p>órgãos e tecidos, inclusão, retirada de órgãos e tecidos, diagnóstico por imagem, medicina nuclear, tabela de procedimentos, tabela de órtese, prótese e materiais especiais; Altera, na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, o valor dos procedimentos relacionados nesta portaria; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante de Pulmão.</p>
2011	<p>Portaria GM nº 439, de 14/03; SAS nº 316, de 01/07; SAS nº 298, de 27/06; SAS nº 297, de 27/06; SAS nº 296, de 27/06; SAS nº 295, de 27/06; SAS nº 294, de 27/06; SAS nº 292, de 22/06; SAS nº 291, de 22/06; SAS nº 227, de 16/06; SAS nº 227, de 20/05; SAS nº 164, de 27/04</p>	<p>Constitui comitê estratégico, no âmbito do Ministério da Saúde, responsável pelo programa de desenvolvimento de equipes de captação de órgãos e transplantes; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Histocompatibilidade; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Pulmão; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Transplante e Bancos Multitecidos; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Córnea; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Pâncreas; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Rim; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Coração; Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo; Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Câmara Técnica Nacional de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH); Define a composição da Câmara Técnica Nacional de Fígado; Inclui serviço e classificação para retirada de globo ocular humano.</p>
2012	<p>Portaria SAS nº 1.444, de 19/12; GM nº 2.172, de 27/09; GM nº 845, de 02/05; GM nº 844, de 02/05; GM nº 201, de 07/02</p>	<p>Credencia a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos no estado do Tocantins; Institui a atividade de tutoria em Doação e Transplantes no âmbito do SNT; Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos; Estabelece a manutenção regulada do número de Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome); Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano vivo para fins de transplantes no território nacional envolvendo estrangeiros não residentes no país.</p>
2013	<p>Portaria GM nº 2.922, de 28/11; GM nº 2.058, de 19/09; GM nº 2.057, de 19/09; GM nº 1.080, de 05/06; GM nº 1.077, de 05/06; SAS nº 281, de 20/03; GM nº 200, de 08/02</p>	<p>Institui, no âmbito do SNT, o plano nacional de apoio às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos (PNA-CNCDO) e cria incentivos financeiros de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio mensal; Concede à organização ROTARY CLUB DE AVARÉ-JURUMIM a renovação do Selo "Organização Parceira do Transplante"; Concede à TRANS RETA TRANSPORTADORA REVENDEDORA E RETALHISTA LTDA o Selo "Organização Parceira do Transplante"; Concede autorização do Selo "Organização Parceira do Transplante" a 18 estabelecimentos; Concede à organização GABRIEL – GRUPO DE ATUAÇÃO BRASILEIRO PARA REALIZAÇÃO DE TRANSPLANTES</p>

		<p>INFANTIS E ESTUDOS DO TUBO NEURAL a renovação do Selo "Organização Parceira do Transplante"; Credencia a Central de Notificação, Captação e Distribuição e Órgãos no estado de Roraima; Altera a portaria nº 844/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que estabelece a manutenção regulada do número de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome).</p>
2014	<p>Portaria GM nº 2.758, de 11/12; SAS nº 519, de 27/06; GM nº 72, de 29/01; GM nº 2.531, de 12/11; SAS nº 61, de 28/01; SAS nº 1.326, de 27/11; SAS nº 1.331, de 27/11; SAS nº 52, de 24/01; SCT nº 6, de 25/09; GM nº 389, de 13/03; SCT nº 30, de 30/06</p>	<p>Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), financiamento para a ampliação do acesso ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) alogênico não aparentado; Concede autorização e renovação para realizar retirada e transplante de órgãos e tecidos; Inclui membros nas equipes de transplantes habilitadas pelas Portarias nº 270/SAS/MS, de 15 de março de 2013, e nº 986/SAS/MS, de 3 de setembro de 2013; Substitui responsável técnico constante na Portaria nº 922/SAS/MS, de 3 de setembro de 2013; Estabelece as diretrizes para disponibilização das versões mensais e/ou arquivos de configuração dos sistemas de informação sob a gestão da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI/ DRAC/SAS/MS), bem como o envio das bases de dados desses sistemas pelos Gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, à base de dados nacional do Sistema Único de Saúde (SUS); Concede renovação e autorização para realizar retirada e transplantes de órgão; Exclui número de SNT e equipe de saúde. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Câmara Técnica Nacional de Intestino Delgado, com a finalidade de estudar e sugerir ao Ministério da Saúde a formulação e implantação das normas relativas à transplantes de intestino delgado; Inclui medicamentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS; Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico; Torna pública a decisão de incorporar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico aparentado para tratamento da doença falciforme, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.</p>
2015	<p>Portaria SAS nº 1.321, de 21/12; SAS nº 1.252, de 11/12; GM nº 2.139, de 18/12; GM nº 2.122, de 21/12; SAS nº 772, de 26/08, SCT nº 51, de 29/09; SCT nº 52, de 29/09; SAS nº 1.010, de 30/09;</p>	<p>Inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a compatibilidade do transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical, para tratamento da doença falciforme, e estabelece indicações e tipo de transplante para essa finalidade; Inclui membros em equipes de transplante; Inclui, no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, a indicação de transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical, do tipo mieloablativo, para tratamento da doença falciforme; Inclui, no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, a indicação de transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue</p>

		de cordão umbilical, do tipo mieloablativo, para tratamento da doença falciforme; Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos; Incorpora o everolimo para imunossupressão em transplante hepático em adultos no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS; Incorpora o everolimo, sirolimo e tacrolimo para imunossupressão em transplante cardíaco; Concede classificação de acordo com a complexidade tecnológica a estabelecimento de saúde.
2016	Lei 13.309, de 06 de julho de 2016	Institui o Dia Nacional de Doação de Cordão Umbilical.
2016	Decreto 8.783, de 06 de junho de 2016	Altera o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento.
2016	Portaria SAS nº 1.205, de 23/09; SAS nº 77, de 22/01; GM nº 501, de 24/03; ANVISA nº 1.365, de 06/07; GM nº 129, de 04/02; GM nº 158, de 04/02; SCT nº 04, de 14/01; GM nº 83, de 12/04	Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos; Altera o inciso I do art. 2º da Portaria nº 3.032/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, que dispõe sobre o horário de funcionamento e a jornada de trabalho dos servidores do Ministério da Saúde; Cria a Comissão Permanente de Biovigilância, com a atribuição de assessorar tecnicamente a Gerência-Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária, da Anvisa, devido à constante atualização dos conhecimentos relativos ao uso terapêutico de células, tecidos e órgãos para transplante, terapias celulares e avançadas e reprodução humana assistida e a necessidade de discussões técnicas permanentes para a incorporação desses conhecimentos à biovigilância; Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos; Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos; Exclui o medicamento molgramostrim 300 mcg injetável para o tratamento da anemia aplásica, mielodisplasia, neutropenias constitucionais, doença pelo HIV e transplante de medula ou pâncreas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; Altera a Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, que define as condições em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde.
2017	Portaria SAS nº 758, de 12/04; SAS nº 464, de 02/03; SAS nº 463, de 02/03; SAS nº 465, de 02/03; SAS nº 469, de 02/03; SAS nº 347, de	Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos; Exclui membro de equipe de transplante; Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos; Altera a Portaria nº 347/SAS/MS, de 13 de fevereiro de 2017; Concede

	13/02	classificação de acordo com a complexidade tecnológica a estabelecimento de saúde; Torna sem efeito o art. 5º da Portaria nº 347/SAS/MS, de 13 de fevereiro de 2017; Concede autorização e renovação de autorização a estabelecimentos e equipes de saúde para retirada e transplante de órgãos.
--	-------	--

Informações compiladas pela autora.

Esse descompasso ou não linearidade certamente tem uma vasta possibilidade para explicações ou interpretações, mas, como declara Foucault (2000a), a lei não é algo natural, nem mesmo esteve presente entre os primeiros homens, apenas surgiu das batalhas reais, dos massacres, das vitórias e das conquistas. Para o autor, foram esses os pilares para a busca da lei. São resultados de batalhas datadas, cujos heróis de horror permitem nascer, das mazelas e do caos e da agonia, as leis, que na organização das sociedades modernas tem o desígnio de organizar as relações de poder nas sociedades e entre os Estados. O espetáculo articulado pelas leis está posto e em constante articulação com atuações diversas. O suplício judiciário, agora com formas transfiguradas para se fazer ver, somente pode ser compreendido, mesmo que minimamente, como o ritual político que é (FOUCAULT, 2012).

O ritual capaz de prover espetáculos televisivos, espetáculos que não se distanciam daqueles realizados em praças públicas em tempos de outrora. O judiciário e o legislativo, precisam se fazer ver, manifestar o seu poder, discursar sob a pecha moralista, segmentando e censurando essa ou aquela prática, defendendo a liberdade sob a dissimulação do discurso humanista que clama pela liberdade e dignidade humana. Se o utilitarismo liberalista e o moralismo seguem numa falsa disputa por espaço, o espaço desse espetáculo talvez seja a cena jurídica, que poderia ser o laboratório de poder mencionado por Foucault (2012), em que os mecanismos de observação e/ou controle somente ganham alcance mediante sobre o comportamento humano, na medida em que detém um saber poder que emerge em diferentes frentes sobre os sujeitos e objetos que se pretende controlar, nas mais diferentes circunstâncias.

No caso do transplante de órgãos a dissonância entre norma e prática pode significar tantas coisas quanto são as práticas que se desconhece. A própria avaliação do Tribunal de Contas da União demonstra que não há controle e clareza nem mesmo nas práticas formalizadas e institucionalizadas. Conforme aponta o relatório de Avaliação do Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos (VILAÇA, 2006), há dissonância entre a efetividade das práticas avaliadas nos diferentes Estados brasileiros. Embora nacionalmente tenha se instituído as Câmaras Técnicas de Transplante, apenas alguns Estados criaram as suas próprias Câmaras. Alguns aspectos do relatório demonstram que, embora a discussão que

envolve a tentativa de organização da área esteja embasada em basicamente dois saberes distintos – o direito e a medicina –, há uma complexidade de áreas que precisariam ser consideradas para a realização dos procedimentos de transplantes, mas que não habitam o cenário das discussões que tomam conta da cena. O que remete tanto à Foucault (1996) quanto à Fairclough (1992), uma vez que é preciso saber quem fala, para quem fala e de onde fala para tentar compreender os discursos que sustentam a sociedade.

O saber médico e o saber jurídico, que há tanto perpassam o mundo socialmente constituído, seguem moldando conceitos e valores e no mundo dos transplantes isso não parece ser diferente. Mas a autoridade do saber/poder (FOUCAULT, 2014a) precisa ser observada, no sentido de tentar compreender o quanto ela ainda determina a vida organizada, o quanto ainda molda as condutas e os pensamentos, disciplinando as práticas e impedindo que soluções simples sejam empreendidas para a que vida comum seja menos complexa no que compete ao Estado promover (saúde, educação, trabalho). Nesse sentido, busquei refletir sobre os domínios do direito e/ou da medicina, sobre como esses saberes, tão difusos e impactantes, foram construídos a partir das práticas sociais e o quanto elas são ignoradas em certo ponto por esses mesmos saberes que delas surgiram. Para isso, é importante ter em conta o que Foucault (2013b) propôs sobre as práticas sociais, que engendram domínios de saber que são desdobrados em novos objetos, conceitos, técnicas e sujeitos. É nesse aspecto que conhecer a lei faz sentido para que se possa saber algo sobre as práticas relacionadas aos transplantes de órgãos.

Com o desenvolvimento da medicina, por exemplo, outros saberes não menos importantes, mas menos aceitos talvez, foram também se desenvolvendo e a capacidade de se realizar transplantes inculuiu, na realidade, novos saberes para além dos formalizados. Os caminhos necessários para estar apto a receber um órgão, em caso de moléstias que culminem nessa necessidade, são mais amplos do que prescreve a própria medicina ou ainda, como se viu aqui, o direito. As doenças – congênitas do coração, ceratocone, cirrose hepática, enfisema e fibrose pulmonar, diabetes, hipertensão e nefrite, entre outras possíveis – parecem ser apenas o primeiro dos percalços de um receptor em potencial. Se por um lado, as indicações de transplantes têm sido ampliadas, por outro, as práticas intrínsecas aos processos reais talvez estejam longe de ser conhecidas para além daqueles que estão diretamente envolvidos.

Nesse sentido, Foucault (2013a) e também Nietzsche (2003; 2009) apontam que os saberes são sempre construções sociais, invenções do coletivo ou para o coletivo. Remetem há um tempo e aos sujeitos e seguem sendo modificados pela realidade, bem como contribuem para a sua modificação. A especial atenção às formas jurídicas que envolvem o transplante de



órgãos deve-se ao apreço pelas propostas de ambos os autores, em especial à obra de Foucault (2013b), para o qual as práticas judiciárias constituem uma das formas pelas quais a sociedade constrói e possibilitam as diferentes formas de subjetividade e tanto as formas de saber quanto as relações dos sujeitos e a verdade são constantemente construídas. Estão sempre em suspenso, assim como os sujeitos, nunca dados definitivamente, mas em constante mudança no interior da história que possibilita, a partir de discursos tomados como conjuntos de estratégias, a emergência das práticas sociais dos sujeitos de conhecimento. Para os autores, são as obscuras relações de poder que permitem e viabilizam o aparecimento dos saberes e domínios, como, por exemplo, a prática jurídica.

Nas discussões que envolvem a moral e a ética é comum notar a preocupação com a autonomia e com os valores normativos da vida humana. Mas nem sempre são consideradas as particularidades que cercam as ações dos sujeitos. O mais comum é apelar para verdades universais e valores únicos, sem dar muita importância às circunstâncias peculiares da vida cotidiana. Aqui, não proponho uma discussão sobre a dignidade ou autonomia dos sujeitos, mas sobre como eles são impactados por decisões de quem não os representa, de quem não sente o peso que eles sentem diante da situação de precisar de um órgão ou mesmo de ser um doador. Não descarto o fato de que muitos indivíduos se encontram em condições vulneráveis na sociedade, estando mais facilmente submetidos às relações de poder que perpassam o mundo dos transplantes, mas entendo que há um desencontro na proporcionalidade do acesso à informação e nos caminhos para proteger-se da alienação e, nesse contexto, a imaginação ética serve à ressignificação semântica e à instauração de novos hábitos relacionados às práticas de doação de órgãos.

Nesse sentido, Almeida (2003) aponta que há uma sensibilização ética, muitas vezes utilizada para instaurar práticas moralizantes. Para o autor, as proibições, os interditos e o processo de simbolização, e a criação e o estabelecimento de uma ética social, é uma maneira de ressignificar a própria ética pelo corpo, o lugar da ética. Disciplinas como “Ética” e “Cidadania” são criadas e instituídas porque a ética decide-se a partir das práticas que são convencionadas e reificam os hábitos. Os sujeitos, muitas vezes, tendem a se acostumar a não questionar os próprios hábitos, ao ponto de eliminar práticas que tornem seus dias menos questionáveis. A violência moral que se percebe nesse sentido é a luta ética que ocorre no sentido fazer emergir novos sentidos, em detrimento de outros. Talvez o direito incida aí, ao “libertar” os sujeitos de velhos hábitos, instaurando-lhes outros, conforme a conveniência da vez, seja ela de ordem liberal ou moral, mas que incorre sempre no sentido de interesses “maiores” que perpassam os meios educacionais, políticos, sociais e econômicos.

Nesse sentido, o corpo, o veículo para a existência do ser humano no mundo, serve de receptáculo para as construções sociais, bem como permite infringir leis, alterar hábitos e usá-lo para tudo o que for considerado subversivo. A mercantilização do corpo, por exemplo, poderia ser encarada como uma forma de rejeitar os princípios de solidariedade e, assim, romper com a ordem vigente (DINIZ, 2001). Mas os discursos sobre as doações são moralizantes, tornam os sujeitos menos donos de si mesmos. Por meio do apelo à solidariedade, velam-se questões práticas que poderiam mais facilmente ser resolvidas, mas que não interessam ao estado liberal, que tem o seu fim em si mesmo. Pois superar falhas processuais seria mais caro, investir em outras medidas de preservação da vida e prevenção contra doenças seria mais barato, no entanto, há coisas submersas no tema transplantes de órgãos que não lhe dizem respeito, mas que encarecem o sistema, como a manutenção da vida de pacientes críticos, sejam eles integrantes da lista para transplantes ou pacientes mantidos vivos de forma artificial.

A pergunta que fica é se a doação é um ato desprendido, que revela o sentimento de solidariedade, ou se é algo induzido pela biopolítica, enquanto uma estratégia de governo que beneficia, em grande medida, as elites e as organizações religiosas. Talvez a solidariedade seja utilizada como um dispositivo para a estratégia da doação. Muito provavelmente esses aspectos são utilizados em prol de um Estado que, cada vez mais, precisa de subterfúgios para se manter, de um governo que funciona, cada vez mais, para a manutenção da ordem capitalista. Se por um lado quem vende um órgão é condenado, por outro, a máquina pública pode se utilizar dessa crítica para, por exemplo, estimular a doação e instituir o critério de morte encefálica, liberando suas UTIs desfazendo-se dos pacientes que, outrora, seriam mantidos por algum tempo sob a manutenção artificial de seu corpo. Volto a lembrar que a morte encefálica, essa significativa mudança sobre a percepção de vida e morte, serve a um fim liberal, reclassificando a vida conforme sua funcionalidade.

Nesse sentido, a intenção de vender um órgão é criticada, o que, é preciso admitir é mesmo impactante, mas, por outro lado, os sujeitos são bombardeados sobre a sua responsabilidade sobre o outro, sobre o direito de doar um órgão e a obrigação de comunicar a família sobre essa decisão, o que parece singelo, mas que não está embasado nos princípios que aparenta. Vale ressaltar que tais escolhas não ocorrem conforme os valores universais que são postulados quanto à ética e a moral, mas conforme as variáveis cotidianas da vida em sociedade e sob o jugo de uma instituição maior, na qual encontram-se os elos mais fortes das relações. Considero válida a tentativa de garantir condições mínimas de sobrevivência aos mais variados sujeitos convalescentes nas mais variadas culturas, mas entendo que é preciso

respeitar as decisões específicas, buscando compreendê-las longe de moralismos codificados. Enquanto o vendedor de órgãos é julgado, são esquecidos os traficantes, os compradores e toda a instituição que possibilita tal prática. As críticas ao sistema são esquecidas, bem como as relações de poder e as doutrinações interessadas. Assim, há uma distância maior entre as pessoas e as possibilidades de conhecer melhor a dinâmica que envolve essa transação. É uma coisa parece comum à boa parte dessas negociações, as circunstâncias econômicas que abarcam os sujeitos envolvidos. Aquelas mesmas que delineiam as decisões de quem legisla, de quem detém algum saber/poder sobre o tema.

As leis instituem hábitos, heranças, renovações e reinvenções. É na transformação dos hábitos que se encontra o caráter transformador da ética e a educação incide sobre os hábitos e sobre os sujeitos, mas por meio da reelaboração de hábitos que prevalecem e tornam-se moralmente aceitos. Há um choque de sentidos, raramente considerado pelos que tentam valorar a vida ou as ações de indivíduos distintos. Considerando a complexidade cultural que envolve os sujeitos, entendo que a mudança de hábitos deve ser pensada em função de uma série de variáveis, como a cultura, o espaço geográfico, os impactos econômicos e as relações sociais em que se desenvolve a vida de cada sujeito. Esse mesmo sujeito que não pode ser pensado em função de uma única variável, mas em função de si mesmos e de suas relações com o mundo (FOUCAULT, 2013c).

É preciso permitir a imaginação ética entendendo que cada lugar é um lugar e que cada vida é uma, aceitando, assim, que pode haver várias formas de se pensar a própria ética. Cada corpo tem sua história e cada gesto pode ou não ser expressão de paixões, inibidas ou motivadas por hábitos partilhados ou impingidos. Os sujeitos podem ser privados e violentados de inúmeras formas (FOUCAULT, 2012), sejam elas legais ou não. Mas seguir as regras e executar apenas aquilo que é previsto e permitido por lei específica, implica, muitas vezes, em violência contra si mesmo. No caso dos transplantes de órgãos, a operação intervivos é autorizada por Comissões Éticas (RAIA; PADILHA, 2012) responsáveis pela normatização das atividades relacionadas aos transplantes. Tais comissões sofrem constantes pressões sociais, dados os riscos de morte para os doadores. Essas pressões, entretanto, não foram mais fortes que as pressões exercidas pelas instituições e embasadas nas extensas listas de pacientes à espera de um órgão. Segundo Raia (2011), a prevalência da doação intervivos está pautada no princípio *primum non nocere*, que garante ao doador o livre arbítrio para decidir correr riscos para salvar a vida do receptor. É interessante observar que a lei prescreve, mas não elimina a possibilidade da ação.

No que concerne à venda de órgãos, a prescrição e a contenção não caminham lado a lado. Inúmeros discursos, contra e a favor, são observados. De um lado estão os defensores da legitimidade em torno da comercialização do corpo humano e de partes dele para a realização de transplante. De outro, há os que se opõem a essa prática, alegando que essa instrumentalização do corpo vai ao encontro de qualquer princípio de solidariedade (DINIZ, 2001). Em meio a essas discussões, a OMS estipulou, em 1991, os “Princípios Orientadores Para a Transplantação de Órgãos Humanos”, em que se considera o corpo humano e suas partes como não passíveis de transações comerciais, sendo proibida a atribuição de valor econômico. Mas as relações de força são medidas em termos demográficos, culturais e econômicos e não universais. Os modos de vida urbanos são os mais variados ao redor do mundo e desempenham papéis de referência no seio das elites tradicionais de cada lugar. Valores universais não dão conta de resolver questões particulares e, proibida ou não, a comercialização de órgãos segue existindo nos mais variados países (SCHEPER-HUGHES, 2000).

A disseminação de valores entre as massas das populações, pela contínua expansão e pela imposição de padrões morais de comportamento, tem sido realizada por meio de culturas científicas e de modos de comportamento urbanos. E as sociedades não parecem ser o lugar da justiça em senso estrito, nem são capazes de permitir que seja garantida a todos a mesma liberdade para o desenvolvimento da autocompreensão ética. Então, haveria, desse modo, a possibilidade de concepções pessoais sobre o que é uma boa vida, segundo capacidades e critérios próprios. Nesse sentido, deveria se considerar que os projetos individuais de vida não são formados de forma independente dos contextos partilhados, mas há neles algo subjetivo. Eu considero que as subjetividades são fundamentais ao estabelecimento das práticas ordinárias e que as vantagens semânticas, que viabilizam e organizam o mundo e orientam as ações, são possíveis por meio da distinção e da classificação dos sujeitos que, por sua vez, seguem quebrando as regras e descumprindo as ordens em nome de sua subjetividade e presença concreta no mundo (FOUCAULT, 1978).

Ao espetacularizar aquilo que difere da norma imposta, legitima-se que as minorias sejam subjugadas às majorias e é a vida cultural que cria e recria referências para a classificação e exclusão. Ao observar as discussões filosóficas em torno do comércio de órgãos, notei que a precificação dos indivíduos em outras práticas, que não a da escravidão, não é algo recente. Como aponta Courtine (2011b), desde o século XIX pessoas são vendidas como atrações circenses, como raridades que as definiam como monstros, dadas as suas particularidades em contraposição com a norma do belo, do comum e do socialmente

entendido como normal. Essa comercialização é entendida por esse autor como a exposição do bizarro por meio do varejo.

O médico Silvano Raia, o primeiro cirurgião a realizar um transplante de fígado na América Latina, no ano de 1985, e o primeiro a fazer uma cirurgia de transplante com doador vivo no mundo, no ano de 1988, entende que a ética e a moral definem e codificam as normas das atividades humanas, representando convicções e responsabilidades. Entretanto, no caso específico dos transplantes, ele aponta que a decisão da equipe técnica é preponderante para a decisão do doador. Para ele, sem a participação dos médicos envolvidos no processo de transplante não há doação e mesmo havendo um julgamento baseado em um binômio constituído pela vontade do doador e o discernimento da equipe responsável a particularidade, no caso dos transplantes intervivos, está, principalmente, no fato de que realizar uma cirurgia em indivíduo saudável gera dúvidas quanto à legitimidade ética. Raia (1998; 2003; 2011) indica vários fatores que influenciam as decisões da equipe envolvida nos procedimentos de transplantes e afirma que elas interferem fortemente na prática ética.

De acordo com o médico, há, ainda, uma série de fatores práticos implicados nas decisões das equipes de saúde que estão envolvidas com os transplantes de órgãos, a começar pelo fato de que, se todos os indivíduos que estão nas listas de espera para transplantes recebessem órgãos de doadores vivos cerca de 1% a 2% dos doadores morreriam em decorrência da cirurgia. Como se percebe, há, nesse ponto, uma dicotomia bastante problemática. Nesse sentido, uma dúvida me assola. Seria um dever considerar a sociedade em termos de significância estatística e agir em prol dos que somam maior número ou se deveria, enquanto sociedade, evitar, a qualquer custo, ceifar uma vida sadia? Isso vai ao desencontro de qualquer campanha de doação de órgãos. Parece-me uma questão complexa e sem resposta, mas sem dúvida, não são apenas os sujeitos que operam à margem das leis que devem ser pensados em relação aos seus interesses, mas devem ser pensadas todas as práticas e discursos que circundam mesmo as práticas legalizadas.

É interessante a afirmação de Raia (2003) ao defender que os médicos devem sempre se posicionar em relação à prática de transplantes e que, mesmo mediante os dilemas e binômios, é preciso que as ações sejam balizadas pelo bem comum e que cabe ao médico contribuir para o balizamento de práticas nesse sentido. Esse apontamento me remete ao que Foucault (1978) desenvolveu sobre o saber/poder, em que o acúmulo de saber adquirido através das práticas institucionais se sobrepõe a uma possível evolução do saber médico sobre esse ou aquele assunto. Médicos como Raia argumentam que a razão deveria ser a máxima autoridade da moral e que o discernimento dos indivíduos deveria prevalecer em relação aos

princípios e normas que impeçam o progresso benéfico para a sociedade. Mas se o direito da sociedade deve prevalecer em detrimento dos indivíduos, onde fica o direito das minorias? O médico aponta que o livre arbítrio cessa quando interfere na liberdade do outro, assim algumas atividades são entendidas como socialmente perigosas e, por isso, são legalmente balizadas, como é o caso dos transplantes intervivos. Concordo com o médico e me pergunto sobre como as leis se tornam ineficazes.

Entendo que as tentativas de balizar o próprio exercício do livre arbítrio, em prol da manutenção dos direitos humanos, são importantes e necessárias, mas me incomodam as definições sobre o que é certo ou errado, mais ainda, me incomoda pensar que apenas um grupo decide sobre isso, e, notavelmente de acordo com interesses que nem sempre representam as minorias. Para o médico, os profissionais das equipes de transplantes deveriam se basear na premissa da igualdade de acesso aos serviços e o direito à vida a fim de viabilizar a igualdade em relação aos princípios éticos, o que requer que os programas de doação sejam constantemente repensados, assim como as mudanças de posicionamento que a sociedade requer em sua dinâmica, mas tentando escapar de normas moralizantes e sim, humanistas. Nesse sentido, me remeto aos pensamentos de Foucault (1978), para o qual o surgimento das proibições, em especial aquelas que surgiram a partir do século XX, não ocasionaram reflexões produtivas sobre o que é o melhor a se fazer em longo prazo, seja por mim ou pelo coletivo. Nem mesmo proporcionaram uma observação cuidadosa e empática em relação ao todo.

As questões éticas sobre si mesmo também são estabelecidas no contexto de determinadas histórias de vida ou. Ainda, de formas de vida especiais. As guerras também foram fundamentais para a classificação e reificação dos corpos (AUDOIN-ROUZEAU, 2011), sobrepondo-se à própria concepção de identidade, no sentido de como os sujeitos devem se compreender, de quem realmente são e do que querem ser. Práticas como as guerras demonstram que não há direito universal e a barbarização segue apoiada por aqueles que detêm o poder, que trilham caminhos próprios e distintos dos conceitos fundamentais sobre a ética, seguindo para um doutrinamento da vida que não é mais, necessariamente, pautado na doutrina de uma vida correta, e sim na doutrina de mercado.

Para Almeida (2003) questões como a ética e a moral têm sido tratadas como meros elementos discursivos que servem a uma espécie de abuso, em que os discursos empreendidos e escutados como éticos são apenas fachadas para a eternização dos valores hegemônicos legitimados pela ditadura do capital. Essa ditadura dos poderosos determina as características do Estado ditatorial, permitindo a continuidade de regimes autoritários que continuam sob o

véu das rupturas falseadas. Contextos complexos, como o dos transplantes, requerem a atuação efetiva dos sujeitos, de modo a incluir o máximo de elementos e variáveis relacionadas a essa prática.

Raia (1998; 2003) aponta algumas variáveis que parecem importantes para a familiarização com a temática dos transplantes intervivos. Nesse sentido, são apresentados quatro (04) tipos de doadores, a começar pelo doador relacionado, que não pode receber nenhum tipo de retribuição financeira, priorizando os casos de doação entre pessoas próximas, obedecidas as compatibilidades exigidas. Depois há o doador não relacionado, aquele que deve ser considerado caso a caso, onde os enxertos obtidos devem ser destinados conforme os critérios estabelecidos para a organização das listas de espera e, quando direcionado a um receptor específico deve-se obedecer aos preceitos jurídicos a fim de garantir que não haja retribuição material. Há, ainda, o doador vivo induzido por contribuição caridosa, aquela em que se pretende manter o caráter altruísta da doação, mas permite-se o pagamento dos custos funerários à família do doador cadáver. Existe aqui, a possibilidade de uma comercialização velada. Por fim, há o doador remunerado – o que não é permitido no Brasil – ver Lei 9.434/97 e Decreto Regulamentar 2.268/97 – ao qual é permitida uma recompensa financeira por ter se disponibilizado a entregar um órgão em vida.

Essa última proposta tem resultado discussões que defendem o direito a remuneração de todo o processo envolvendo a rede de transplantes, inclusive o doador. Para muitos, isso caracteriza um comércio inaceitável que compromete valores éticos e morais. Mas, e a prática ilegal, que promove a mercantilização de órgãos para transplantes intervivos? O tema tem intrigado algumas esferas da sociedade, como é o caso da igreja católica, que lançou sua última campanha da fraternidade, realizada no ano de 2012, sob a temática do Tráfico Humano e que ressalta, entre suas preocupações, a inaceitável prática da comercialização ilegal de órgãos para transplantes. Países como Israel e Estados Unidos têm registrado a comercialização de órgãos, mesmo não sendo algo legalmente permitido (RAIA, 1998; 2003; 2011).

Além da prática ilegal, na busca por uma redução dos preços praticados os sujeitos receptores de órgãos passaram a adquirir órgãos de outros países, como o Iraque, Arábia Saudita, Bulgária, Romênia, Estônia e Turquia. Autoridades religiosas, como organizações judaicas, apoiam a legalização da comercialização de órgãos, requerendo que sejam garantidas as informações necessárias à seguridade do vendedor. Os defensores da permanência da proibição dizem que isso poderia ocasionar a extrema exploração dos países menos ricos, o que já vem ocorrendo na ilegalidade. Isso não quer dizer que a venda de órgãos

deva ser regulamentada, nem tão pouco quer dizer que não, mas deve instigar pensamentos sobre o que está por trás dessa exploração. Talvez a resposta esteja nas distorções atuais do liberalismo econômico. Nesse sentido, somente a adequada aplicação dos princípios éticos poderia evitar tal exploração, o problema, no entanto, é que parece não haver muito consenso nesse sentido (RAIA, 1998; 2003; 2011).

Lembro que no campo das pesquisas, do desenvolvimento biotécnico se financia no mercado de capitais. E a ampliação da ciência e da tecnologia, ao mesmo tempo em que contribui para o bem-estar do ser humano, também impactam na diminuição da nossa margem de liberdade. O que ocorre é um desencantamento com o velho e a recriação de novos tabus e tendências, deslocando a decisão das pessoas que agem de forma moral e que se preocupam com a própria existência, culminando na instrumentalização da vida humana (FOUCAULT, 2008a). Há, nesse contexto, uma pretensa aceitação racional que distingue as proposições acerca do que seria uma solução justa para os conflitos entre ações e proposições sobre o que é bom para mim ou para nós. Ao se pensar em direitos e deveres, a comunidade de seres morais, criadores de suas próprias leis, se organiza como se fosse capaz de abarcar todas as relações que necessitam de um regulamento normativo. Mas apenas não há simetria nas relações e o sentido moral e o apanhado jurídico não são algo que se possui por natureza, mas que é marcado por uma intangibilidade que alcança significado apenas a partir das relações interpessoais, de reconhecimento recíproco e no relacionamento igualitário entre os sujeitos. Percebo, então, uma impossibilidade prática em se estabelecer verdadeiramente os valores éticos e morais, ao menos em larga escala.

Nietzsche (2009) em sua obra sobre a genealogia da moral tece críticas a teoria moral, que paga um alto preço por dividir seu escopo com uma ética especializada nas formas da autocompreensão existencial. Não se leva em conta o fato de que as convicções morais condicionam efetivamente com a vontade, apenas quando se encontram inseridas na autocompreensão ética, capaz de elucidar a preocupação com o próprio bem-estar, mas a serviço do interesse pela justiça. A ética filosófica deixou o campo livre para que outras áreas se encaragassem da tarefa de orientar a vida, sem grandes escrúpulos e com a atenção debruçada sobre o poder ser si mesmo. Com a ausência de uma autorreflexão ética, e sem condições dignas de escolhas sobre si mesmos, os sujeitos têm suas ações determinadas pelo interesse no êxito dos projetos de vida, pautados no mundo econômico. Assim, a fronteira entre a natureza do que se é, e a disposição orgânica que os sujeitos dão a si mesmo acaba desvanecendo e, na medida em que um indivíduo decide no lugar de outro isso interfere



profundamente na constituição do segundo e, com isso, a simetria da responsabilidade – em princípio existente entre pessoas livres e iguais – torna-se limitada.

É importante atentar que a subjetividade, que faz dos sujeitos recipientes animados para os mais variados sentidos, constitui-se, também, a partir das relações intersubjetivas, onde o si mesmo – indivíduo – surge na exteriorização, estabilizando-se na rede de relações de reconhecimento. Para Almeida (2003), nessa dinâmica os sujeitos ficam expostos e desprotegidos, dependendo intrinsecamente das relações para constituírem sua identidade e defenderem sua integridade. A autonomia é, então, uma possibilidade de conquista precária, de existências finitas que apenas podem se fortalecer a partir da tomada de consciência da vulnerabilidade física e da dependência social. É no universo das relações e interações interpessoais que é reificada a imposição de regras morais numa rede de relações de reconhecimento, regulada de forma legítima, onde as pessoas podem desenvolver e manter sua identidade pessoal ao passo que mantêm sua integridade física.

Nesse sentido, é interessante a perspectiva foucaultiana sobre a governamentalidade que, a partir de regras biopolíticas, serve a uma razão de Estado. Assim, considerando alguns conceitos trabalhados por Foucault (2008a; 2008b), desenvolvo, mais a diante, algumas discussões sobre a governamentalidade e a biopolítica. Antes, contudo, é importante que eu discorra sobre a constituição do Sistema Nacional de Transplantes, a partir da Lei 9.434/1997.

#### 4.2.1.2 A Constituição do Sistema Nacional de Transplantes

A capacitação e orientação de todos os envolvidos nos processos que perpassam a realização de transplantes é apresentada pelo Ministério da Saúde como sendo de fundamental importância. E, embora pareça haver mais preocupação por parte dos órgãos responsáveis quanto à disponibilidade de doadores, a operacionalização e o gerenciamento de tudo o que engloba a política de transplantes tem se mostrado de suma importância. Nesse sentido, esforços vêm sendo empreitados no sentido de, ao menos, tentar controlar tudo o que estiver relacionado aos transplantes no Brasil. Essas tentativas têm levantado uma diversidade e quantidade significativa de profissionais autorizados a acessar informações sobre listas de espera, doadores potenciais e dados sobre receptores com prioridade. Para Moura (2014), a diversidade de profissionais envolvidos tem gerado muitos problemas e dificuldades na

transmissão de informações, na própria identificação dos pacientes e na segurança do processo.

Em termos de organização formal foram criadas estruturas que pudessem viabilizar todo o processo da captação, doação, e transplantes de órgãos, a começar pela criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), em 30 de junho de 1997, pelo Decreto Nº 2.268. Esta é a entidade responsável em monitorar, controlar e desenvolver ações para o processo de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos no Brasil. As ações de gestão, promoção, logística e credenciamento das equipes e hospitais, bem como as definições em torno dos financiamentos e estabelecimento de portarias para a regulamentação do processo deve acontecer sob o âmbito do SNT. Segundo o Ministério da Saúde, as ações mais intensas têm sido empreitadas no intuito de reduzir o tempo de espera nas filas de pacientes que necessitam de algum órgão ou tecido e a própria entidade aponta que o maior sistema público de transplantes do mundo é o do Brasil (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015a).

É relevante compreender como é composto o SNT que, de acordo com a portaria de sua criação e posteriores alterações, conta com a colaboração do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados (SES) e Distrito Federal, as secretarias de saúde dos municípios, as organizações hospitalares e tudo o que for considerado como rede de serviços auxiliares que possam ser entendidos como componentes do processo de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos (PEREIRA et al, 2009).

Conforme consta no Portal da Saúde, o Ministério da Saúde é o elemento central do SNT e tem estrutura criada especialmente para atuar junto ao sistema regimental da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), a fim de exercer as atividades de coordenação em esfera nacional. Quanto à coordenação nas esferas estaduais, foram criadas as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), vinculadas às secretarias estaduais, cuja articulação com as regionais e demais integrantes é orientada pelo SNT, seja quanto à legislação ou à lista nacional de receptores. Dentro desse sistema, cabe à Central Nacional de Transplantes (CNT) garantir o adequado aproveitamento e equidade de direitos na destinação dos órgãos ou tecidos doados e a otimização do processo, tais como as condições técnicas e operacionais relacionadas ao transporte e distribuição (BRASIL, 2014a).

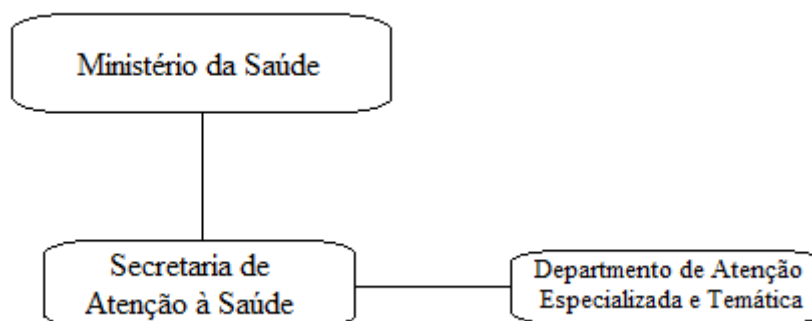
Também fazem parte desse sistema as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), responsáveis pela coordenação, organização e apoio às atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possíveis doadores, a identificação e a busca de soluções para os problemas verificados nos processos, a construção de parcerias e o

desenvolvimento e a capacitação para as atividades de trabalho voltadas para a efetivação da doação. Cabe às OPOs divulgar as políticas de transplantes, promovendo o que o Ministério da Saúde define como conscientização progressiva da comunidade sobre a necessidade de doação permanente de órgãos, o que deve ser realizado em parceria com as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTTs – (BRASIL, 2015a).

Ainda cabe às CIHDOTTs avaliar as condições clínicas do doador potencial, a viabilidade da doação e dos órgãos que podem ser extraídos, levantar se há consentimento familiar e informar a viabilidade ou não à CNCDO, indicando a equipe que irá realizar o explante e o implante. Como instância consultiva de assessoramento tem-se a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), as Câmaras Técnicas Nacionais (CTNs) e o Grupo de Assessoramento Estratégico – GAE – (BRASIL, 2014a).

A coordenação geral do Sistema Nacional de Transplantes é de responsabilidade do Ministério da Saúde e ocorre a partir da CGSNT, que é efetivada por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). A coordenação nacional é organizada da seguinte forma:

Figura 05 – Coordenação Nacional do SNT



Elaborado pela autora com base em Brasil (2014a; 2015a) e Pereira et al (2009).

A CGSNT é o principal órgão do SNT, regido pelo Artigo 4º do Decreto 2268, de junho de 1997 (BRASIL, 1997), ao qual cabe coordenar as atividades relacionadas à remoção de órgãos, tecidos, e partes do corpo humano para fim de transplante, expedindo normas e regulamentos técnicos com vistas a disciplinar os procedimentos e assegurar o funcionamento do SNT, bem como o controle social dessas atividades. Nesse sentido, o órgão gerencia a lista única nacional de receptores, autoriza os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas em remoção, transplante e enxerto e avalia o desempenho do SNT, a partir de relatórios estaduais e municipais. É o articulador de todos os integrantes do SNT, a fim de

fomentar a identificação e correção dos processos e difundir informações e iniciativas, promovendo o intercâmbio, inclusive com o exterior no que se refere às atividades de transplantes.

É a CGSNT que credencia as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, indica os órgãos de vinculação a que se devem submeter os estabelecimentos envolvidos no processo de transplante e as equipes especializadas, que estejam autorizadas com sede e exercício nos Estados onde não existam estruturas formadas para a gestão dos serviços ou que tenham sido canceladas ou desativadas. Como órgão articulador, a CGSNT deve compatibilizar suas ações com as políticas públicas e programas do Ministério da Saúde, recebendo assistência do Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE), que é composto por membros titulares e suplentes, nomeados pelo Secretário de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto de necessidade de gerenciamento das atividades de transplantes no Brasil é criada a Central Nacional de Transplantes (CNT), definida como uma estrutura articuladora entre os diferentes Estados do país, envolvendo todos os integrantes do SNT. A CNT foi instituída a partir da Portaria Ministerial nº 901 (BRASIL, 2000), justificada pela necessidade de aperfeiçoar o processo de gerenciamento e controle das listas de receptores estaduais, regionais e nacional, buscando garantir a equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos e estabelecer mecanismos e critérios que fundamentem a adequada e justa captação e distribuição de órgãos, atendendo aos critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera, a fim de que os órgãos e tecidos sejam distribuídos da melhor forma possível, chegando aos receptores ideais. Depois da criação dessa central, o Ministério da Saúde firmou, no ano de 2001, um Termo de Acordo de Cooperação Técnica entre o Comando da Aeronáutica, a Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (INFRAERO), as empresas aéreas e as concessionárias dos principais aeroportos do país, visando dar suporte para o transporte ágil e eficaz dos órgãos para transplantes e equipes médicas, de forma gratuita, entre os estados e municípios. A CNT funciona em tempo integral. (BRASIL, 2017b).

Sob o âmbito da CGSNT, e articulada à CNT, é criada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO). Os estados, o Distrito Federal e os municípios, a partir de suas Secretarias de Saúde, são os responsáveis por estruturar as unidades com perfil e funções sob orientação do SNT a fim de compor a CNCDO. Para tanto, é necessário que existam equipes especializadas e estabelecimentos hospitalares autorizados a diagnosticar a morte encefálica, a retirada de órgãos e tecidos e a realização das cirurgias de

explantes e enxertos. As CNCDOs regionais devem submeter-se à Coordenação Estadual de Transplantes (CET) e à CNCDO (BRASIL, 2017c).

Conforme o Artigo 7º do Decreto 2.268 (BRASIL, 1997), as CNCDOs devem coordenar as atividades de transplantes em âmbito estadual, promover a inscrição de potenciais receptores, incluindo nos registros as indicações necessárias à sua rápida localização e verificação de compatibilidade. Ademais, deve classificar os receptores, agrupando-os conforme as indicações e em ordem orientada pela data de inscrição, comunicar ao órgão central do SNT sobre as inscrições efetuadas, a fim de organizar a lista nacional de espera, notificar o órgão central do SNT sobre os órgãos e tecidos não aproveitados entre os receptores inscritos na lista estadual, a fim de tentar viabilizar a disponibilidade em âmbito nacional. Também é tarefa das CNCDOs estaduais encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT, em que constem as atividades de transplante sob sua abrangência, e exercer o controle e a fiscalização sobre as atividades relacionadas aos transplantes, aplicando penalidades administrativas por infração quando observadas irregularidades, podendo suspender pelo prazo máximo de 60 dias as equipes e estabelecimentos que cometerem infrações quando houver indícios concretos que coloquem em risco a vida dos envolvidos ou incorram em agravos considerados intoleráveis à saúde dos indivíduos. As penalidades aplicadas devem ser comunicadas à CNT, que deve registrar a ocorrência e, quando for o caso, cancelar a autorização concedida. Nesses casos, o Ministério Público do Estado deve ser acionado a fim de reprimir atos ilícitos quando não constarem no âmbito dos órgãos componentes ao SNT (BRASIL, 2017c).

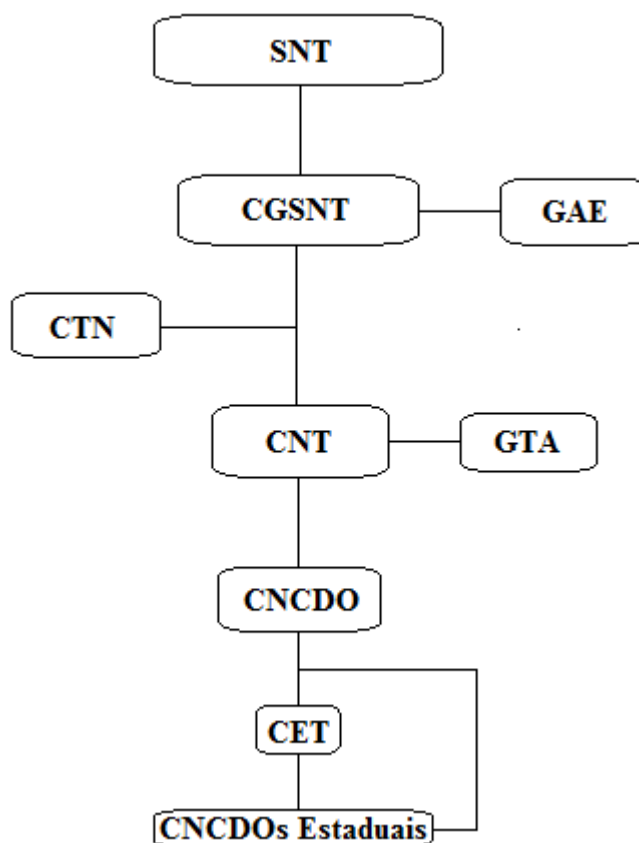
Mediante as complexidades envolvidas no processo de coordenação nacional dos transplantes e para assistir à CNT, foi criado, em 1998, o Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), que reúne a Coordenação Nacional do SNT, as representações das Centrais de Notificação, das associações nacionais de pacientes candidatos a transplante, do Conselho Federal de Medicina, do Ministério Público Federal e da Associação Médica Brasileira. A finalidade desse grupo de assessoramento é estratégica e tem a atribuição de elaborar diretrizes para a política de transplantes propondo temas de regulamentação complementar, identificando os índices de qualidade para o setor, analisando os relatórios e emitindo pareceres em situações especiais quando solicitados pela CGSNT (BRASIL, 2017d).

Para dar suporte a todo o processo e órgãos mencionados até aqui, foram instituídas as Câmaras Técnicas Nacionais (CTN), instâncias colegiadas e de natureza consultiva formadas por especialistas de notório saber e competência profissional. As CTNs são vinculadas tecnicamente à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) e têm a

finalidade de assessorar nos procedimentos de formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas sobre os critérios de inclusão de pacientes candidatos nas listas de espera sobre a distribuição de órgãos e tecidos, sobre a autorização, renovação e exclusão de estabelecimentos e equipes. Hoje o país conta com 12 Câmaras Técnicas Nacionais, a Câmara Técnica de Transplante de Fígado, a Câmara Técnica de Captação e Doação de Órgãos, Tecidos, Células e Partes do Corpo, a Câmara Técnica de Histocompatibilidade, a Câmara Técnica de Transplante de Coração, a Câmara Técnica de Transplante de Pulmão, a Câmara Técnica de Transplante de Pâncreas, a Câmara Técnica de Transplante de Rim, a Câmara Técnica de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, a Câmara Técnica de Transplante e Banco de Tecidos Oculares, a Câmara Técnica de Transplante e Banco Multitecidos (pele, tecidos cardiovasculares e tecidos musculoesqueléticos), a Câmara Técnica de Ética e a Câmara Técnica de Infecção em Transplantes (BRASIL, 2017e).

Assim, considerando o SNT, as estruturas de gestão e apoio necessárias para o seu funcionamento e integração, existe o seguinte processo hierárquico:

Figura 06 – Processo Hierárquico SNT – CNDO



Elaborado pela autora com base em Brasil (2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e).

A subordinação das CNCDOs Estaduais pode ocorrer tanto em relação à CNCDO, em nível nacional, quanto em relação às Centrais Estaduais de Transplantes, isso conforme a implantação ou não das CETs, ou seja, nos estados em que não forem implantadas as Centrais Estaduais de Transplante. Ainda assim é possível instalar as CNCDOs em nível estadual, e elas estarão diretamente submetidas à CNCDO.

Sob o âmbito das CNCDOs Estaduais são instituídas as Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), que têm a função de coordenar, organizar e apoiar, em nível supra-hospitalar, as atividades que constituem o processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de doador em potencial, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do sistema, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para a atuação profissional das equipes para a identificação e efetivação da doação (BRASIL, 2009a). Além de perpassarem as atividades de identificação, manutenção e captação de doadores, as OPOs devem divulgar a política de transplantes de modo a promover a conscientização progressiva da comunidade sobre o que é considerado importante para o processo de doação. Para isso, devem atuar em constante parceria com as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs), avaliando as condições clínicas do doador, a viabilidade dos órgãos a serem extraídos e entrevistando as famílias sobre o consentimento da doação. Quando há a aprovação da família, a OPO informa sobre a disponibilidade dos órgãos à CNCDO, responsável por realizar a distribuição conforme a lista de espera, indicando, assim, as equipes que irão se responsabilizar pela realização das cirurgias de retirada e implante dos órgãos (BRASIL, 2017f).

Cabem as CIHDOTTs a atuação em hospitais públicos, privados e filantrópicos que possuam mais de 80 leitos. Suas atribuições são a de detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital, viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, criar as rotinas para oferecer à família dos doadores a possibilidade da doação de órgãos, articular-se com a Central de Transplante Estadual, a fim de organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos, responsabilizar-se pela educação continuada dos membros das equipes e demais funcionários que possam colaborar com o processo, articular-se com as unidades de recursos diagnósticos que compõem o processo de avaliação da possibilidade de doação e capacitar os funcionários quanto à entrevista familiar de solicitação para a doação, sempre em parceria com a CNCDO e o SNT (BRASIL, 2017g).

A constituição das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos está determinada na Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005, e deve ser instituída nos hospitais por ato formal e estar vinculada à diretoria médica do estabelecimento. As

CIHDOTTs devem ser compostas por, pelo menos, três membros que atuem no corpo funcional do hospital, sendo um deles o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, devendo ter concluído e possuir o certificado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes, emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. (BRASIL, 2005)

De acordo com Arcanjo et al (2013), é imprescindível ao responsável pela CIHDOTT possuir conhecimento prévio sobre o processo de morte, bem como possuir habilidades para se comunicar, de forma sensível, com a família do potencial doador. De acordo com as autoras, é de suma importância que esses profissionais conheçam o processo de doação de órgãos e tecidos e tenham ciência da documentação necessária ao processo de transplante e as legislações específicas, assim como os aspectos éticos que devem embasar todo o processo de doação de órgãos e tecidos. Os coordenadores das CIHDOTTs devem ser constantemente avaliados em âmbito profissional, especialmente após a efetivação de cada processo de captação e transplante, devendo nortear-se a partir do que forem considerados os pontos positivos e negativos observados em cada processo de sua experiência profissional na captação e doação de órgãos, bem como a efetivação e aproveitamento desses órgãos. Esses aspectos devem ser discutidos em reuniões com os membros das equipes envolvidas, a fim de que as experiências gerem discussões que levem à busca por alternativas para minimizar as possíveis falhas e erros observados.

É importante saber que o estabelecimento das CIHDOTTs obedecerá a alguns critérios de enquadramento, sendo classificadas como CIHDOTT I, CIHDOTT II e CIHDOTT III. O tipo I enquadra os hospitais públicos, privados e filantrópicos, onde ocorram até 200 mortes por ano. Essas entidades devem possuir leitos para assistência ventilatória e profissionais que atuem na área de medicina interna<sup>4</sup> ou pediátrica, ou intensivista, ou neurologia, ou neurocirurgia, ou neuropediatria. Esses profissionais devem ser integrantes do corpo clínico da instituição. As CIHDOTTs de tipo II devem ser constituídas em estabelecimentos de saúde de referência em trauma, ou neurologia, ou neurocirurgia, ou, ainda, nos estabelecimentos de saúde não-oncológicos que tenham entre 200 a 1000 mortes por ano, seguindo os mesmos critérios quanto aos leitos para a assistência ventilatória e à equipe. Já os tipos III incluem as

---

<sup>4</sup> A medicina interna é praticada por médicos internistas e inclui diagnóstico e tratamentos não cirúrgicos de doenças de órgãos internos em pacientes adultos. É uma especialidade de base para os hospitais, que dá apoio aos pacientes internados e em atendimento de urgência, nos processos de cuidados intermediários e intensivos e em consultas especializadas. No Brasil, é o equivalente à clínica médica, mas não deve ser confundida com a medicina generalista.



entidades de saúde, não oncológicas, onde ocorram mais de 1000 mortes por ano e estabelecimentos de saúde que tenham implantando pelo menos um programa de transplante de órgãos. Quanto aos estabelecimentos que não se enquadram nesses critérios, a criação das CIHDOTTs é opcional e deverá ser orientada e classificada conforme as CNCDOs estaduais ou regionais (BRASIL, 2017g).

Ainda constituem o SNT os Centros de Transplantes (CTs). Trata-se de centros de referência na área que contam com equipes altamente qualificadas e núcleos especializados em várias fases do processo de transplante. Podem ser clínicas especializadas em tratamento pós-transplantes, hospitais de referência em cirurgia de transplantes, centros de diagnóstico e exames laboratoriais. Esses estabelecimentos ou núcleos devem contar com equipes especializadas, denominadas Equipes de Transplantes. De acordo com o Decreto nº 2.268, essas equipes devem ser compostas de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado e deverá contar com profissionais autorizados perante o SNT. As equipes devem ser multiprofissionais e os médicos, para serem autorizados a atuar em procedimentos dessa ordem, devem apresentar certificado de pós-graduação em nível de residência médica ou título de especialista reconhecido no país e certidão negativa de infração ética emitida pelo órgão de classe onde possuam ou tenham possuído inscrição. As equipes também contam com profissionais da enfermagem, da administração – em atividades de nível técnico –, e da assistência social (BRASIL, 1997).

Além dos hospitais, também existem as entidades estruturadas a partir de especialização em determinada atividade, como os bancos de tecidos e os laboratórios de histocompatibilidade. Os bancos de tecidos são as entidades que realizam o processamento e a conservação de enxertos de tecidos, como ossos, cartilagens, peles, tendões, córneas, valvas<sup>5</sup> e outros tecidos que eventualmente possam ser utilizados em enxertos. Outra responsabilidade desses bancos é o fornecimento de tecidos de alta qualidade técnica e segurança necessária aos transplantes. Os bancos são classificados conforme os tecidos que processam. Atualmente, no Brasil, temos quatro tipos. O Banco de Tecidos Oculares (BTOC), o Banco de Tecidos Cardiovasculares (BTCV), o Banco de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME) e o Banco de Peles (BP) (BRASIL, 2017h).

Sob os cuidados dos BTOCs ficam as córneas, a esclera (estrutura branca e espessa de tecido conjuntivo que envolve o olho e o mantém estruturado) e as células-tronco da córnea, que podem ser utilizadas com finalidade terapêutica (BRASIL, 2016b). Atualmente existem

---

<sup>5</sup> Valvas são as quatro estruturas cardíacas, ao contrário de válvula, que denomina outras estruturas vasculares e viscerais, bem como os componentes da valva (ARAÚJO, 2002).

52 Bancos de Tecidos Oculares cadastrados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017i). Quanto aos tecidos musculoesqueléticos, estão incluídos os ossos, os tendões, os ligamentos, os meniscos, as fáschia-latas<sup>6</sup> e as cartilagens (TOMFORD, 1993). Os tecidos ósseos podem ser captados tanto de doadores vivos quanto mortos. De doadores vivos são captados cabeças de fêmur, enquanto dos doadores mortos podem ser aproveitados todos os ossos e segmentos de ossos.

Os enxertos desse tipo de tecido podem ser utilizados em cirurgias de coluna, preenchimentos em locais onde houve perda óssea causada por tumores ou outras lesões, traumas com perdas ósseas, enxertos de ligamentos em cirurgia de joelhos e outros procedimentos ortopédicos que requeiram quantidade significativa de enxerto ósseo. Em relação às cartilagens, o uso ocorre nas reconstruções de pavilhão auricular (orelha), preenchimento de assoalho de órbita (fina placa óssea localizada abaixo dos globos oculares), e reconstrução nasal. Quanto aos tendões, a utilização ocorre em reconstruções onde há transferência tendinosa (alongamento de tendão do próprio paciente). A fáschia é utilizada para reforçar o assoalho da órbita e no tratamento de paralisia facial (BRASIL, 2017h). Atualmente, existem 7 bancos de tecidos musculoesqueléticos cadastrados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017i).

A pele é um tecido que é utilizado no tratamento de queimaduras e de feridas crônicas. Após processada, funciona como um curativo biológico ou como substituição de partes destruídas, podendo ocorrer um processo de integração, possibilitando a melhora clínica do paciente. No Brasil existem 43 centros de referência, de alta complexidade, em assistência a queimados (BRASIL, 2017i) e apenas três bancos de peles cadastrados no SUS, o que é considerado pouco em relação à demanda por tratamento, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017h).

Quanto aos tecidos denominados como valvas cardíacas, a utilização ocorre nos casos em que há lesões que evoluem para uma patologia cardíaca, requerendo a reparação ou a substituição do tecido, que pode ser de origem natural ou artificial. Há apenas um banco cadastrado no SUS (BRASIL, 2017i). Segundo o Ministério da Saúde, o uso das valvas humanas tem algumas vantagens em relação às demais (suínas, bovinas e artificiais), tanto no que se refere ao desempenho hemodinâmico fisiológico, quanto à incidência quase nula de tromboembolismo, dispensando, assim, o uso de anticoagulantes, e apresentando uma maior

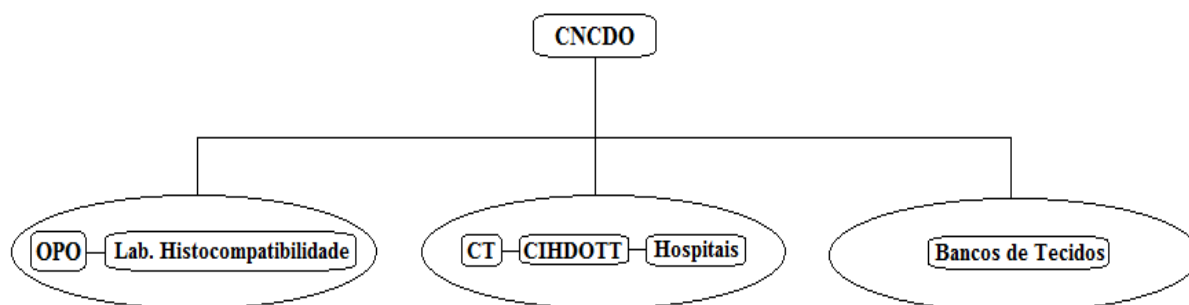
---

<sup>6</sup> Fáschia é um tecido conjuntivo (fibroso) constituído por fibras de colágeno que envolve músculos, grupos musculares, vasos sanguíneos e nervos. A fáschia-lata é a fáschia da coxa (MYERS, 2010).

resistência a infecções, possibilitando melhor qualidade de vida e até mesmo maior sobrevivência aos pacientes (após a alta hospitalar) (BRASIL, 2017h).

Em parceria com os bancos de órgãos e tecidos, e com os hospitais credenciados, atuam os Laboratórios de Histocompatibilidade. Neles são realizados os exames que contribuem para que os órgãos e tecidos sejam adequadamente aproveitados. Esses laboratórios possuem instalações físicas, equipamentos, técnicas e profissionais adequados a realização da coleta, processamento, controle da qualidade e fornecimento de resultados precisos dos exames de histocompatibilidade e imunogenética humana para a finalidade terapêutica e científica. São dois os tipos de laboratórios classificados no SUS, o tipo I, que apresentam capacidade instalada para a realização de procedimentos de histocompatibilidade por meio de sorologia (técnica para detectar e quantificar antígenos e anticorpos), e, o tipo II, com capacidade instalada para realizar procedimentos de histocompatibilidade por meio de sorologia e biologia molecular – análise dos genes HLA – *Human Leukocyte Antigen*/Antígenos Leucocitários Humanos – (BRASIL, 2017 h). No cadastro do SUS constam 4 laboratórios do tipo I e 49 do tipo II (BRASIL, 2017i).

Figura 07 – Estrutura Operacional do SNT

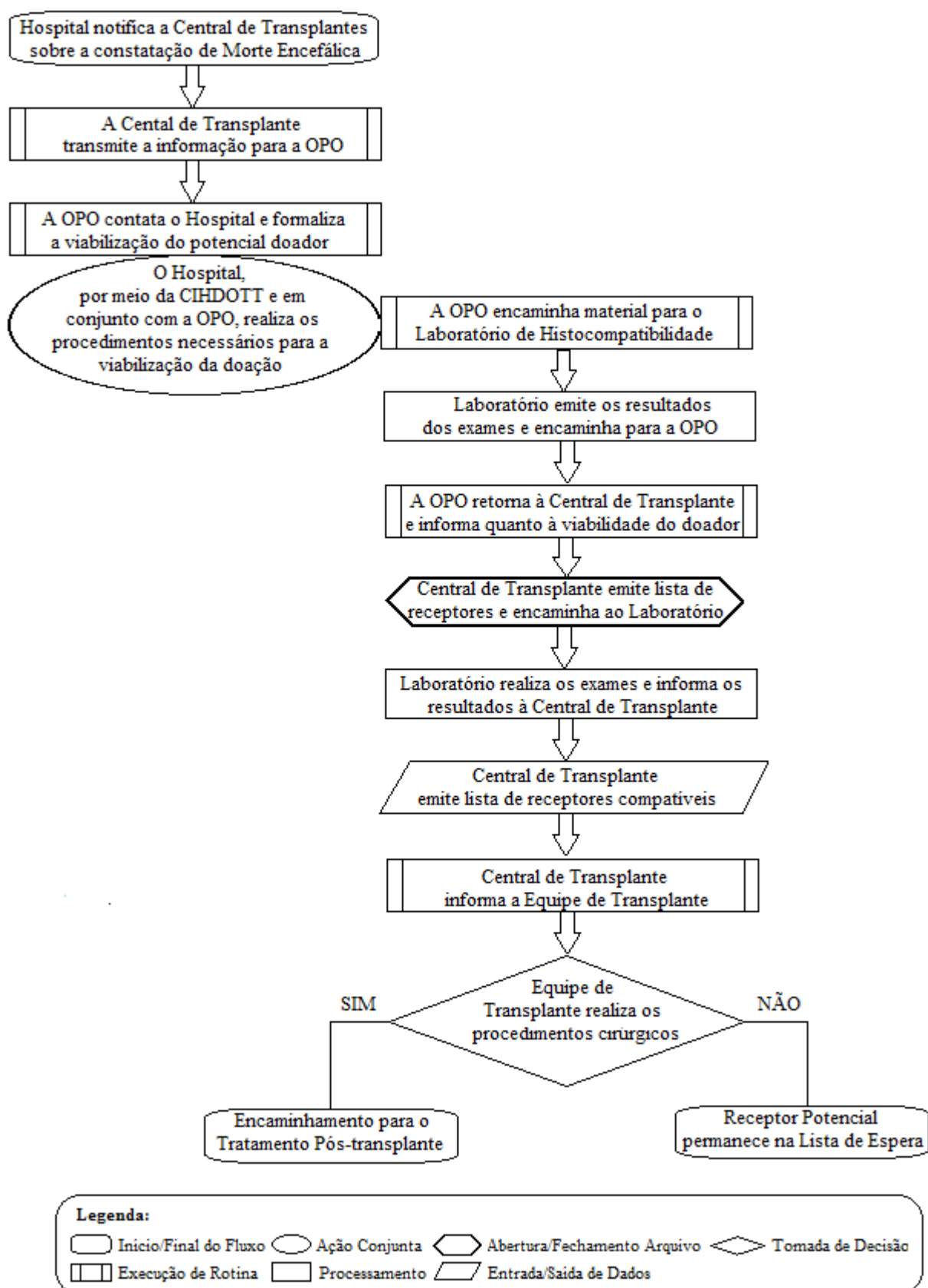


Elaborado pela autora com base em Brasil (2017f; 2017g; 2017h; 2017i).

Sob a orientação e com o apoio da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) são estruturadas e operam as Organizações de Procura de Órgãos (OPO), os Laboratórios de Histocompatibilidade, as Centrais de Transplante e os Hospitais, que devem constituir suas Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) e os Bancos de Tecidos. É nesse contexto que atuam as Equipes de Transplante.

Considerando todos os órgãos do Sistema Nacional de Transplantes, bem como todo o processo estabelecido pelo Ministério da Saúde, conforme legislação vigente, tem-se o seguinte fluxo formal/administrativo:

Figura 08 – Fluxograma Formal/Administrativo

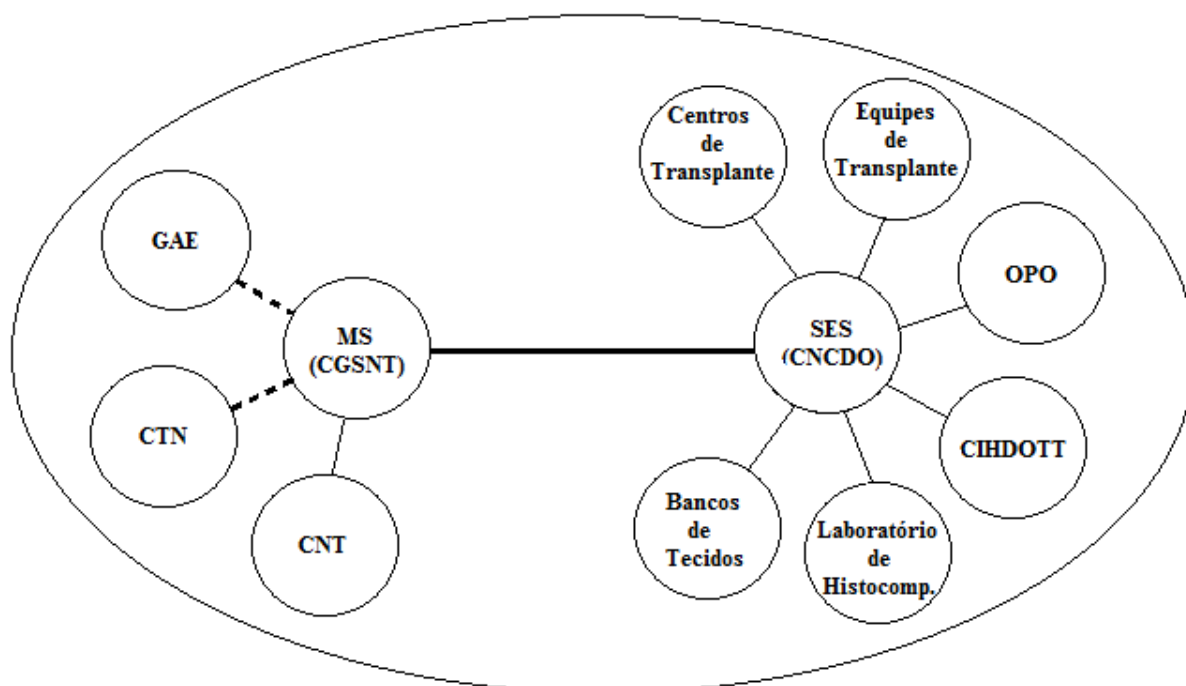


Elaborado pela autora.

Observa-se acima uma esquematização da prescrição legal sobre o processo de captação de órgãos a partir da constatação de morte encefálica. Não obstante, seria necessária a realização de uma pesquisa que objetivasse o acompanhamento, em tempo real, desse processo, a fim de confrontar os procedimentos efetivados na prática com a organização formal que se espera no sistema. Em termos documentais e para fins de registro, deve-se seguir a legislação vigente, considerando as portarias e decretos atualizados, que remetam à Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997).

Atualmente, as apresentações formais do Ministério da Saúde (MS) quanto à formalidade do processo estão pautadas na legislação e no entendimento de que há uma necessidade de controlar as doações e os transplantes. Os trabalhos do SNT são divulgados como em consonância com esse propósito e apresentam textos e esquemas que remetem a uma preocupação com a legalidade e ética que, discursivamente, devem balizar toda a prática sobre captação, doação e transplante de órgãos e tecidos. Os órgãos que compõem o SNT são apresentados de forma harmoniosa, demonstrando haver um interesse em manter um cenário colaborativo e construtivo sobre essa prática. O esquema representativo que consta no Portal Saúde, do MS, demonstra claramente essa intenção em propagar a harmonia do sistema (BRASIL, 2017a).

Figura 09 – Sistema Nacional de Transplantes



Adaptado de Brasil (2017a).

Há muitas questões em jogo, o que justifica o empenho em disponibilizar informações que corroborem para a percepção de um processo limpo e eficaz. As questões problemáticas, no entanto, limitam-se a constante menção da necessidade de ampliar a doação de órgãos e otimizar o processo logístico envolvendo os transplantes de órgãos. Lendo as descrições sobre a estrutura do SNT e seu funcionamento esperado parece que se está frente a um sistema muito bem elaborado e que busca obedecer às regras e expectativas coletivas. Contudo, muitos trabalhos e pesquisas já indicam sérios problemas no processo de transplantes no Brasil, como aponta o Tribunal de Contas da União (TCU), como as divergências quanto aos critérios para a efetivação dos transplantes nos diferentes Estados do país. Há ainda as limitações verificadas no Sistema de Informação Gerencial (SIG), que não apresenta capacidade para ser operado conforme as regras do MS, e não permite o acompanhamento do histórico do paciente quanto à recusa<sup>7</sup> de um órgão oferecido, e permite a alteração de dados por usuários com vários perfis de identificação e dados clínicos e complementares, sem que conste a data do registro e o responsável pela alteração. Tais fragilidades permitem que situações clínicas do paciente sejam alteradas nos registros informacionais do SNT (BRASIL, 2012).

Essas circunstâncias não são apresentadas à sociedade e nem mesmo discutidas de forma aberta, como o caso do Tráfico de Órgãos Humanos, investigado pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que apurou várias irregularidades, mas que ficou desconhecida do público comum (RIBEIRO, 2004). A justificativa, na qual a mídia e o MS se fundam para não divulgar os problemas e as disfunções do SNT, é a necessidade de ampliar a disponibilidade de doadores, apresentada como o ponto mais problemático no processo dos transplantes e, que, por isso, merece uma maior atenção. Os sites e documentos do SNT reiteram constantemente a importância da doação. Opções contrárias não são discutidas como aceitáveis e a não adesão às campanhas, embora a lei preveja que deva se tratar de um ato espontâneo, são tratadas como algo egoísta e desumano.

A organização e estabelecimento do SNT e os desdobramentos das estratégias empenhadas pelo governo a partir desse órgão são a representação burocrática da biopolítica. Para Foucault (2006), esse aspecto burocrático da biopolítica é tão incisivo que o poder gerado por ele tem capacidade letal, incidindo sobre os sujeitos de forma tão “necessária” que não é possível contestar, não é permitido lutar contra ele. A burocratização da vida e da morte não pode ser combatida, uma vez que ela é entendida como necessária, mesmo por aqueles

---

<sup>7</sup> Esse elemento é importante, uma vez que o paciente que recusa um órgão por cinco vezes deve ser excluído da lista (BRASIL, 2012).

que serão suas vítimas. O problema, como apresenta Branco (2013), não é a burocracia em si, mas seu uso em terrenos que não são inerentes à gestão estratégica.

Para melhor compreender esse processo, apresento, a seguir, as atividades que devem ocorrer sob a tutela do SNT, como a doação de órgãos, a morte encefálica, a lista de espera, o acompanhamento pós-transplante e a atual situação dos transplantes no Brasil. Começo com a doação de órgãos e as campanhas para maximizá-la.

#### 4.2.1.3 A Doação de Órgãos no Brasil

Segundo Marinho (2006), de todas as mortes registradas no Brasil, menos de 1% é de indivíduos que têm morte encefálica detectada antes de apresentar parada cardíaca, o que torna muito baixo o número de doadores potenciais. De acordo com Bendassolli (1998), no final da década de 1990 a doação de órgãos no Brasil já se configurava como problemática. Já naquele período as filas para receber um órgão para transplante eram demasiadamente extensas. Para o autor, o que configurava como uma esperança acabava por ser um martírio, visto que o índice de mortalidade antes que um candidato recebesse o órgão era considerado alto. Estar na fila para receber um órgão era quase sinônimo de estar na fila para morrer, o que, por sorte, às vezes poderia ser evitado caso aparecesse um doador compatível no meio do calvário. Mediante essas circunstâncias foi criada uma lei, nessa mesma década, que presumia a intenção da doação de órgãos caso o indivíduo não manifestasse desejo contrário em vida, registrando isso em seu documento de identidade ou habilitação.

Em 2009, o Ministério da Saúde apontava um aumento no número de doadores, bem como indicava o aumento no número de procedimentos cirúrgicos realizados com essa finalidade. Naquele momento, o programa nacional de transplantes do Brasil era considerado um dos maiores sistemas do mundo nesse segmento. Com as alterações legais, não havia a necessidade de deixar registrada, em vida, a intenção de doar os órgãos após a morte, pois, nesse caso, é a família do sujeito que decide por doar ou não. Em caso de afirmativa, os familiares deveriam autorizar formalmente a retirada dos órgãos após a constatação de morte encefálica. Essa autorização deveria obedecer ao que informa o artigo 4º da Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que afirma ser necessária a apresentação de um Consentimento Informado permitindo a retirada dos órgãos da pessoa falecida para transplantes ou fins terapêuticos. Esse documento poderia ser assinado pelo cônjuge ou parente com idade

superior a 18 anos, numa relação que se limita a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau. Ainda precisaria constar no documento a assinatura de duas testemunhas presentes no ato de verificação da morte (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2009b; DALBEM; CAREGNATO, 2010).

O Ministério da Saúde e alguns autores apontam que a aceitação da família ainda é o maior obstáculo no processo de doação de órgãos (SANTOS; MASSAROLLO, 2005; MARINHO, 2006; DALBEM; CAREGNATO, 2010; MONTEIRO et al, 2011; PESSALACIA et al 2011; MARQUES et al, 2013; FERREIRA et al, 2015). Tanto no que se refere às perspectivas futuras ou mesmo no aspecto da operacionalidade, a doação é sempre apontada como o ponto mais problemático. A pesquisa de Marinho (2006) aponta que a taxa de ofertas é muito mais baixa que a demanda por órgãos para transplante, o que, por si só, já condena à morte parte das pessoas na fila de espera. Para Dalbem e Caregnato (2010) a doação é uma solução que se converte em um grave problema quando não acontece, impedindo, assim, o crescimento do sistema brasileiro de transplantes, o que, segundo as autoras, ocorre pela recusa da família em doar os órgãos do ente falecido. Essa recusa cessa por completo qualquer possibilidade de seguir com o processo. Para Marques et al (2013), o ponto de partida da doação de órgãos é a manifestação da vontade de doar, mas o fato da decisão ter que ser tomada num difícil momento de perda e luto reduz a intenção. Mas esse momento complicado não pode ser transformado em espera, uma vez que a equipe responsável pela captação tem que abordar a família rapidamente, após detectada a morte encefálica, pois só assim poderia se sustentar a condição do potencial doador a fim de preservar os órgãos para a doação e aproveitamento.

De acordo com Santos e Massarollo (2005), no processo de doação deve-se considerar a percepção que os familiares de doadores cadáveres têm em relação ao processo de morte encefálica e a doação propriamente dita. A pesquisa revelou que os familiares envolvidos no processo de doação consideram que a doação começa no ato da internação do paciente em estado grave e se estende até o sepultamento, o que revela o aspecto simbólico que perpassa esse período envolvendo a perda e a doação. Ademais, o processo é demasiado burocrático, demorado, desgastante e cansativo. Segundo Dalbem e Caregnato (2010), pode-se acrescentar a esse processo o conhecimento limitado que a maior parte da população tem em relação ao assunto, principalmente no que se refere à morte encefálica, o próprio desejo do potencial doador, os aspectos religiosos, a demora na liberação do corpo e o medo da comercialização de órgãos. Além disso, as autoras apontam que muitas das famílias que já passaram por esse processo afirmam ter sofrido resistência por parte da sociedade, além de se sentirem inseguras



quanto à decisão por causa de questões religiosas e também pelo despreparo por parte das equipes de saúde. A pesquisa apresentada no artigo aponta que o índice de não autorização familiar no ano de 2008 foi de 22,2% em todo o país, sendo o Rio Grande do Sul o Estado com maior índice, 27,1%. Mas traz também outros aspectos para a não efetivação da doação, tais como a não identificação, o manuseio inadequado do potencial doador e a contraindicação clínica. No caso da não identificação trata-se do fato de que alguns hospitais não identificam a morte encefálica ou mesmo não comunicam à Central de Notificação.

Para sanar parte desses problemas, Pessalacia et al (2011) apontam que os aspectos éticos que devem ser considerados para o processo de doação deveria ser a máxima do processo de captação e abordagem dos familiares. Os autores acreditam que se fossem bem descritas essas questões, bem como se a abordagem fosse realizada de forma menos técnica e mais acolhedora, as taxas de consentimento aumentariam. Eles descrevem que o foco maior é sempre no receptor e sua família e que a família doadora acaba por ficar em segundo plano nesse processo complexo que se inicia com a revelação da morte e se encerra com a retirada. Como é possível observar, nesse sentido, os autores aqui mencionados diferem de Santos e Massarollo (2005), que apontam o fim do processo somente no ato de sepultamento do doador. O que difere a abordagem entre ambos é que os primeiros consideraram em sua pesquisa apenas o processo regularizado pela lei que versa sobre os transplantes.

Monteiro et al (2011) relatam que é necessário que se realizem muitas campanhas de conscientização para mudar a compreensão da sociedade sobre a importância da doação. A pesquisa que realizaram buscou explorar, descrever e analisar a perspectiva dos adolescentes nesse sentido. Concluíram que a percepção desse público é positiva em relação à doação, mas que eles não sabem quase nada sobre o assunto e que o pouco que pensam que sabem é baseado em ideias equivocadas, o que, para os autores, revela a necessidade de se disponibilizar informações mais adequadas sobre o processo de doação de órgãos. Considerando esses apontamentos, busquei conhecer as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, mas nesse processo compreendi que, embora exista informação disponível em sites e documentos legislativos, o que circula entre o público em geral é apenas o imperativo da necessidade de informar aos familiares o desejo de doar os órgãos, mas não há esclarecimentos sobre o processo de fato. Exceto em páginas oficiais e direcionadas ao público da saúde ou a quem se interessa pelo tema por questões diversas a doação.

De qualquer forma, considero importante para esse trabalho conhecer o processo e as regras apontadas pelo governo no Portal Saúde que, ao dar início ao tema, começa por apontar que a morte cerebral impede que o indivíduo respire sem a ajuda de aparelhos e que, mesmo

havendo batimentos cardíacos, a parada cardíaca é inevitável para esse indivíduo, cedo ou tarde. Outro cuidado é o de apontar que um médico de confiança pode acompanhar o processo de retirada dos órgãos, sendo de fundamental importância que os órgãos sejam aproveitados enquanto ainda há a circulação sanguínea, que os irriga, o que não seria possível após o coração parar, o que limitaria o aproveitamento apenas às córneas (BRASIL, 2009b).

No site é apontado que ao reconhecer um doador efetivo as centrais de transplantes e as secretarias estaduais de saúde são comunicadas e que apenas esses órgãos têm acesso aos cadastros técnicos das pessoas que compõem a fila de espera. Argumenta, ainda, que a ordem da lista deve ser combinada com a compatibilidade do doador em relação ao receptor, que os exames são precisos e seus resultados interferem na dinâmica da fila, uma vez que o próximo da lista não é necessariamente o próximo a receber os órgãos devido à necessidade de haver compatibilidade. Acrescida a essa informação está a afirmação veemente de que as centrais controlam completamente o processo e que isso coíbe qualquer prática ilegal, incluindo o comércio de órgãos (BRASIL, 2009b).

Vale lembrar que a doação, assim como todas as demais etapas do processo de transplante de órgãos, é regida pela Lei nº 9.434/97, na qual está expressamente definido que a retirada de órgãos de sujeitos falecidos só pode ocorrer após o diagnóstico de morte cerebral constatada por dois médicos e mediante a autorização de parente próximo (BRASIL, 1997). Partindo dessa lei, o Portal Brasil traz informações sobre os critérios para ser doador, a começar pela necessidade de identificação e registro hospitalar e que a causa do coma seja estabelecida e conhecida de todos os envolvidos. Consta, ainda, que o potencial doador não pode apresentar temperatura corporal menor do que 35°, o que caracteriza hipotermia, nem mesmo estar em estado de hipotensão arterial – pressão baixa – ou estar sob efeitos de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. O site não traz detalhes sobre essas drogas, mas trata-se de medicamentos que diminuem a atividade cerebral, deprimindo o funcionamento normal e levando a um estado de aparente desligamento do sistema nervoso, como é o caso dos barbitúricos e anticonvulsivantes (FORMAN et al, 2014).

Entre as informações encontradas, consta que o potencial doador deve passar por dois exames neurológicos que devem indicar o estado do tronco cerebral e também deve ser realizado por dois médicos, e, ainda, que esses profissionais não podem ser integrantes das equipes de captação e transplante de órgãos. Também deve ser realizado um exame complementar para demonstrar a morte encefálica, bem como se deve investigar se o fluxo sanguíneo é suficiente para manter o cérebro funcionando ou não. Por fim, deve ser realizado um exame que identifique a ausência de atividade elétrica e metabólica do cérebro. Só então,

após estar descartada a possibilidade de ainda haver algum indicativo de atividade que corrobore para a manutenção da vida, é que está comprovada a morte cerebral, que não se trata de uma situação de coma, que é algo reversível, já que as células cerebrais, nesse caso, ainda estão vivas. Há, ainda, a orientação de que, após esgotados os procedimentos de verificação da morte encefálica, o médico responsável pelo paciente, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou que faça parte da equipe de captação de órgãos, deve informar com clareza e objetividade que o sujeito está morto e que os órgãos podem ser doados (BRASIL, 2009b).

Também há informações sobre quais órgãos podem ser doados, a começar pelo coração, que deve ser retirado do doador antes da parada cardíaca. Esse órgão só resiste seis horas fora do corpo, antes de ser implantado e a partir desse período deverá ser descartado. Pulmões também são aproveitados e também devem ser retirados com o coração ainda em funcionamento, sua duração também é de seis horas fora do corpo. Já os rins podem ser retirados até meia hora após a parada cardíaca e mantidos por até 48 horas após sua retirada. Fígado e pâncreas também devem ser retirados com o coração ainda batendo, e duram 24 horas. Também são aproveitadas para a doação as valvas cardíacas e o intestino. As córneas, a medula óssea, a pele, as cartilagens, os ossos e o sangue são considerados tecidos e podem ser retirados mesmo após a parada cardíaca, mas, no caso do sangue, não tem sido realizado, no Brasil, qualquer aproveitamento de material oriundo de pessoas mortas, pois os custos e as dificuldades técnicas impedem a utilização desse tipo de tecido pós *mortem* (BRASIL, 2009b).

As córneas podem ser retiradas até seis horas após a parada cardíaca e mantidas por até sete dias. A medula óssea é retirada por aspiração óssea ou coleta de sangue quando há receptor compatível. A pele pode ser retirada até seis horas após o óbito e, após devidamente submetida a testes que descartem contaminações, o que pode levar até 40 dias, pode ser congelada por até dois anos. As cartilagens podem ser retiradas até seis horas, e os ossos até 12 horas após a morte, sendo encaminhados para um banco de tecidos e processados para evitar contaminação por bactérias e vírus. São congelados a menos de  $-80^{\circ}\text{C}$  e podem ser mantidos assim por cinco anos. O aproveitamento dos ossos de doadores mortos ocorre de indivíduos que tenham entre 10 e 70 anos de idade e não tenham sofrido de câncer ósseo, osteoporose ou doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2017j).

No caso de doadores vivos a doação é permitida entre membros da família ou amigo próximo, mas no caso de não parentes a doação só pode ocorrer mediante autorização judicial (BRASIL, 2016A). O procedimento só pode ser efetivado depois de confirmada a compatibilidade sanguínea e verificadas as condições clínicas adequadas. Não deve haver

riscos significativos ao doador e, além dos órgãos já mencionados, alguns tecidos também podem ser doados em vida – medula óssea e pele – (BRASIL, 2009b). Há três tipos de transplante de pâncreas, o isolado, em que só este órgão é implantado, o tipo após rim, em que a implantação do órgão ocorre após a cirurgia de implantação de um rim, e o tipo simultâneo, em que rim e pâncreas são implantados num único procedimento cirúrgico que dura cerca de 8 horas (BARONE, 2014). Os rins são implantados em casos de doença renal crônica e/ou terminal, normalmente em pacientes indicados como portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), em que há a constatação de perda progressiva e irreversível da função renal (CAMARGO et al, 2011).

O transplante não é indicado nos casos em que o paciente tenha alguma doença maligna incurável, infecção incurável, doença cardíaca avançada, doença pulmonar avançada, doença hepática progressiva, doença vascular cerebral, coronariana ou periférica extensa, anormalidades severas do trato urinário inferior, coagulopatia persistente, idade superior a 70 anos, doença mental ou psiquiátrica grave e condições psicossociais adversas, tais como alcoolismo e drogadição. Também são contraindicados os transplantes em casos de pacientes com histórico de não aderência aos tratamentos, que apresentem doença renal com alto índice de recorrência e pela própria recusa do paciente, uma vez que o transplante é uma opção ao tratamento. Como os rins são órgãos duplos, o doador pode doar um dos dois rins e ainda assim manter a sua qualidade de vida (MANFRO; CARVALHAL, 2003). Todas essas indicações servem para os implantes com órgãos recebidos tanto de doadores mortos, quanto nos casos da doação em vida, porém, é importante apontar que, nos casos da doação em vida, os critérios são levados em conta também no que se refere ao custo-benefício para doador e receptor.

A pele quando retirada de doador vivo é realizada em camadas mais superficiais por meio de procedimento cirúrgico, e, posteriormente, é tratada e só então transplantada. O mais comum é que se retire a pele das coxas e costas, e não há consequência para a aparência do doador, uma vez que a aparência do local do qual se retira a pele é como uma queimadura solar, que cicatriza e se recupera rapidamente (HOSPITAL EVANGÉLICO, 2013). A doação de medula óssea em vida ocorre por meio de procedimento cirúrgico, sob anestesia, e requer internação do doador por um período de 24 horas. Nesse procedimento, que tem a duração de 90 minutos, a medula é retirada do interior do osso da bacia, por meio de punções. A medula do doador se recompõe em 15 dias e, nos primeiros três dias após a doação, pode ocorrer algum desconforto localizado, de leve a moderado, requerendo o uso de analgésicos. Em situações satisfatórias o doador retorna às suas atividades de rotina logo na primeira semana

após a doação. Outro método utilizado é a coleta por aférese<sup>8</sup>, em que o doador usa uma medicação por cinco dias com a finalidade de aumentar o número de células-tronco no sangue. E, após esse período, o doador passa por uma máquina de aférese que colhe o sangue da veia do doador separando as células-tronco e devolvendo os elementos que não serão utilizados para aquele procedimento específico. Para esse tipo de procedimento não é requerido nenhum método de analgesia. A decisão sobre qual método utilizar deve ser tomada pela equipe médica responsável, tanto pela doação quanto pelo procedimento de implantação e deve considerar cada caso em particular (BRASIL, 2017c).

No Brasil, o transplante hepático utilizando partes do órgão de doadores vivos ocorreu pela primeira vez no ano de 1988, na área pediátrica, mas por causa da escassez de doadores mortos compatíveis, e na tentativa de reduzir a mortalidade dos pacientes em espera pelo órgão, acabou evoluindo para a aplicação em pacientes adultos. A retirada de parte do fígado dependerá de cada caso e deve considerar a necessidade do paciente e a disponibilidade anatomofisiológica do doador. A decisão é tomada a partir de uma análise da volumetria pré-operatória que orientará quanto à possibilidade ou não da doação. É preciso que o doador disponha de volume adequado para o enxerto do paciente que receberá o enxerto. Assim, busca-se assegurar tanto o volume adequado para o receptor, quanto a permanência de volume remanescente adequado para as necessidades dos doadores (NICOLUZZI et al, 2012; NEGREIROS et al, 2016).

E no caso dos transplantes de pulmão com doadores vivos, algo que ainda ocorre em caráter excepcional, é realizado o enxerto de parte do pulmão do doador, denominado transplante lobar intervivos, sendo retirado do doador um lobo pulmonar (CAMARGO et al, 2015). Mas o transplante de pulmão a partir de doadores vivos é considerado apenas como uma alternativa frente à escassez de órgãos provenientes de doadores cadáveres. De acordo com Camargo et al (2008), desde a primeira realização de um transplante pulmonar bem-sucedido foi amplamente expandida a fila de espera para a realização desse procedimento. E como não houve um aumento de doadores cadáveres na mesma proporção, o transplante pulmonar intervivos passou a ser uma opção. A técnica evoluiu, mas ainda é considerada muito arriscada e cria uma situação que os autores consideraram única na medicina, o fato de

---

<sup>8</sup> Aférese é o ato de separar e retirar um ou mais elementos componentes do sangue de um doador, podendo separar esse sangue em glóbulos, plaquetas e plasma.

tratar um paciente em situação precária expondo um indivíduo saudável a um risco provocado que poderia ocasionar até mesmo a morbimortalidade<sup>9</sup>.

Considerando todas essas situações e possibilidades apresentadas até aqui, é importante indicar o que é necessário para se tornar um doador ainda durante a vida. Em primeiro lugar, é imprescindível que se trate de um cidadão de capacidade jurídica reconhecida, que tenha mais de 18 anos, ou seja, emancipado. É necessário que as condições de saúde não comprometam a manifestação dessa vontade de se tornar um doador, bem como deve ser constatada uma condição de saúde em que o ato de doar um órgão ou tecido não comprometa sua saúde e condições físicas para uma vida saudável. O doador deve ser avaliado por um médico que possa atestar a inexistência de doenças que possam comprometer a saúde durante a retirada do órgão ou tecido e depois de finalizado o procedimento. É preciso que exista a vontade de doar e em hipótese alguma o doador deveria ter sua capacidade funcional comprometida, mas não é bem assim que a coisa acontece (ANDERSEN et al, 2005; BARRI et al, 2009; COMORETTO; CENTENO, 2017). Além desses preceitos ainda é necessário que exista um receptor com indicação terapêutica indispensável, isto é, para que alguém se candidate a doar em vida é necessário que exista um receptor, com algum laço sócio afetivo, cuja indicação de transplante é a única alternativa para a sua sobrevivência. Vale ressaltar, ainda, que o doador deve ter até o 4º grau de parentesco com o receptor ou ser cônjuge do mesmo, do contrário, a doação somente será permitida via autorização judicial (BRASIL, 2009b).

Também poderiam ser doadores de órgãos os indivíduos anencéfalos, mas as possibilidades éticas desestimulam as pesquisas científicas nesse sentido. No intuito de possibilitar esse tipo de doação é preciso que a legislação abarque mais detalhadamente alguns aspectos. Para tanto, há que se discutir mais adequadamente os aspectos morais, legais e práticos que, de acordo com Rocha (2010), deve despertar discussões amplas no sentido de produzir novas considerações no âmbito liberal. Já para Carvalho e Miziara (2012), considerar essa possibilidade requer uma avaliação no âmbito da medicina, do judiciário e da ética, visto que há sérias limitações quanto ao aproveitamento dos órgãos desses indivíduos. Em 2004, a utilização de órgãos de portadores de anencefalia para fins de transplante era regida pelo processo CFM nº 1.839/98, aprovado em 2003, e cujo parecer fazia menção à morte encefálica como consequência de processo irreversível e de causa conhecida.

---

<sup>9</sup> Morbimortalidade é um conceito complexo fundado na área médica para designar a articulação de dois outros conceitos, a morbidade e a mortalidade, estando o primeiro conceito ligado a presença de uma doença em uma população e o segundo é o fator estatístico relacionado aos tipos de morte que afetam uma população.

Para o CFM, o indivíduo anencéfalo era considerado resultado de um processo irreversível, o que o enquadrava no critério de morte encefálica, onde não há nenhuma possibilidade de sobrevivência e a causa é conhecida, enquadrando-se nos critérios fundamentais da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, em que o CFM é o responsável por definir os critérios de morte encefálica (COSTA, 2004). Em 2004, o CFM autorizava o uso de órgãos e tecidos de anencéfalos para transplante, mediante a autorização prévia dos pais. Nesse momento eram considerados alguns aspectos, como o fato de que os anencéfalos eram natimortos e, devido à parada cardiorrespiratória logo nas primeiras horas após o parto, parte dos órgãos poderia se tornar inviável para o transplante ou, ainda que, pela inviabilidade vital seria inaplicável o critério de morte encefálica, mas considerava-se que ainda assim poderia haver órgãos e tecidos viáveis para transplantes, principalmente em crianças.

Outro aspecto considerado naquele momento era que as crianças deveriam preferencialmente receber órgãos com dimensões compatíveis e que os doadores anencéfalos poderiam suprir essa demanda. E ainda, apelavam para o fato de que os pais demonstravam elevado sentimento de solidariedade ao gerar um feto que sabiam que jamais sobreviveria, sendo-lhes, então, inerente a aceitação da doação dos órgãos. Mediante essas alegações, o CFM resolve dar continuidade à aprovação do processo de doação de órgãos de anencéfalos, desde que autorizados pelos pais, e requer que a autorização seja manifestada pelos pais, formalmente, com 15 dias de antecedência a data provável para o nascimento (CFM, 2004). Contudo, em 2010 essa decisão foi revogada considerando os precários resultados obtidos nos transplantes de órgãos de doadores anencéfalos (CFM, 2010).

Quanto ao impedimento da doação de órgãos e tecidos, ficam impossibilitados de doar as pessoas portadoras de doenças que possam comprometer o funcionamento dos órgãos e tecidos doados, tais como insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, pancreáticas e hemopatias – doenças do sangue –. Os indivíduos que têm doenças contagiosas transmissíveis, como os soropositivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), doença de chagas e hepatite dos tipos B e C, também não podem ser doadores, assim como os pacientes com infecção generalizada ou insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas, pessoas com tumores malignos – exceto nos casos em que os tumores estão restritos ao sistema nervoso central – pessoas com carcinoma basocelular, câncer de útero e doenças degenerativas crônicas (BRASIL, 2009b).

Tendo apresentado as possibilidades e impossibilidades da doação de órgãos e tecidos, é importante ressaltar como o assunto vem sendo publicitado, colocando para a sociedade a responsabilidade de salvar vidas a partir da doação. Contudo, o problema dos transplantes

vem sendo tratado apenas para fim de despertar interesse na população de doadores potenciais. Mas a sensibilização se limita à discussão sobre a possibilidade de salvar vidas. Não são tratados temas ligados aos riscos ou mesmo as limitações do próprio transplantado. Dalbem e Caregnato (2010) afirmam que o debate em torno da doação já é de suma importância, uma vez que vem sensibilizando a população sobre o tema e modificando conceitos. Para Bendassoli (1998), a doação nesses termos – salvar vidas – é pensada como algo próximo à metáfora bíblica, em que se devem prestar contas à comunidade e a si mesmo, num movimento que permeia a fronteira entre o outro – que precisa do órgão para sobreviver – e o próprio indivíduo, que correrá o risco de perder a própria vida para salvar a do outro. Para o autor, o doador vem sendo negligenciado nos discursos sobre os transplantes, desde o descaso sobre como a doação de órgãos pode ser vivenciada pelo doador, que muitas vezes pode se sentir impingido a doar, fazendo com que deixe seu próprio bem-estar em segundo plano. A consciência da própria doação também não é levada em conta, bem como os símbolos e as representações associadas a essa ação.

De acordo com Marques et al (2013), a legislação não é suficiente para dar conta de toda a problemática envolvendo a doação de órgãos e o tema permanece polêmico, o que talvez explique o silenciamento em torno de certas questões que o perpassam. As autoras mencionam que os próprios profissionais da área da saúde ainda não estão adequadamente familiarizados com a questão da doação e que questões relacionadas à religiosidade estão imbricadas no processo de doação de órgãos. Os levantamentos realizados pelas autoras demonstraram que, embora exista um discurso sobre a importância da doação e o reconhecimento do ato de doar, isso não se reflete na efetividade das doações, já que as taxas de consentimento são maiores quando a família é bem orientada durante o processo, inclusive sobre o significado da morte encefálica. Em outras palavras, muito se fala sobre a doação, mas, na hora da decisão, o que tem contado é a orientação durante o processo de constatação da morte encefálica. Também foi apontado que a influência do cuidado com o paciente doador, e a opinião dos seus familiares, têm sido de suma importância na tomada de decisão favorável à doação.

Mas, para Bendassoli (1998), a doação não pode ser reduzida aos aspectos informacionais do tema, pois há uma preocupação que é subjugada em função de atitudes persuasivas quanto à urgência da necessidade do órgão ou tecido, elementos como egoísmo e altruísmo são colocados em primeiro plano em detrimento dos mecanismos psíquicos que são acionados e condições delicadas como as que envolvem esse tipo de decisão. O sujeito é colocado entre o outro e o si mesmo e a individualidade e a alteridade quase nunca são



levadas em conta. O autor considera que, para a adequada compreensão do processo de doação de órgãos, é relevante que se faça a distinção entre alguns dos fatores que contribuem ou não para a doação, considerando os aspectos particulares e os aspectos públicos. No caso dos aspectos particulares está a relação do sujeito com o seu próprio corpo, o que inclui o significado desse corpo, a percepção que se tem dele, o medo da mutilação, a morte, a imagem, o que se entende como corpo, a energia, a memória e consequência, o simbolismo e a representação e, no caso dos aspectos particulares, está a relação com a sociedade. No âmbito dos aspectos públicos estão a relação do indivíduo com seus familiares e o meio onde vive, as informações que partilham sobre a doação, a negação da morte, as emoções envolvidas, as crenças, os mitos, a mutilação do corpo, o contexto sociocultural, a influência da medicina e a demanda pela doação. Embora o autor indique que as categorias “público” e “particular” servem apenas para descrever os processos, é possível observar que apenas o aspecto público da doação vem sendo reificado nos informes sobre a doação, mas há uma constante interação no processo de doação de órgãos convergindo para uma relação de dependência entre vários fatores que favorecem ou não a doação.

Outro aspecto, considerado por Roza et al (2010), é a diferenciação dos transplantes em relação a qualquer outro procedimento na área da saúde e, para eles, a taxa de doação está diretamente relacionada a um olhar que ultrapassa as questões técnicas e éticas. Trata-se de uma experiência pessoal e coletiva. Já Lima (2012) aponta que há conflitos éticos que perpassam a atuação dos próprios profissionais de saúde e que influenciam no processo de doação. Tais profissionais vivenciam os conflitos sobre o ato de doar e eles mesmos precisam ressignificar o sentido do seu trabalho para que estejam, de fato, aptos a lidar com o significado de morte, o sofrimento e a dor da perda. Para Marques et al (2013), esse é um aspecto importante por vários motivos, mas principalmente pelo fato de que os profissionais envolvidos no processo de doação apresentam um papel de significativa importância, para além dos aspectos técnicos, devendo ser capazes de contribuir e sanar as necessidades que envolvem o processo quanto a sua complexidade, o que requer capacitação, não apenas quanto à retirada e enxerto dos órgãos, mas em relação ao processo de apoio aos familiares, tendo sempre em mente que, em hipótese alguma, a família deve ser induzida a uma resposta positiva sobre a doação, devendo sempre haver clareza quanto a efetividade de sua vontade. Conforme consta na pesquisa realizada pelas autoras, a principal causa do baixo índice de doação no país se deve a ineficiência da equipe no processo de notificação de potenciais doadores, seguida pela inadequada abordagem feita pelos profissionais em relação à família.

Nesse sentido, as campanhas para a doação de órgãos têm sido pautadas em estratégias e táticas fundadas num aparato numérico, a partir de dados que impactam a vida do público em geral, tais como as taxas de doação, número de transplantes realizados e mortes das pessoas na lista de espera. Essa mensuração, dos processos que envolvem os transplantes, segue como estratégias de mapeamento da população, ao mesmo tempo em que produz um imaginário sobre o tema. São trazidos ao conhecimento público casos de melhora na qualidade de vida dos transplantados, casos de sofrimento crônico e situações de extremo desespero, sempre numa tentativa de sensibilizar os sujeitos para a doação (PRUINELLI; KRUSE, 2011). O apelo pela doação, no entanto, vela o que há de concreto na cena dos transplantes, como o desperdício de órgãos por questões técnicas, as dificuldades encontradas no acompanhamento pós-transplante, a curta sobrevida de parte dos pacientes transplantados, a quantidade de recursos envolvidos, entre outros fatores desconhecidos.

O fato é que as campanhas são sempre muito apelativas e colocam o indivíduo numa encruzilhada, a de salvar ou, indiretamente, de impedir que uma vida continue. Obviamente, falar de doação *post mortem* é muito simples, mas o ato de doar depende dos familiares que, num momento de luto, são chamados a tomar essa decisão. Entretanto, a morte é sempre um tema complexo e o ato de doar um órgão como o coração, por exemplo, requer que a morte seja aceita, e isso não é algo com o que a sociedade esteja confortável para lidar. Talvez por isso a valorização da vida e o silenciar sobre a morte. Pois, se por um lado as campanhas valorizam a vida do possível receptor, por outro lado a vida perdida do possível doador fica em segundo lugar no plano discursivo. Mas morte e vida seguem contornando a temática dos transplantes, ainda que as campanhas representem diferentes pesos e medidas para falar sobre vida e morte, conforme o seu propósito, o da doação.

Desde 1997, a partir da regulamentação dos transplantes de órgãos, as campanhas têm sido instrumentos significativos para angariar adeptos. Em 2003, num esforço de reduzir a fila de espera, que na época era de 56.700 pessoas, o governo realizou uma campanha cujos *slogans* eram: “Minha família já sabe, sou doador”, “A melhor herança que você pode deixar” e “Seja feita sua vontade, seja um doador” e, neste ano, o cartaz da campanha da ABTO estampava a frase: “A arte de prolongar a vida”. O projeto do MS, nesse momento, tinha o objetivo de reduzir a fila em 3% ao ano até 2007 (BRASIL, 2003a), o que ocorreu, mas não exclusivamente como resultado da campanha, pois enquanto a fila foi reduzida em torno de 30%, o número de enxertos realizados aumentou em mais de 50%, passando de 12.247 transplantes realizados em 2003, para 18.621 em 2007. No ano de 2007 o número de pessoas em espera por um órgão era de 40.902 indivíduos. Em 2016 foram realizados 22.489

transplantes e, no final do ano, 34.542 pessoas estavam na lista de espera por um órgão (ABTO, 2003; 2007; 2016).

Observei que nas campanhas para a doação de órgãos, que têm assumidamente um caráter apelativo, pouco ou quase nada é informado sobre o processo de doação e transplante, limitando o foco sempre no ato de doar e na grande necessidade de que existam mais doadores. Pede-se que as famílias sejam convencidas (Campanha de 2003) e, às vezes, até mostram como vidas incríveis foram recuperadas a partir da doação de órgãos (Campanha de 2015). Em 2003, o crescimento da fila de espera foi de 10% e o Ministério da Saúde apontava que 54% das doações para o transplante de rim foram realizadas por doadores vivos, o que não ocorria em outros países considerados mais desenvolvidos e indicava que o problema estava fundado em questões culturais.

Mas ações significativas já haviam figurado o cenário nacional no tocante à doação de órgãos. No ano de 1997 foi instituída a doação presumida, que consistia em tornar qualquer cidadão um potencial doador e, caso o sujeito não concordasse com essa perspectiva, deveria indicar, em seu documento de identificação pessoal, que não se tratava de um doador. Em palavras mais claras, a coisa era a seguinte, se você não fosse até de um órgão competente para indicar que você não queria se tornar um doador de órgãos após a sua morte e ter isso registrado em sua identidade você seria, automaticamente, considerado um doador e sua família nada teria a opinar. Mas isso, obviamente, não deu certo. Por vários motivos, em especial, o fato de que a lei brasileira prevê que os direitos do sujeito cessam a partir de sua morte. Essa medida causou incomodo e trouxe um efeito negativo e, no ano de 2001, caiu por terra. Em 2003 se defendia uma legislação intermediária, o que não aconteceu até então pelo mesmo motivo já citado, o cessar dos direitos civis após a morte. Mas as campanhas seguiram e à época, tinham um orçamento de R\$ 6,5 milhões, sem contar com as iniciativas das fundações e associações que nem sempre recebiam subsídios do governo (BRASIL, 2003b; LEITE, 2003; REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2003).

Para que seja possível entender um pouco desse processo de estímulo às doações de órgãos apresento algumas imagens de campanhas realizadas desde 2003. Já neste ano foi lançada uma importante campanha, sob a responsabilidade da Fundação Edson Queiroz, cujo título era: *Doe de Coração*. Essa é até hoje considerada uma das mais importantes campanhas desde a implantação da Lei de Transplantes. Não localizei a data da fotografia, mas ela traz o símbolo da campanha iniciada naquele ano.

Figura 10 – Imagem da Campanha Doe de Coração



Ares Soares (s.d)

No entanto, embora as campanhas e apelos tenham continuado, há algo que impede a redução da fila de espera, e que, para José Medina Pestana, em 2003, era um fato intransponível, menos pessoas têm morte encefálica e mais pessoas precisam de órgãos. Naquele momento já se alertava que era preciso melhorar o sistema de notificação e a capacitação dos profissionais envolvidos, uma vez que apenas um a cada oito potenciais doadores eram notificados. Estimava-se que 60% da população se consideravam doadores de órgãos e que a família tendia para a doação, respeitando a vontade do indivíduo (LEITE, 2003). Mas com a deficiência no processo de notificação as campanhas não parecem fazer tanto sentido, porém, mesmo assim, seguiram os investimentos nesse sentido e a mídia, o governo e as associações seguiram no pacto pró doação, como pode observar no texto de 2004, que consta na figura abaixo:

Figura 11– A Influência da Mídia nas Campanhas de Doação



ABTO (2004)

O texto da Figura 11 diz o seguinte:

### **Mídia ajuda conscientizar a população**

A importância da mídia para conscientizar sobre a doação de órgãos também foi destaque durante o “II Workshop Brasileiro de Transplante Cardíaco”. O jornalista Demócrito Dummar, presidente do O POVO, participou como conferencista e apresentou várias sugestões para que o tema esteja sempre em pauta nos jornais, emissoras de rádio e televisão.

Para Demócrito Rocha, os transplantadores e suas equipes precisam de habilitação para se comunicarem através da mídia de forma acessível e consistente, “deixando de lado a linguagem de especialistas, e conquistando assim audiência para o tema”. Também citou a importância de um movimento crítico permanente “de adesão às pessoas que se disponham a se tornar doadoras”, além de transparência na apresentação dos resultados dos transplantes “não em números frios, mas em exemplos e histórias de vida”. Para o jornalista não é possível conseguir ampliar o número de doadores

esperando apenas por campanhas públicas de doação. “O setor precisa gerar mídia espontânea para difundir sua atuação”, afirma (ABTO, 2004).

E assim seguiram as campanhas. Já em 2004, o tom de responsabilização foi adotado e uma das imagens usadas como símbolos da campanha daquele ano trazia o dizer “Te quero Vida”, acrescido da afirmativa “Deixe sua luz brilhar em outra vida”, finalizado com o imperativo “Doe órgãos”, como é possível observar abaixo:

Figura 12– Imagem da Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2004



ABTO (2004)

Em 2005, o apelo continua e o chamado da ABTO, estampado no principal cartaz da campanha, era o seguinte: “Decida-se pela vida”. Como pode ser observado na Figura 13:

Figura 13 – Cartaz da VII Campanha Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos



ABTO (2005)

No ano de 2006, em sua oitava campanha, a ABTO afirma que “Vida é para doar e para receber”, e ilustra um colorido cartaz que pode ser visto aqui:

Figura 14 – Cartaz da VIII Campanha de Doação de Órgãos e Tecidos



ABTO (2006)

Em 2007, entre tantas campanhas em território nacional, uma me chamou a atenção por sua clareza em destacar que, após a morte, os órgãos não servem mais. Era a campanha realizada pela Associação de Pacientes Transplantados da Bahia (ATX – BA). Os cartazes publicitários traziam um coração formado por itens como sapatos, roupas e outros utensílios usados e as frases: “Você sempre doou o que não lhe servia mais. Faça o mesmo com seus órgãos.” Abaixo um dos cartazes da campanha:

Figura 15 – Cartaz da Campanha de Doação de Órgãos da ATX – BA 2007



ATX - BA (2007)

Uma campanha com o intuito de conscientizar também as famílias dos doadores, motivada pela negativa de muitos em relação à autorização da doação de órgãos após a morte



de seus entes queridos, foi veiculada com um apelo àqueles que optassem por se tornar doadores, para que comunicassem às famílias sobre sua vontade.

Figura 16 – Cartaz da Campanha Nacional Campanha de Doação de Órgãos – MS 2008

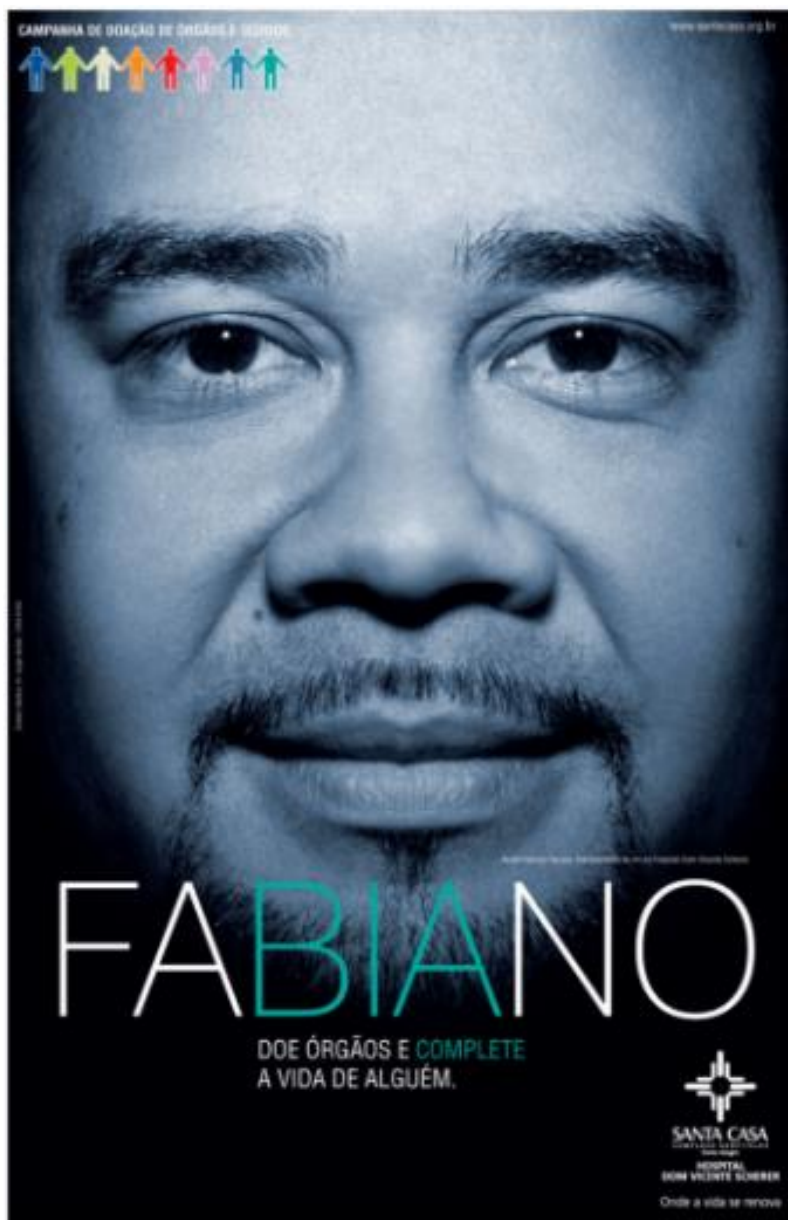


Ministério da Saúde (2008)

Em 2009, a Santa Casa de São Paulo lança uma campanha com apelo emocional pautado na finitude e tudo o que ela representa para a sociedade contemporânea. Quase que ironicamente são apresentadas as duas faces da mesma moeda em um mesmo chamado. Morte e vida estão no mesmo cartaz. Não que não estivessem presentes nos outros, mas agora, assumidamente se fala sobre a morte e sobre a grande busca por evitá-la a qualquer custo. Nesse sentido, é mostrada, em um cartaz da campanha, uma possibilidade de permanecemos “vivos” em outra vida. A ideia era propor que doando os órgãos o sujeito poderia viver, ainda que simbolicamente, em outra pessoa, dando continuidade a vida de quem precisa de um órgão, dando continuidade, de alguma forma, à sua própria vida. O *slogan* “doe órgãos e complete a vida de alguém” era acompanhado por um nome de homem que continha outro nome, de mulher, indicando que ao completar Fabiano, Bia estava nele (Figura 17). Outras campanhas também foram construídas com a mesma ideia, como um vídeo

argentino<sup>10</sup> lançado pela Fundação Argentina de Transplante Hepático (FATH), em que um cachorro reconhece no transplantado algo do seu antigo dono, que havia falecido e teve os seus órgãos doados, sendo um deles implantado no sujeito identificado pelo cão. A própria Santa Casa já tinha lançado um vídeo similar<sup>11</sup> e mundo afora há outros bem parecidos.

Figura 17 – Cartaz Campanha Santa Casa – 2009



Santa Casa (2009)

<sup>10</sup> Disponível em <<http://mais.uol.com.br/view/1575mnadmj5c/campanha-na-argentina-usa-cachorro-para-incentivar-doacao-de-orgaos-04020C9A316CE0A15326?types=A&>> Acessado em 2 de maio de 2017.

<sup>11</sup> Disponível em <<http://comunicadores.info/2015/05/28/uma-emocionante-campanha-de-doacao-de-orgaos/>> Acessado em 2 de maio de 2017.

Já na campanha de 2010 e 2011 a vaidade acompanhou a solidariedade. Como é possível observar no folheto abaixo, a promessa é a de que se tornando um doador, você deixa a sua marca e se torna especial, ao mesmo tempo em que contribui para a vida dos pacientes à espera de um órgão.

Figura 18 – Folheto da Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2010-2011

Lado A Lado B

Informação,  
a melhor amiga da  
doação de órgãos.

**DOE ÓRGÃOS!**

Deixe a sua marca, multiplique vidas.

Fique do lado da Vida.

DOAÇÃO  
DE ÓRGÃOS

XIII Campanha Nacional de Doação de Órgãos e Tecidos

Informações sobre doação de órgãos e tecidos:  
Disk Saúde 0800 61 1997  
Sistema Nacional de Transplantes (61) 3306-8212  
ABTO (11) 3283-1753/ 3262-3353

Realização

www.abto.org.br

Apoio

ABTO (2011)

Em 2012, a ABTO voltou a pedir para que as pessoas que já se decidiram em doar seus órgãos após a morte comuniquem as suas famílias.

Figura 19 – Cartaz Campanha Nacional de Doação de Órgãos ABTO – 2012



Seguindo a linha indicada pelo jornalista Demócrito Rocha, em 2004, o Ministério da Saúde trouxe, em seu folheto de campanha de 2013, um caso real e acrescentou ao pedido para que os doadores informem as suas famílias quanto sua decisão em doar, a história de uma criança transplantada:

“Aos 7 meses, eu ganhei um coração. Há 7 anos, eu agradeço esse presente. Matheus tinha 7 meses quando recebeu um coração. Hoje ele já tem 7 anos e comemora esses anos de vida graças a um doador. Todos nós podemos ser doadores de órgãos, basta comunicar esse desejo a família. Não deixe a vida se apagar. Seja doador de órgãos. Fale com sua família” (BRASIL, 2013).

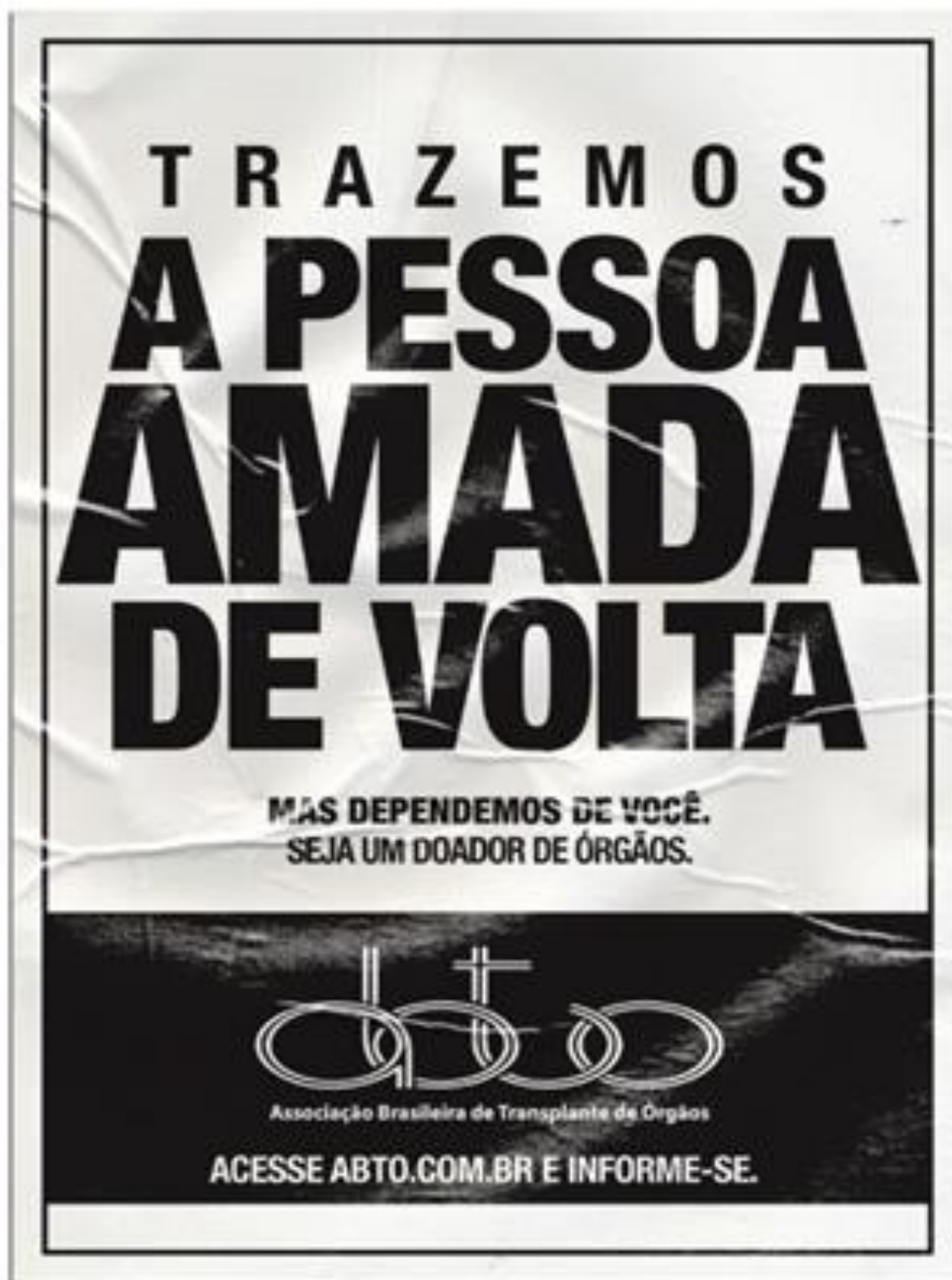
Figura 20 – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos MS – 2013



BRASIL (2013)

E um pouco de humor também é adicionado à campanha da ABTO de 2013 e um cartaz parecido com aqueles em que “videntes” e afins espalham cidades afora, em que constam dizeres como “trago seu amor em 24 horas” foi veiculado. No cartaz da campanha a chamada era “Trazemos a pessoa amada de volta, mas dependemos de você. Seja um doador de órgãos.” Além do texto, o *layout* do material também era semelhante às propagandas dos “videntes” (Figura 21).

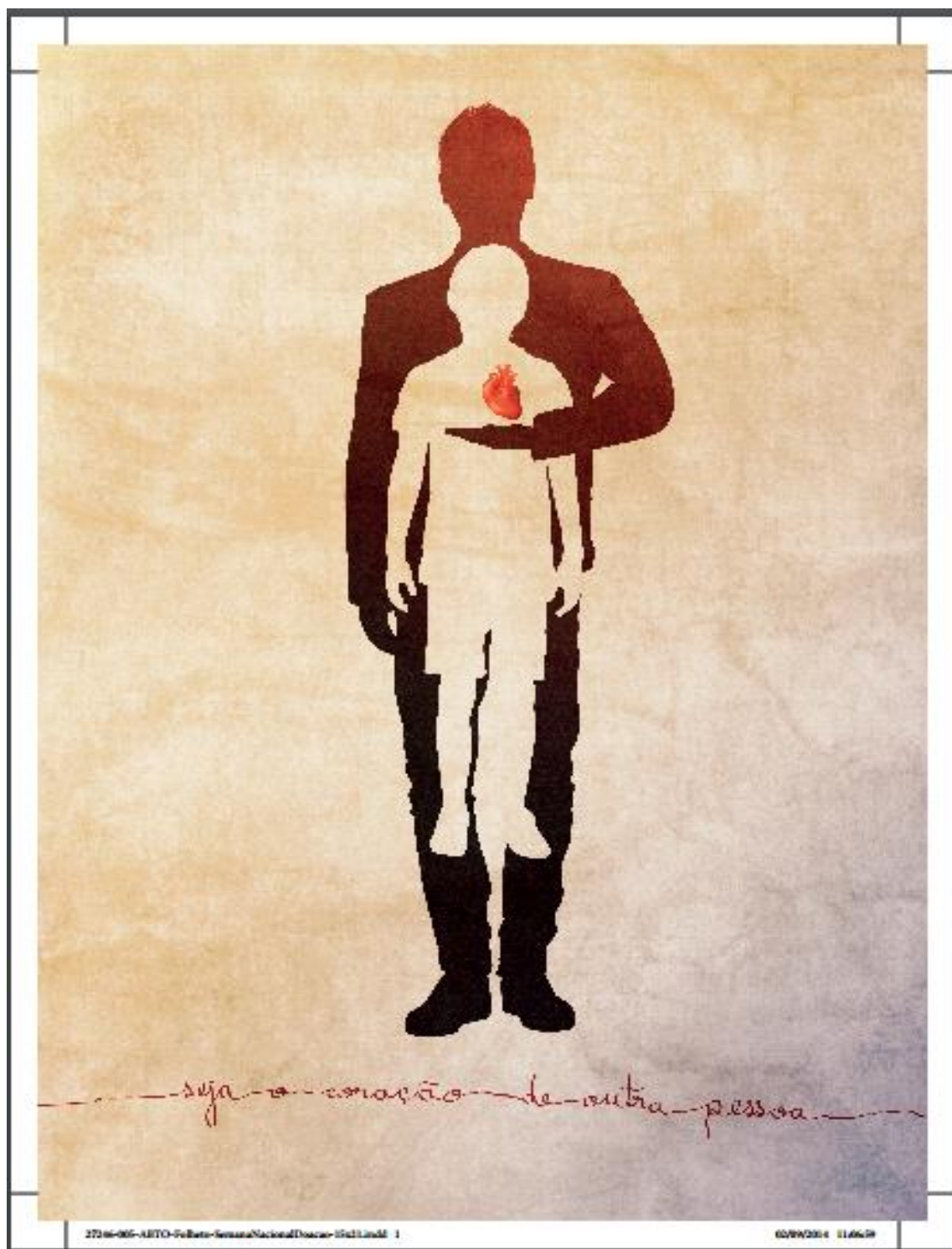
Figura 21 – Cartaz Campanha Nacional ABTO – 2013



ABTO (2013)

Para os anos de 2014 e 2016 a ABTO repetiu um de seus cartazes, apostando mais na imagem do que no texto, cuja mensagem era: “Seja o coração de outra pessoa” (Figura 22).

Figura 22 – Folder Campanha de Doação de Órgãos da ABTO – 2014/2016



ABTO (2014)

Em 2015, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde e a ABTO lançaram várias imagens para auxiliar na campanha para a doação de órgãos. O Estado de Pernambuco, por exemplo, usou uma imagem bastante impactante em que uma menina aparecia em um

gramado ao lado de uma lata de lixo e duas frases: “Um dos dois vai receber seus órgãos. Você decide qual (Figura 23).

Figura 23 – Folder Campanha Doação de Órgãos no Estado de Pernambuco



Folha de Ceres (2014)

Já um dos folders da campanha da ABTO traz uma pessoa vestida com uma camiseta branca cuja estampa era um zíper próximo ao coração e a frase “Doar seus órgãos é fácil assim, basta avisar sua família (Figura 24).



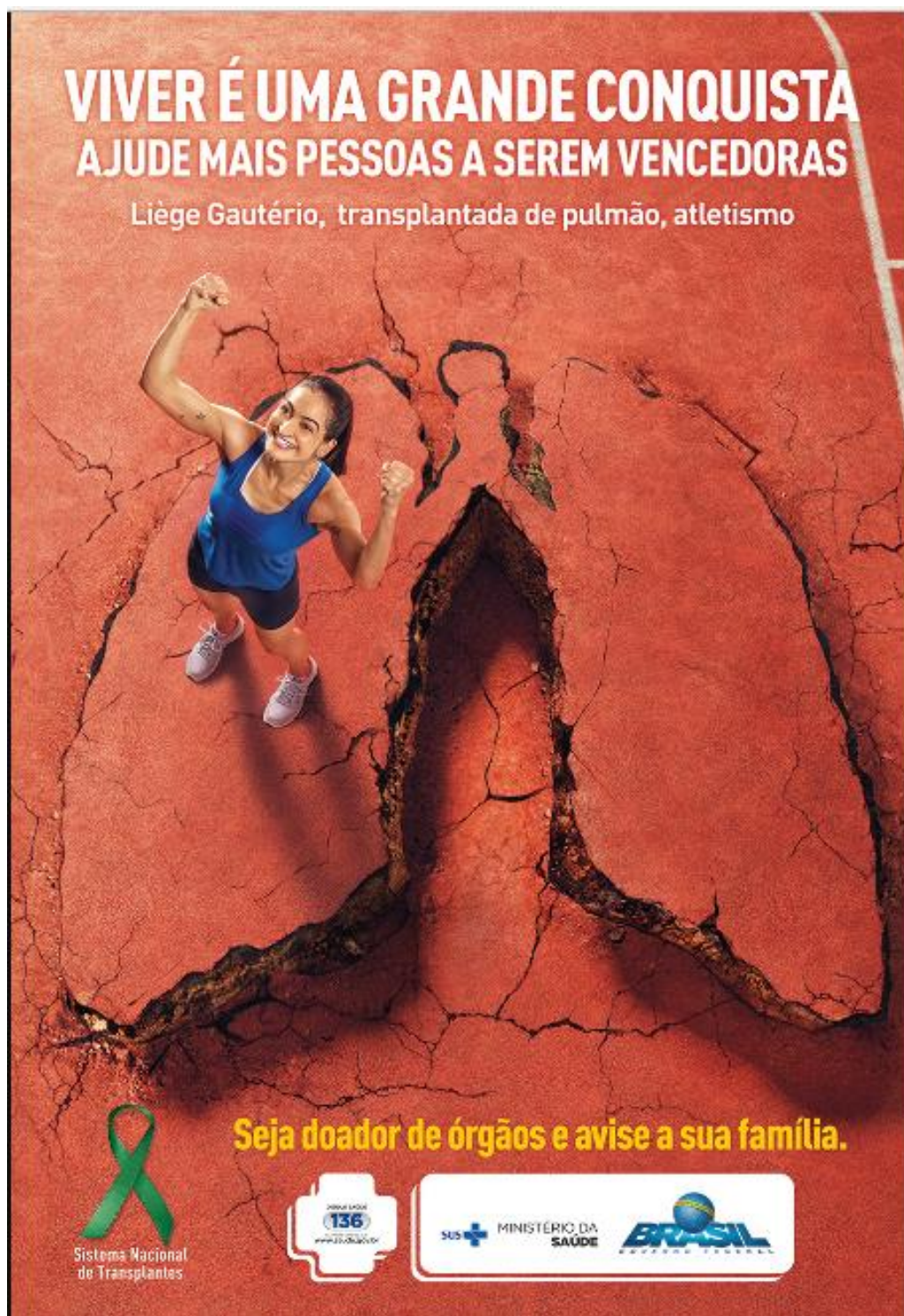
Figura 24 – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos da ABTO 2015



ABTO (2015)

Para a campanha do Ministério da Saúde foram criados e divulgados cartazes com atletas transplantados. Em um deles estava um atleta de ciclismo, em outro, um atleta do judô e, por fim, havia um cartaz (Figura 25) com a fotografia de Liége Gautério, uma praticante de atletismo.

Figura 25 – Cartaz Campanha de Doação de Órgãos do MS – 2015



BRASIL (2015b)

Ainda em 2015, a ATX – BA também lançou mão de um artifício impactante ao recorrer à seção de obituários de um jornal de Salvador para realizar a sua campanha de incentivo a doação de órgãos. Os anúncios lamentavam o falecimento de rins, convidavam para a missa de sétimo dia de córneas e lançavam notas de sepultamento, conforme segue:

Figura 26 – Anúncios em Obituário – Campanha da ATX – BA – 2015



ADNEWS (2015)

As notas, que também foram disponibilizadas na versão em inglês, traziam os seguintes apelos:

**CONVITE MISSA**

A ATX-BA convida a população para a missa de um ano da morte de 10.386 córneas que deixaram de ser doadas para os milhares de brasileiros que esperam na fila de transplante.

**DOAR ÓRGÃOS  
NÃO DEIXE ESTE ATO MORRER.**

**NOTA DE FALECIMENTO**

É com imenso pesar que comunicamos o falecimento de 201 pulmões no último semestre. A ATX-BA respeita, mas lamenta pelas famílias que não autorizaram a doação desses órgãos para que milhares de pacientes da fila de transplante recebessem um coração e tivessem as suas vidas salvas.

**DOAR ÓRGÃOS**

**NÃO DEIXE ESTE ATO MORRER.**

**NOTA DE PESAR**

A ATX-BA lamenta profundamente a perda de 1.448 pâncreas sadios no ano de 2015 e informa que a fila de brasileiros que precisam de um transplante continua a aumentar.

**DOAR ÓRGÃOS**

**NÃO DEIXE ESTE ATO MORRER.**

**NOTA DE SEPULTAMENTO**

A Associação de Pacientes Transplantados participa com pesar o enterro de 235 corações, ocorrido neste mês, no Estado da Bahia. Lamenta a perda inestimável de tantos órgãos sadios e faz um apelo a todas as famílias que não deixem os órgãos dos seus entes falecidos morrer, autorizando a sua doação, para que os milhares de baianos que esperam na fila de transplante tenham uma chance de viver novamente.

**DOAR ÓRGÃOS**

**NÃO DEIXE ESTE ATO MORRER.**

**PARTICIPAÇÃO DE FALECIMENTO**

A Associação de Pacientes Transplantados da Bahia vem, com profundo pesar, confirmar o falecimento de 12.949 rins no país no ano de 2015. A Associação lamenta profundamente a perda de tantos órgãos sadios que poderiam salvar a vida de milhares de brasileiros que esperam na fila por um transplante de rim. A ATX-BA apela para que todas as famílias autorizem a doação dos rins dos seus entes falecidos, ajudando a salvar milhares de vidas.

**DOAR ÓRGÃOS**

**NÃO DEIXE ESTE ATO MORRER.**

(ADNEWS, 2015)

Como parte das constantes campanhas, o dia 27 de setembro foi instituído como o Dia Nacional da Doação de Órgãos e definiu-se que setembro seria o mês de referência para o lançamento de novas campanhas e para a reunião de esforços e direcionamentos no sentido de incentivar as doações e de conscientizar a população sobre o assunto. É o chamado setembro verde. Assim como o outubro rosa é o mês do combate ao câncer de mama e o novembro azul é o mês da conscientização sobre a saúde do homem e o combate ao câncer de próstata, o setembro verde é o mês de incentivo à doação de órgãos.

Campanhas mais localizadas e/ou de instituições específicas também são bastante comuns e as estratégias são as mais diversas possíveis, como o caso do Banco de Olhos de Sorocaba (BOS), entidade filantrópica que é atualmente a responsável pelo maior número de captação de córneas do Brasil. A instituição atua nas cidades de Sorocaba, São Paulo, Campinas e Jundiaí e é responsável por 75% das doações de todo o Estado de São Paulo, segundo informações obtidas no site da instituição. O BOS, além de campanhas frequentes na região em que atua, fornece um cartão de doador para as pessoas que entrarem no site e se cadastrarem como doadoras. Na página de acesso ao formulário são disponibilizadas informações quanto ao caráter legal da doação, que só pode ser realizada pela família, mas

aponta que o Cartão do Doador representa um desejo em vida, que não tem validade legal, mas auxilia no processo de conscientização da família quanto ao desejo do sujeito que pretende se tornar doador após sua morte. A intenção é sensibilizar a família para que autorize a doação. Ainda, segundo as informações da página, o cartão é personalizado, contendo as principais informações sobre o doador, que pode, inclusive, manifestar a intenção de doação de outros órgãos e não somente as córneas. O cartão pode ser solicitado de qualquer Estado brasileiro e também apresenta informações da Central de Transplantes de referência da cidade do doador (BOS, 2017).

Abaixo a imagem de um Cartão de Doador de Órgãos emitido pelo BOS:

Figura 27 – Cartão de Doador de Órgãos Emitido pelo BOS

**LUCAS** [redacted]  
Dt. Nasc.: [redacted]

**Contato Familiar:**  
LUCIANE [redacted]

**Doador de:**  
CÓRNEAS, CORAÇÃO, RINS, FÍGADO, PULMÕES, PÂNCREAS

**Obs.:**  
[redacted]

[redacted] **MG**

**Doador desde** [redacted]

**BOS**

**Grp. Sang.:**  
[redacted]

**BANCO DE OLHOS DE SOROCABA**  
0800-7703311

**CENTRAL TRANSPLANTE SP II**  
(11)3066-8537

BOS (2017)

Não há como afirmar se as doações seguem um percurso ligado às campanhas. E durante as últimas décadas as doações oscilaram em alguns momentos. De 2010 a 2014, por exemplo, as doações só aumentaram, mas caíram no ano de 2015 e voltaram a subir em 2016. (ABTO, 2016b). Diversas são as variáveis que podem influenciar na decisão da família quanto ao ato de doar os órgãos de seus parentes mortos, tais como a não aprovação da doação por parte do próprio paciente em vida, o apego da família ao corpo, a ansiedade causada pela morte do ente querido, a dificuldade de tomar a decisão em um momento de

sofrimento pela perda, o receio quanto à mutilação do corpo, algumas crenças populares e religiosas e a insensibilidade dos profissionais de saúde envolvidos no processo (Bernardes e Almeida, 2015). Porém, talvez o mais impactante aspecto referente a essa decisão seja um conceito ainda pouco conhecido pela sociedade em geral, a morte encefálica.

A biopolítica (sobre os transplantes) que pretende inculcar padrões de aceitação e de homogeneização das informações e dos doadores (sujeitos) requer que uma série de questões sejam levadas em conta, pois partiu do avanço tecnológico, mas precisa, constantemente, recorrer ao comum, ao ordinário, para salvaguardar aquilo que é dispositivo para chegar ao seu objetivo principal, alcançar o maior número de adeptos e apoiadores da “causa”. As campanhas são dispositivos com, no mínimo, triplos sentidos, já que buscam aumentar o número de doações, evitar as discussões problemáticas, como as suscitadas pelo conceito de morte encefálica, e naturalizar os transplantes. Quando, raramente, esse tema vem à tona, o discurso é de que as famílias são ignorantes quanto ao funcionamento biológico do corpo humano e, por isso, não entendem esse tipo de diagnóstico. Mas como referido anteriormente, algumas pesquisas mostraram que as pessoas não têm tantos problemas com isso como têm em relação ao atendimento que recebem em um momento tão delicado e complexo. A culpa é sempre elemento atrelado ao sujeito que, se discute a morte encefálica, é um sujeito egoísta e desinformado.

A biopolítica disfarça, mas não abandona os higienismos que perpassaram a existência humana em outros momentos da história e, que, na contemporaneidade, seguem dissimulados e latentes (FOUCAULT, 2008b). As campanhas publicitárias são dispositivos que demarcam a aproximação entre doença e pobreza e, agora, os programas de assepsia estão disfarçados a tal ponto que, embora alcancem toda a população, tem nas entrelinhas o apelo às massas, ao dito popular, aos receios espirituais e à ascese doutrinária da religião. Os anúncios podem ser entendidos como dispositivos e os discursos podem ser analisados como táticas que, por serem tão sutis e tão “humanas”, enfraquecem os argumentos contrários à doação.

A seguir, falo sobre a morte encefálica, essa que é, ao mesmo tempo, veículo para o estabelecimento das doações e, por conseguinte, dos transplantes, e constitui-se como o ponto delicado dessa estratégia (biopolítica).

#### 4.2.1.4 A Morte Encefálica

Antes de abordar especificamente a morte encefálica (ME), é importante apontar como a morte era tratada antes de se ter tecnologia suficiente para esse diagnóstico. Até o século XIX, a morte era constatada pelo critério cardiorrespiratório, assim, no consenso popular, se a pessoa não apresentasse mais sinais de que estava respirando, e seu coração não estivesse mais pulsando, ela era considerada morta. Foi somente no século seguinte, com o avanço tecnocientífico, que a morte passou a ser identificada a partir de critérios considerados mais elaborados. A criação de instrumentos para manter o indivíduo respirando mecanicamente e o avanço na área da medicina intensiva possibilitaram que os sujeitos acometidos por alguns problemas de saúde ou traumas pudessem ser mantidos respirando enquanto se recuperavam. Esse considerado avanço na área médica permitiu que muitos quadros fossem recuperados sem grandes perdas neurológicas e, em alguns casos, sem nenhuma perda ou dano irreversível (RODRIGUES; JUNGES, 2015).

Embora duas importantes cirurgias tenham sido realizadas na Bélgica a partir de doadores com morte encefálica, uma no ano de 1963 e outro no ano de 1964, somente em 1968 foram oficialmente definidos os critérios para o diagnóstico de morte encefálica (GARCIA et al, 2015a), que é a parada total e irreversível das funções encefálicas (GARCIA et al 2015b). Essa nova abordagem sobre a morte a aproxima da vida na medida em que as mesmas tecnologias que evoluíram e possibilitaram sua identificação, também puderam evitá-la, em muitos casos (PECORINO, 2002). Esse aspecto, um tanto paradoxal, também impacta no comportamento dos leigos. Para Vargas e Ramos (2006), não só a prática médica é amplamente modificada a partir dos avanços tecnológicos para manutenção da vida e diagnóstico de morte, como também os pacientes e familiares. Por mais que o assunto seja amplamente difundido em campanhas para a doação de órgãos, o tema ainda é bastante delicado para muitas pessoas e a desconfiança parece imperar em muitos aspectos. É comum pairar a dúvida sobre se, de fato, a pessoa não poderia mais voltar à vida após a morte encefálica. Os especialistas apontam que não, mas muitos leigos seguem sem saber exatamente se devem ou não confiar nesse tipo de diagnóstico. Além disso, alguns trabalhos (MORATO 2009; PESTANA et al 2013; RODRIGUES et al, 2013) apontam certa ineficiência das equipes e dos hospitais para detectar a morte encefálica, seja por falta de preparo ou inexistência de equipamentos adequados.

De acordo com Morato (2009), estima-se que a cada milhão de habitantes ocorrem por volta de 60 casos por morte encefálica por ano, o que significa em torno de 12% das mortes que ocorrem dentro de grandes hospitais que disponibilizam de UTIs. Ou seja, a maior parte das mortes encefálicas não ocorrem em ambientes aptos ao processamento de diagnóstico e manutenção do potencial doador. Do número total de mortes encefálicas no Brasil, que é de aproximadamente 9.000 casos por ano, menos de um terço é diagnosticada. Para o autor, isso se deve tanto a falta de aparato tecnológico, quanto à desinformação médica e ao despreparo da família diante da morte encefálica e do que ela representa.

Para Rodrigues et al (2013) o problema é antigo e, mesmo após 40 anos de discussões, a morte encefálica se constitui como um tema delicado. Os autores argumentam que ainda há muitas distorções em relação aos critérios para o diagnóstico, o que gera muitas discussões em vários outros lugares do mundo, não apenas no Brasil. Há pontos considerados duvidosos e tanto os critérios quanto as regras diferem ao redor do mundo. Esse aspecto fez com que a morte encefálica atraísse o olhar curioso de muitos pesquisadores, que se debruçam sobre estudos em áreas como o direito, a filosofia, teologia, enfermagem e medicina.

No Brasil, os critérios para o diagnóstico de morte encefálica são definidos pelo CFM, e se refere à constatação de situação irreversível de lesão central nervosa, representando a morte clínica do paciente e, portanto, a morte legal e social (GARCIA et al, 2015). No artigo 1º da Resolução 1.480/97, do CFM, está definido que a ME deve ser caracterizada a partir da realização de exames clínicos e complementares, em intervalos de tempo variáveis, conforme a faixa etária, constantes no artigo 5º. Assim, duas avaliações clínicas devem ser realizadas com um intervalo mínimo entre ambas de 48 horas para indivíduos com 7 dias de vida a 2 meses incompletos, de 24 horas para indivíduos com idade entre 2 meses a 1 ano, de 12 horas para indivíduos entre 1 ano a 2 anos incompletos e de 6 horas para pessoas com idade acima de 2 anos (CFM, 1997).

O CFM também define um formulário próprio para que seja registrada a morte encefálica, é o “Termo de Declaração de Morte Encefálica” (ANEXO). Nesse termo deve constar dados, como o nome do hospital em que o potencial doador se encontra, idade, nome dos médicos responsáveis pelos exames e diagnósticos. Dados sobre os exames e todas as considerações pertinentes às determinações do CFM sobre a ME. Acrescenta, ainda, que as equipes responsáveis poderão acrescentar dados que considerarem importantes ao processo, mas tais informações e modelos adaptados pelas instituições deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da referida jurisdição, estando vedada a supressão das informações contidas no termo previamente definido pelo CFM.



A resolução acrescenta, ainda, que a ME deverá ser decorrente de um processo irreversível, como visto anteriormente, e que a causa deve ser conhecida. Quanto aos parâmetros clínicos iniciais, indica que é preciso observar se há o coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra espinhal e apneia. Como exames complementares são requeridos devem ser constatadas a ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. A indicação de qual exame deve ser realizado também atende ao quesito faixa etária, assim, para crianças acima de 2 anos pode se optar por qualquer um dos exames que indique uma das atividades descritas anteriormente, para crianças de 1 a 2 anos incompletos também é possível optar por um dos exames, mas, no caso de utilização de eletroencefalograma, é necessário que sejam realizados dois procedimentos com um intervalo de 12 horas entre um e outro. Para indivíduos com 2 meses de vida a 1 ano incompleto devem ser realizados dois eletroencefalogramas, com um intervalo de 24 horas entre ambos. Em crianças com 7 dias de vida a 2 meses incompletos também devem ser realizados dois encefalogramas, mas agora com um intervalo de 48 horas. Tanto o Termo de Declaração de Morte Encefálica, corretamente preenchido e assinado, quanto os exames complementares devem ser arquivados no prontuário do paciente. Depois de realizados todos esses procedimentos, e devidamente constatada a morte encefálica, o diretor clínico da instituição hospitalar ou alguém designado por ele deverá comunicar os familiares ou responsáveis pelo potencial doador, quando houver e, em seguida, a CNCDO de referência do hospital deve ser informada sobre a ocorrência.

Segundo Morato (2009), os critérios para ME, adotados atualmente, foram definidos no ano de 1981 pela Associação Americana de Neurologia (AAN), nos Estados Unidos. Para o autor, os critérios atuais são mais éticos e seguros, uma vez que requerem a identificação adequada do paciente, bem como a causa do coma deve ser conhecida e sua irreversibilidade constatada, estando sempre excluídos como potenciais doadores, os casos em que houver causas metabólicas e/ou intoxicação exógena para o coma. Os critérios americanos foram definidos a partir de uma revisão de literatura que contou com a análise de mais de 200 artigos sobre ME, o que, para o autor, dá credibilidade aos critérios estabelecidos. Ele afirma, ainda, que nunca foi registrado qualquer relato de caso em que houvesse recuperação de funções corticais ou do tronco encefálico após o diagnóstico de ME em que foram utilizadas as diretrizes estabelecidas pela AAN.

Ainda de acordo com Morato (2009), há menos de dez anos atrás existiam 87 protocolos de morte encefálica em todo o mundo. A regulamentação em cada parte do mundo dependia de critérios e das leis de cada país. Essa quantidade enorme de protocolos distintos

foge ao consenso necessário para se estabelecer uniformidade entre protocolos para o diagnóstico de ME. Conforme traz o autor, a necessidade de uniformizar os protocolos se pauta na confiabilidade dos diagnósticos, uma vez que alcançaria maior fidedignidade, evitando desvios operacionais no diagnóstico, causados por diferenças na estrutura e investimento em saúde nas mais variadas partes do mundo, assim como evitaria ruídos informacionais pautados na religiosidade, educação e oferta de médicos e leitos em UTIs.

Essas divergências podem significar inconsistências quanto aos diagnósticos de morte encefálica mundo afora (RODRIGUES et al 2013). Mas todos os que defendem a morte encefálica como o fim do último indício de vida argumentam que o cérebro é o único integrador central das funções dos diferentes órgãos e subsistemas do organismo humano. É o cérebro que recebe os sinais, processa e coordena as várias funções do corpo. Nesse sentido, é insubstituível e sua falência leva a morte definitiva do indivíduo. Outras partes do corpo podem até paralisar por um tempo, mas se recuperam depois de um período “mortas”, porém, o tronco encefálico, uma vez que tenha perdido suas funções, jamais voltará a funcionar novamente. É o que afirmam os defensores do diagnóstico de ME como ponto final para a vida do sujeito (RODRIGUES; JUNGES, 2015).

Para Rodrigues et al (2013), as mudanças na área da saúde e o desenvolvimento das técnicas de ressuscitação cardíaca e respiratória e o incremento dos ventiladores mecânicos contribuíram para que as vítimas de traumatismo craniano encefálico e acidente vascular encefálico pudessem ter um prognóstico de sobrevivência, o que antes era inviável. Mas muito desses pacientes permanecem sem as funções neurológicas, mantendo apenas as funções cardíacas e respiratórias, por meio de auxílio tecnológico. Para os autores, esse processo é o reflexo moderno da morte, medicalizada, em que a tecnologia pode produzir cadáveres funcionais, hemodinamicamente estáveis. Mas sem os aparelhos a morte do cérebro levaria a perda da atividade integradora, mencionada por Rodrigues e Junges (2015), em que muitos dos subsistemas do corpo humano entrariam em colapso. Contudo, para esses autores, algumas funções poderiam persistir por tempo indeterminado, como a circulação, o equilíbrio hormonal, o controle da temperatura, a digestão e o metabolismo, a eliminação de resíduos, a cicatrização, o combate a infecções, o crescimento e maturação sexual e mesmo a capacidade de levar uma gestação a termo, em vítimas de eventos encefálicos catastróficos.

Esses aspectos levam a uma incongruência entre os defensores dos critérios da morte encefálica como evento final para a constatação da morte do indivíduo. Para alguns, se a morte encefálica é o evento final, então ela é a morte propriamente dita, enquanto para outros, a morte completa seria ocasionada pela morte de todas as células e/ou perda irreversível da

capacidade integrativa, o que de acordo com Rodrigues e Junges (2015) só seria possível com a parada circulatória. Garcia et al (2015) apontam que essas discussões ocorrem porque a morte tem sido o aspecto mais discutido na história da humanidade, aquele que resiste às transformações e aos avanços tecnológicos e cujo conceito é a única coisa que se pode mudar. Hoje, a morte é dada em termos médicos e representa o fim das funções vitais. Não se constitui como fato instantâneo, sendo o resultado de uma sequência de falências dos vários órgãos e sistemas do corpo humano.

Nesse sentido, há algumas discussões em torno do conceito de morte do tronco cerebral como critério suficiente de morte encefálica. Enquanto uns apontam que a morte encefálica é a perda irreversível da capacidade de consciência associada à perda respiratória, outros apontam que esse critério não é isento de problemas, uma vez que a consciência pode estar preservada, embora não acessível. Outro argumento é que a capacidade de respirar não acontecerá espontaneamente, sempre que houver esse tipo de dano. A perda das características humanas, tais como a consciência, não é algo simples de se mensurar ou verificar, pois não as acessar não significa que elas não estejam presentes no indivíduo. Não há completa segurança de que a aparente paralisia das funções do tronco cerebral seja irreversível (RODRIGUES; JUNGES, 2015).

Conforme Rodrigues e Junges (2015), a perda irreversível da consciência não é um parâmetro seguro porque aborda o tema morte de forma pouco prática e demasiadamente conceitual, pois o sujeito pode estar temporariamente morto, mas o indivíduo biológico também está? O fato de esses indivíduos estarem em estado vegetativo permanente não os define como mortos em termos biológicos uma vez que estão respirando, apresentam alguns movimentos e até mesmo abrem e movimentam os olhos. Isso ocorre porque há algumas partes do corpo que funcionam de forma descentralizada, isto é, independente do cérebro. Essas circunstâncias permitem que indivíduos com cérebros inoperantes possam ser comparados a doentes em situações distintas, que jamais seriam considerados mortos, e recebem cuidados em UTIs. Então por que quando a questão é a possibilidade de morte do cérebro o tratamento é outro? Muitas questões poderiam ser levantadas, inclusive as limitações da ciência em dar respostas plausíveis. Um estudo mencionado pelos autores revelou que mesmo mediante a correta aplicação das diretrizes para o diagnóstico de morte encefálica, cerca de 60% dos indivíduos não apresentaram alterações estruturais do tronco cerebral durante as autópsias.

Para Rodrigues et al (2013) o diagnóstico de morte encefálica apresenta distorções e mesmo após 40 anos da inserção do conceito na prática médica ainda há discussões que

precisam ser superadas, como os pontos que apontam como sendo duvidosos e a divergência de critérios e regras mundo a fora. Os autores apontam que a morte encefálica acabou se desenvolvendo como uma área da ciência cujo objeto de estudo vem sendo debatido por profissionais de várias áreas, incluindo, além da saúde e da religião, áreas como a filosofia e o direito. Mas os autores alertam que o próprio conhecimento sobre a fisiologia do sistema nervoso é algo muito recente e, portanto, torna frágil e igualmente recente as aplicações dos critérios de ME. Embora muitos profissionais, em especiais os médicos, indiquem que algumas questões estejam amplamente esclarecidas, como a ausência do fluxo sanguíneo como fator de morte do tronco encefálico ou, ainda, os efeitos da hipotermia, os profissionais da bioética ainda não estão convencidos de que as discussões possam ser encerradas.

Mas para Garcia et al (2015) o próprio significado de morte tem evoluído e permitido novos parâmetros. No passado, a morte estava diretamente relacionada à perda da capacidade de respirar e à perda da circulação sanguínea. Posteriormente, foi observado que a perda das funções do tronco encefálico também levava à morte. Ficou compreendido, a partir dessa descoberta, que o cérebro exercia uma função central para a manutenção da vida, uma vez que era essa função central que possibilitava a permanência da consciência. Mas entre os defensores da consciência como fator primordial para constituição da vida humana e aqueles que compreendem que a existência biológica é indicativo suficiente para a constatação da vida, o significado de morte seguiu se transformando, a cada nova descoberta científica que, ao mesmo tempo em que trazia certo alento e segurança para o diagnóstico de morte encefálica, deixava também uma dúvida sobre a possibilidade de um dia em que novas descobertas mostrariam que a morte do tronco encefálica poderia ser revertida.

Para Rodrigues e Junges (2015) há risco de declarações incorretas de morte encefálica que são causados inclusive pelos processos relacionados à coleta de órgãos, pois quanto maior for a pressão em relação ao tempo e à disponibilização dos órgãos para doação, maior o risco de se cometer erros ou até mesmo de não cumprir todos os critérios da melhor forma possível. Por outro lado, Bernardes e Almeida (2015) destacam que a demora da abertura de protocolo de ME é um dos motivos que levam à perda de órgãos viáveis para transplante, atrelado a necessidade de realização de exames complementares e ao despreparo ou resistência de profissionais quanto a realização do protocolo e também da adequada manutenção do potencial doador.

E além dos riscos e dos desvios no processo de definição da morte, há algo que deve ser discutido: o que é a morte em tempos atuais? Para Vargas e Ramos (2006) há um processo de ressignificação da morte que impacta a vida dos sujeitos em várias posições, seja como

profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros ou como pacientes. Morrer já não é mais algo tão objetivo quanto foi em outros tempos. A definição de morte cerebral ou morte encefálica é algo que surgiu com a necessidade de reaproveitamento dos órgãos para transplante, isto é, uma necessidade para a vida acabou por promover, oficialmente, uma nova definição de morte. E sob um discurso cheio de virtudes e imbricado em conceitos como amor ao próximo, valorização da vida e doação, a morte ganhou uma abordagem quase poética. Enquanto isso, problemas operacionais no manejo da vida seguem em segundo plano.

Como apontam Rodrigues e Junges (2015), aqueles que defendem os transplantes solicitam que o processo de detecção e confirmação de morte encefálica seja menos complexo e demorado e que sejam eliminados os testes confirmatórios. E não se trata apenas de defender as mudanças nos trâmites, pois um estudo mencionado pelos autores traz dados preocupantes, uma vez que verificou que de uma amostra de 142 doadores potenciais submetidos a 294 exames neurológicos, em apenas um caso foi realizado todo o processo necessário para a confirmação da morte encefálica e teve o registro documental de todos os elementos e testes confirmatórios e em apenas 26% desses indivíduos foi realizado o teste de apneia, enquanto foram realizados os dois exames clínicos com correto intervalo de tempo entre si em apenas 15% e somente 58% passaram pela angiografia. Mas essas inconsistências não são apresentadas e muito menos discutidas de forma satisfatória entre os interessados, ou seja, entre toda a comunidade. Nesse sentido, posso questionar se a morte encefálica não se trataria apenas de um prognóstico de irreversibilidade, incorretamente situada como um momento que antecede a morte biológica.

Garcia et al (2015) defendem que a morte se limita a morte do encéfalo. Para esses autores, uma vez que ocorram eventos intra ou extracranianos que causem a morte do encéfalo, a retomada à vida é irreversível e é isto que importa. Ademais, seguem embasando suas afirmações em dados como a mortalidade nos casos de eventos extracranianos, que alcança 99% dos pacientes nestas condições. Reificam que, nesses casos, a falta de circulação leva a desoxigenação e a nutrição cerebral, sendo impossível evitar a parada cardiorrespiratória. Para Morato (2009), os critérios, se cumpridos adequadamente, podem garantir segurança no diagnóstico de morte encefálica e as condições clínicas corretamente verificadas não seriam capazes de esconder uma falsa morte. Mas salienta que imprescindível que o diagnóstico seja acompanhado de uma documentação completa, contendo imagens e dados sobre o líquido, a causa do coma e toda a constatação de irreversibilidade.

A literatura mostra que há problemas quanto à padronização dos critérios (VARGAS; RAMOS, 2006; MORATO, 2009; RODRIGUES et al 2013; GARCIA et al 2015;

RODRIGUES; JUNGES, 2015), então, como saber se os procedimentos adotados são os mais corretos e completos? Para Rodrigues e Junges (2015) a variação dos critérios perpassa exigências como a realização de três exames clínicos em um intervalo de tempo de 24 horas, seguidos por exame complementar, como acontece na Grécia, até a mera realização de um exame clínico que demonstre indícios de morte encefálica, como ocorre na Finlândia, por exemplo. Morato (2009) faz um comparativo entre os critérios desde o ano de 1968, quando foram oficializados os primeiros procedimentos necessários, até o ano de 1981, quando se estabeleceram as atuais diretrizes. O que se observa nesse processo é que houve um aumento no número de critérios. Para o autor, os atuais critérios são muito seguros e requerem a adequada identificação do paciente e da causa do coma, bem como os registros indicando irreversibilidade e excluindo as causas metabólicas e/ou por intoxicação exógena. Contudo, o próprio autor reitera que há problemas com a aplicação dos critérios. Ou seja, mesmo um defensor da existência da ME não está seguro quanto à aplicabilidade dos critérios de definição. Mas, para ele, o problema não reside na institucionalização dos critérios, e sim na operacionalidade desses critérios. Não por razões técnicas ou de investigações suficientemente seguras, mas por incapacidade das equipes envolvidas no processo, seja por falta de capacitação adequada ou por questões culturais ou resistência profissional. Em outras palavras ou os profissionais não são corretamente qualificados ou não se dispõem, por vontade própria, seja em decorrência da formação religiosa ou cultural ou até mesmo por resistência em relação à prática profissional.

Mediante essa afirmativa de Morato, resolvi conversar, informalmente, com alguns profissionais da área de saúde para ter uma ideia de como o tema é introduzido no seu dia a dia. E, exceto por duas enfermeiras que atuam em um hospital que é referência em transplantes, na cidade de Blumenau, os demais profissionais, incluindo outros enfermeiros e médicos, amigos que atuam em pronto atendimentos e hospitais, mas que não são intensivistas, neurocirurgiões ou neurologistas, afirmaram não receber nenhum treinamento ou mesmo participarem de campanhas informativas sobre o tema. Esse aspecto me causou intriga, uma vez que não é sempre que os indivíduos estarão sob os cuidados de profissionais em instituições que contam com neurologistas ou neurocirurgiões. E é fora das UTIs que, frequentemente, esses profissionais se deparam com pessoas com indicativos de morte encefálica. Os mesmos questionaram sobre onde o paciente deve estar para que a desconfiância da morte encefálica seja notificada às centrais. Todos eles concordaram que não há um aparato para que a morte encefálica seja diagnosticada fora da UTI e mesmo que houvesse não seria viável a manutenção até a remoção do sujeito. Diante desses apontamentos

fui investigar sobre quais eram, de fato, as resoluções e orientações para esses profissionais que atuam fora das UTIs.

Morato (2009) defende que todos os profissionais que atuam na área de saúde devem ter entendimento e conhecimento sobre a ME, sendo de suma importância que o currículo de formação em Medicina traga a ME como conteúdo obrigatório. Segundo ele, no Brasil é demasiadamente elevada a subnotificação de ME, estando o país em primeiro lugar no *ranking* de países com maiores obstáculos a serem superados na captação de órgãos para doação e que a obrigatoriedade legal para a notificação de ME não evita que a maioria dos hospitais não a notifiquem aos centros de captação, sendo mais crítico o caso dos hospitais privados, que seguem resistentes nesse sentido. Souza et al (2015) concordam com Morato (2009) e apontam que o caráter compulsório da notificação de morte encefálica aos órgãos responsáveis não garante o cumprimento da ação. Segundo as autoras, em apenas 62,1% dos casos de ME os protocolos de diagnósticos são concluídos e uma das causas mais significativas para que se complete adequadamente o protocolo é a falta de conhecimento dos profissionais quanto à obrigatoriedade legal da notificação.

Vale apontar que a lei brasileira que prevê a obrigatoriedade das notificações de ME pelos estabelecimentos de saúde é a mesma que versa sobre os demais procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos, isto é, a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. O artigo que trata desse aspecto do processo é o Art. 13, que traz a seguinte afirmativa: “É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos”. E, em seu parágrafo único, incluído pela Lei nº 11.521, de 2007, aponta ainda que,

“Após a notificação prevista no caput deste artigo, os estabelecimentos de saúde não autorizados a retirar tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinadas ao transplante ou tratamento deverão permitir a imediata remoção do paciente ou franquear suas instalações e fornecer o apoio operacional necessário às equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante, hipótese em que serão ressarcidos na forma da lei” (BRASIL, 2007).

Em relação à obrigatoriedade do diagnóstico de ME não há uma especificação sobre quais são, de fato, os estabelecimentos de saúde em que devem ser realizados os procedimentos iniciais. Se por um lado a Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 aponta a obrigatoriedade de notificação da ME, por outro lado não há nenhuma menção a obrigatoriedade de identificação desse tipo de morte. Ora, pode parecer de pouca importância a clareza quanto a esse fato, mas a de se considerar que se nem mesmo o que está claramente

especificado na lei é cumprido, quem dirá aquilo que não consta ou não está claro. Outro aspecto controverso é que de um lado a lei inicialmente aponta que cabe a dois médicos o diagnóstico de morte encefálica sem, no entanto, especificar a necessidade de que um deles seja neurologista ou neurocirurgião. Mas o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei 9.434, em seu Art. 16, parágrafo 1º, aponta que

O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia reconhecido no País (BRASIL, 1997b).

Contudo, o CFM resolveu, em 08 de agosto de 1997, por meio da Resolução nº 1.480, que deveriam ser realizadas duas avaliações clínicas e não especifica que há a necessidade de que um ou os dois médicos tenham formação em neurologia. E considerando inconstitucional o parágrafo 1º do Art. 16 do Decreto nº 2.268, o CFM ajuizou, em fevereiro de 1999, a ação no Tribunal Regional Federal da Primeira Região, com pedido de declaração de inconstitucionalidade e ilegalidade da restrição à formação complementar. Desde então o processo segue entre pedidos, decisões e recursos, nos quais, em todas as ocasiões, ficou decidido pelo órgão competente que não procede o pedido do CFM, isto é, a exigência do médico neurologista não representa inconstitucionalidade (JUSTIÇA FEDERAL, 1998; 2017).

Em resposta a uma apelação do CFM, em 2010, o Juiz Federal Cleberson José Rocha manteve a decisão inicial de negar o pedido do CFM, argumentando que os avanços da medicina, assim como da tecnologia, das descobertas científicas como um todo e do aumento da complexidade envolvendo os procedimentos médicos requerem não apenas a utilização de equipamentos cada vez mais específicos para a realização de diagnósticos e intervenções, como também requerem a formação de profissionais com conhecimentos específicos em cada área de atuação. E, ainda, que se o diagnóstico de morte encefálica requer aprimoramento tecnológico dos equipamentos e procedimentos, o profissional também deve estar capacitado no mesmo sentido. O juiz argumenta, ainda, que o próprio conceito de morte encefálica é uma definição momentânea, de acordo com critérios atuais, que estão embasados em convenções e que não são puramente científicos, mas decorrem da experiência clínica, não podendo a ciência determinar exatamente o momento, seja do início ou fim da vida e, nesse contexto, o fenômeno entendido como morte encefálica, a partir de sua formulação científica e objeto de análise, não passa de uma morte parcial. Para o magistrado, formulações sobre vida e morte são convenções e não certeza científica. Conclui, por fim, que quaisquer fundamentos que embasem a expressão morte encefálica no âmbito legal são de natureza indeterminada e que



sua denominação, por convenção, deve seguir os critérios ora rotulados como técnico-científicos, devendo sua constatação obedecer e requerer todo o aparato existente, incluindo a especialização do profissional, no caso o neurologista (JUSTIÇA FEDERAL, 2010). Em 2017 o processo segue com apelação do CFM e negativa por parte do judiciário num impasse que parece não parar por aqui (JUSTIÇA FEDERAL, 2017).

A partir da leitura realizada para a pesquisa (processos, leis e decretos) observei que não há consenso quanto aos critérios nem mesmo no âmbito legal, então, como exigir a notificação perante a ausência de exigência legal de identificação e diagnóstico de morte encefálica? Ao estabelecer que todos os estabelecimentos de saúde devem notificar as MEs, a Lei 9.434/97 não aponta quais são exatamente essas instituições (BRASIL, 1997a), entretanto, há menção aos socorristas no Decreto nº 2.268/97 e aos demais funcionários envolvidos no processo de acolhida dos pacientes com indicações iniciais de morte encefálica, mas entre os profissionais não parece haver um consenso. Algumas pesquisas deixam claro que o ambiente em que se faz valer à indicação das leis referentes a ME é a UTI (MORATO, 2009; SOUZA et al, 2015; MAGALHÃES et al, 2016). Mas e todos os outros sujeitos que se encontram em estado de ME, mas não chegam às UTIs? Os indivíduos que poderiam ser mantidos para doação de órgãos, mas que não passaram do pronto atendimento ou que foram, equivocadamente, parar em unidades ambulatoriais? Talvez isso explique, em parte, a significativa ausência de notificações de ME às centrais responsáveis. Talvez o fato de que nem mesmo há um consenso entre organismos legais e profissionais também pode ser o agravante para que questões operacionais não avancem.

Para Morato (2009), toda essa complexidade envolvendo os aspectos legais e técnicos se deve ao fato de que a possibilidade de doação de órgãos infere questões paradoxais, relacionadas à morte e vida simultaneamente. De um lado a tristeza ocasionada pela morte, de outro a esperança possibilitada por essa mesma morte. A perspectiva de continuidade em outras vidas, no recomeço. Nesse sentido, o autor aponta para a necessidade de que sejam difundidos os elementos envolvidos no conceito de morte encefálica entre os profissionais de saúde, a fim de garantir a correta identificação desses potenciais doadores, para que, de forma ética, isso implique no aumento da disponibilidade de órgãos doados para transplante.

Mas nem todos os médicos e pesquisadores estão convencidos de que os protocolos existentes são suficientes e talvez isso dificulte os avanços requeridos por Morato (2009) no que compete a familiarização do conceito de ME. O critério relacionado à apneia, por exemplo, é amplamente questionado por uma equipe de cientistas de Harvard, que aponta haver sérios problemas quanto à validade desse critério, seja por sua ineficiência em

contribuir para o adequado diagnóstico de morte encefálica ou pelo dano que o próprio teste pode causar no paciente. De acordo com Benzel et al (1989) e Jeret e Benjamin (1994), os testes de apneia são prejudiciais ao paciente porque podem provocar hipóxia (diminuição das taxas de oxigênio no ar, no sangue arterial ou nos tecidos), hipercapnia (piora da hipertensão intracraniana), acidose respiratória abrupta, hipotensão (pode causar colapso circulatório intracraniano irreversível) e parada cardíaca. Podem causar, ainda, a perda de tecido encefálico. Para os testes de apneia o respirador artificial é desligado por dez minutos, o que pode ocasionar os problemas mencionados, colocando em risco a vitalidade do tronco encefálico, que pode estar apenas temporariamente sem resposta, podendo se recuperar mesmo depois de muitas horas. Outra crítica é que o colapso causado de forma irreversível pode ser o responsável pelos resultados dos testes seguintes, isto é, o que os exames confirmatórios detectarão podem ser apenas os efeitos causados pelo próprio teste (COIMBRA, 2000; 2007; 2011).

Coimbra (2000; 2007; 2011) aponta que a restauração dos tecidos danificados pelo teste de apneia poderia acontecer em muitos casos se os pacientes fossem submetidos às terapias que ainda não são adotadas amplamente em centros hospitalares, mas que já são desenvolvidas em centros internacionais de referência e têm gerado resultados efetivos. Dois exemplos mencionados pelo neurologista são a indução da hipotermia moderada a 33°C (FAVERO-FILHO et al, 2008) e a administração de agentes trombolíticos. O médico é enfático ao mencionar que fundamentos com a finalidade de evitar a lesão encefálica, internacionalmente reconhecidos, são desconsiderados e, de forma grosseira, realiza-se o teste de apneia fazendo com que pacientes evoluam para a parada cardíaca em cerca de 7% dos casos em que ocorre a apneia. Isso faz com que o teste induza a morte de pacientes que ainda poderiam responder a algumas terapias. E, mesmo nos casos em que o teste é efetivo, ainda assim antecipa a morte. A crítica mais veemente do médico é a de que o teste é a opção primeira em detrimento de recursos que poderiam salvar a vida de certos pacientes. Ele considera homicida a realização dos testes de apneia.

Sobre esse tema, a Revista da Associação dos Juízes do Rio Grande do Sul publicou um dossiê em 2007 no qual pretendeu explorar o tema morte encefálica. Em sua página afirma que além de trazer conteúdos que discutiam as limitações do atual protocolo de diagnóstico da ME, o periódico intencionou dar espaço para que os defensores do protocolo se manifestassem, e, para isso, os editores solicitaram a uma entidade médica gaúcha que indicasse um profissional que pudesse apresentar suas proposições, mas nenhum artigo foi enviado à redação da revista. Esse detalhe em muito demonstra o desinteresse em discutir o

problema. Se considerar que a ME foi instituída a partir da necessidade de órgãos para transplantes, e em todas as forças que são empreendidas nesse sentido, talvez faça sentido o questionamento sobre quais são as instituições que decidem quem deve viver e quem deve morrer.

Coimbra (2007) é enfático ao apontar que a crescente fila dos transplantes poderia ser amplamente reduzida se fossem considerados os principais fatores que levam os pacientes a necessitarem de transplantes, tais como a hipertensão arterial e o diabetes melito não tratados ou tratados de forma ineficiente/irregular. O abandono eventual de tratamento medicamentoso, seja pela falta de sintomas ou de orientação, leva a perda da função de vários órgãos que vão sendo deteriorados e acabam por necessitar de substituição ou submissão a tratamentos severos como o caso da hemodiálise. O médico alerta, ainda, que os transplantados permanecerão dependentes de medicação imunossupressora, tendo que conviver com seus efeitos colaterais e podendo vir a perder o novo órgão, voltando, algumas vezes, à fila dos transplantes. O autor indica que os organismos públicos se equivocam em realizar campanhas públicas para doação de órgãos, na medida em que pretendem convencer pessoas saudáveis a se declararem doadoras perante seus familiares, ao invés de promover campanhas preventivas e adoção de medidas orientativas aos portadores de hipertensão arterial e diabetes melitos quanto à necessidade de se tratarem contínua e ininterruptamente. Campanhas nesse sentido seriam muito mais baratas e efetivas e são de suma importância não apenas pela redução de custo com o atendimento curativo, pois contribuiriam para a melhora na qualidade de uma parte significativa da população, já que 10% dos indivíduos são acometidos por essas patologias. Coimbra alerta para o fato de que o crescente aumento da demanda por cirurgias de transplantes é preocupante, além de dispendiosa, e acaba sendo prioridade em detrimento do que deveria ser o foco maior da saúde pública, a manutenção da saúde.

Os argumentos contrários ao atual protocolo de diagnóstico de ME são bastante enfáticos, porém parece haver problemas entre os defensores dos critérios vigentes, pois nem mesmo o termo é um consenso. Enquanto muitos profissionais tratam a morte encefálica como sinônimo de morte cerebral, Morato (2009) alerta para o cuidado em não usar os termos como equivalentes, uma vez que o cérebro compreende o telencéfalo e o diencéfalo, não incluindo o tronco encefálico e, portanto, são coisas diferentes. Assim, a morte cerebral compreende a morte do telencéfalo e do diencéfalo, enquanto a morte encefálica é o termo adequado para se referir a morte do tronco encefálico, que significa a sua completa disfunção, elemento essencial para o diagnóstico de morte encefálica. O autor argumenta que a ME é o

estado clínico em que as funções cerebrais foram perdidas de forma irreversível, constituindo um estatuto próprio e sendo estabelecida de forma legal, devendo ser constatada por meio de diagnóstico em que sejam efetivados e cumpridos os critérios oficiais que resultem em confirmação de inatividade do córtex e do tronco cerebral, responsáveis pela respiração do paciente. Ainda, segundo Morato, é esse o aspecto que diferencia o fenômeno em que ocorre a vida vegetativa permanente da morte encefálica, entendida como a morte propriamente dita. Embora o nível de consciência possa chegar à zero em ambos os casos, no primeiro o paciente pode respirar sozinho, o que não ocorre no caso da ME.

Para demonstrar a validade e segurança do atual protocolo, Morato (2009) traz um quadro contendo a evolução dos critérios para a verificação de ME, desde seu oficial reconhecimento, em 1968, até os dias atuais. A última atualização do protocolo ocorreu em 1981 e, no Brasil, o protocolo utilizado até hoje foi oficialmente validado em 1997. Abaixo, um resumo do quadro elaborado pelo autor:

Quadro 03 - Evolução dos Critérios para o Diagnóstico de ME

Ano	Instituição/País	Critérios	
		Pré-requisitos	Bases Clínicas do Diagnóstico
1968	Harvard/EUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura &gt; 32°C</li> <li>• Ausência de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma sem resposta</li> <li>• Apneia de 3 minutos</li> <li>• Ausência de reflexos do tronco encefálico</li> </ul>
1976	Royal College/Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma com causa conhecida</li> <li>• Temperatura &gt; 35°C</li> <li>• Ausência de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma sem resposta</li> <li>• Teste de apneia PCO<sub>2</sub>&gt;60 mmHg</li> <li>• Ausência de reflexos do tronco encefálico</li> </ul>

1995	AAN/EUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa do coma conhecida e documentada por Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética ou exame do líquido cefalorraquidiano, em estado irreversível</li> <li>• Temperatura &gt; 32°C</li> <li>• Ausência de drogas, intoxicação e alterações metabólicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma sem resposta a estímulo na face</li> <li>• Teste de apneia PCO<sub>2</sub>&gt;60 mmHg ou com elevação de 20 mmHg</li> <li>• Ausência de reflexos do tronco encefálico</li> </ul>
1997	CFM/Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa do coma conhecida e documentada por Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética ou exame do líquido cefalorraquidiano, em estado irreversível</li> <li>• Temperatura &gt; 32°C</li> <li>• Ausência de drogas no organismo por 24 ou 48 horas dependendo da substância, intoxicação e alterações metabólicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma sem resposta a estímulo na face</li> <li>• Teste de apneia PCO<sub>2</sub>&gt;55 mmHg</li> <li>• Ausência de reflexos do tronco encefálico</li> </ul>

Adaptado de Morato (2009)

Para cumprir o critério referente à ausência de reflexos do tronco encefálico orienta-se que alguns indícios sejam verificados, conforme segue no quadro abaixo:

Quadro 04 – Indícios que Confirmam a Ausência de Reflexos do Tronco Encefálico

Ano	Intituição/País/Respaldo Legal	Estruturas Verificadas	Ausência de Reflexos	Exames Complementares
1968	Havard/EUA/ Não	- Mesencéfalo - Ponte - Bulbo	- Pupilas fixas e dilatadas - Corneano - Vômito - Movimento	- Eletroencefalograma - 2 exames - Intervalo de 24 horas entre o primeiro e o segundo - O mesmo médico pode

			espontâneo - Reflexos medulares	realizar os dois exames
1976	Royal College/Irlanda/ Não	- Mesencéfalo - Ponte - Bulbo	- Pupilas fixas e dilatadas - Corneano e óculo cefálico - Vômito - Movimento espontâneo	- 3 exames não especificados - Intervalo de 6 horas entre ambos - Cada exame deve ser realizado por um médico diferente
1995	AAN/EUA/ Sim	- Mesencéfalo - Ponte - Bulbo	- Pupilas médias ou dilatadas (4 a 9 mm fixas) - Corneano - Vestíbulo calórico - Óculo cefálico - Tosse	- Eletroencefalograma, Doppler arterial, Doppler Transcraniano, Cintilografia, SPECT Extração O2 - 2 exames - Intervalo de 6 horas entre o primeiro e o segundo - O mesmo médico pode realizar os dois exames
1997	CFM/Brasil/ Sim	- Mesencéfalo - Ponte - Bulbo	- Pupilas médias ou dilatadas (4 a 9 mm fixas) - Corneano - Vestíbulo calórico - Óculo cefálico - Tosse	- Eletroencefalograma, Doppler arterial, Doppler Transcraniano, Cintilografia, SPECT Extração O2 - 2 exames - Intervalo de 6 horas entre o primeiro e o segundo - Cada exame deve ser realizado por um médico diferente

Adaptado de Morato (2009)

Como pode ser observado, os avanços ocorreram muito mais no sentido tecnológico envolvendo os exames do que em qualquer outro sentido. A reversibilidade das funções do tronco encefálico não faz parte das discussões para o avanço dos critérios, que foram fundados exclusivamente na confirmação da irresponsividade do paciente quanto às funções relacionadas ao tronco encefálico.

É importante lembrar que o diagnóstico de morte encefálica caracteriza o aspecto legal da morte do sujeito, ou seja, não é preciso esperar a parada cardíaca para decretar a morte oficial do indivíduo. Aliás, é vedado que se espere a parada cardiorrespiratória. A Resolução nº 1.826, do CFM, consta que,

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos

termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no caput deve ser precedido de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

§ 2º Cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento do caput deste artigo e seu parágrafo 1º.

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica (CFM, 2007).

Morato (2009) ressalta que é preciso que a constatação da ME esteja devidamente documentada e que sejam obedecidos os critérios já apontados, quais sejam, o cumprimento dos três pré-requisitos (A – Como com causa conhecida e irreversível – causa comprovada por Tomografia Computadorizada/Ressonância Magnética/Exame do Líquido cefalorraquidiano; B – Ausência de hipotermia, hipotensão ou distúrbio metabólico grave; e, C – Ausência de intoxicação exógena ou efeito de medicamentos psicotrópicos – sedativos e barbitúricos). Também devem ser respeitadas e documentadas as bases clínicas da ME, cumprindo três condições obrigatórias e concomitantes (A – Coma sem resposta ao estímulo externo; B – Ausência completa de reflexos do tronco encefálico; e, C – Apneia).

Ainda de acordo com Morato (2009), a mimetização da ME não é possível se forem cumpridos todos os procedimentos do protocolo atual, porém, o primeiro e o mais importante requisito para qualquer diagnóstico é o conhecimento e a documentação da causa do coma, bem como a constatação da sua irreversibilidade. Se os exames forem corretamente empregados, causas que poderiam representar uma falsa ME seriam 100% descartados, segundo o autor, afastando dúvidas e excluindo do nicho de potencial doador o paciente que apresente algumas das possibilidades patológicas que possam mimetizar a ME, tais como a Síndrome de Encarceramento<sup>12</sup>, a Síndrome de Guillain Barré<sup>13</sup> e as intoxicações exógenas<sup>14</sup>.

No intuito de propor uma melhoria no processo de diagnóstico da ME, facilitar o entendimento sobre o percurso das atividades e registros relacionados a ele e instruir sobre

---

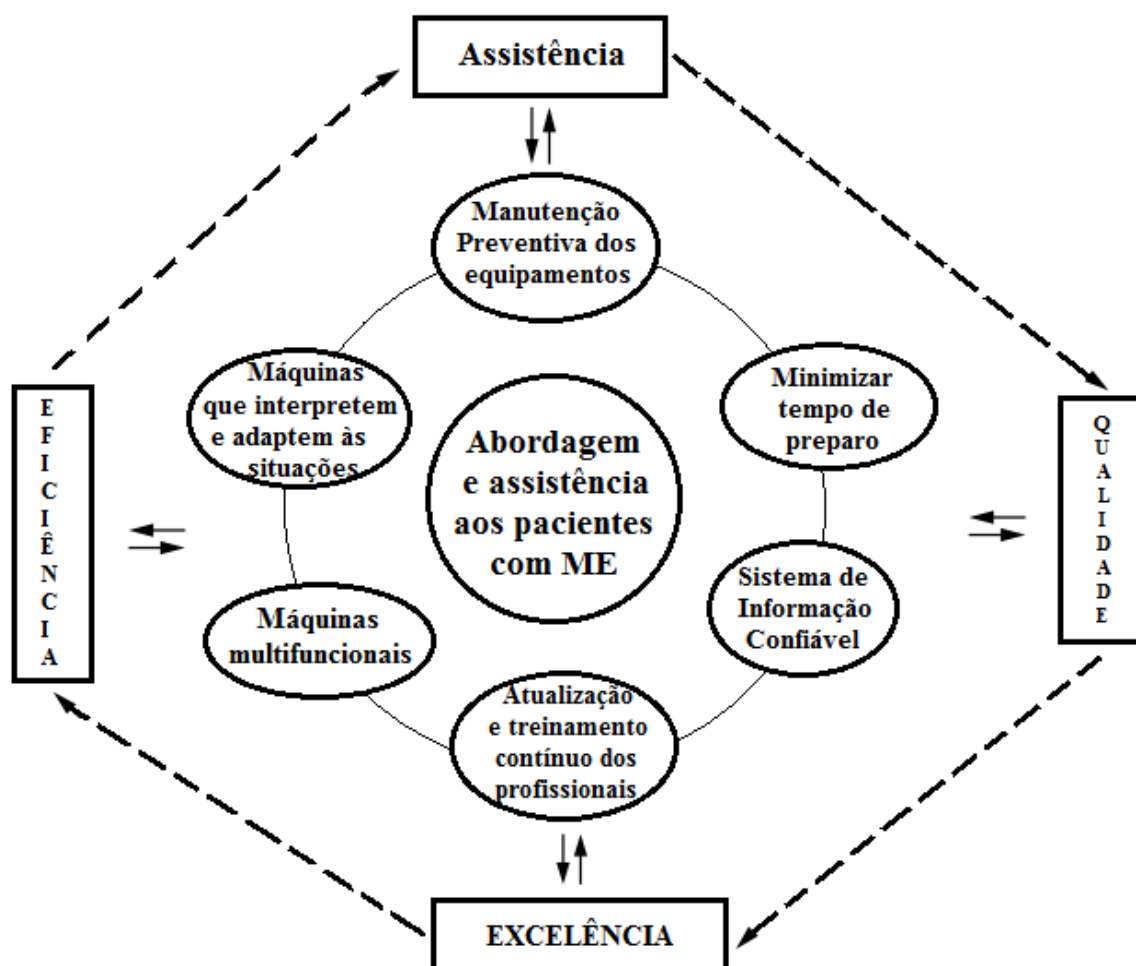
<sup>12</sup> Lesão destrutiva, infarto ou pequena hemorragia, caracterizada por tetraplegia, paralisia dos nervos cranianos e consciência intacta. São preservadas a movimentação voluntária do olhar verticalmente e a capacidade de piscar, a visão e a audição. Um exame neurológico deve ser realizado para mostrar o conteúdo preservado (MORATO, 2009).

<sup>13</sup> É a desmielinização aguda das raízes motoras que acomete os nervos cranianos, em casos raros e fulminantes (0,1% dos casos) a sensibilidade dolorosa é pouco acometida, a consciência se mantém, mas há disfunção simétrica do movimento muscular, evoluindo, em dias, dos pés à cabeça (MORATO, 2009).

<sup>14</sup> Uso de medicamentos psicotrópicos que induzem a estado de coma profundo, cuja administração de doses maiores que as habitualmente utilizadas na prática clínica causa eventos que mimetizam a ME. Os casos mais sérios são as intoxicações por antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina, a nortriptilina, a clomipramina, e a imipramina, e ainda, os barbitúricos como fenobarbital, primidona, tiopental e pentobarbital. Cabe aos exames complementares revelar a impossibilidade de se realizar o diagnóstico de ME (MORATO, 2009).

todo o processo operacional envolvendo a doação de órgãos, Pestana et al (2013) formularam um modelo baseado na filosofia *lean*, em referência a administração de processos e operações. Esse modelo seria um instrumento que vem de encontro ao que aponta Morato (2009), pois está pautado na compreensão do processo e na adequação de sua implementação. O modelo trata do processo como um todo, em que a morte encefálica se encontra no centro de toda a ação (PESTANA et al, 2013). Abaixo o modelo formulado pelos autores:

Figura 28 – Modelo Teórico para a organização e assistência aos pacientes com morte encefálica e o processo de doação de órgãos com base no pensamento *lean*



Traduzido e adaptado de Pestana et al (2013)

Contudo, em meio às tentativas de normatização e padronização há algo que não muda em essência, a morte. Não importando o nome que se dê a ela ou as mudanças em termos convencionais. E esse fenômeno, temido e que move cientistas em todo o mundo no intuito de driblá-la, é a única certeza da qual todos partilham. Nesse contexto, os rituais, os sofrimentos e o medo seguem coexistindo, cada qual ao seu modo ou intensidade. O fato de que o



surgimento e desenvolvimento dos transplantes de órgãos influenciou não somente o tratamento e destino dos indivíduos, mas também vem modificando a relação com a morte, seja por meio dos critérios legais ou das expectativas criadas. Se por um lado se antecipa, ainda que em horas, a morte biológica do sujeito, por outro, cria-se a expectativa de obter mais tempo de vida para os doentes com problemas graves de saúde envolvendo seus órgãos. É a morte encefálica que traz respaldo legal para a retirada de órgãos. Essa noção de funcionamento integrado do organismo, em cujo processo de ME se verifica inexistente, advém da atual limitação em relação ao que se sabe sobre o cérebro humano, considerado insubstituível e essencial à vida em exercício (RODRIGUES; JUNGES, 2015).

Como trazem Rodrigues e Junges (2015), embora o conceito de ME seja amplamente utilizado em todo o mundo como critério de morte do organismo, seja no que se refere à suspensão do suporte vital ou para a doação de órgãos, seguem as controvérsias quanto à legitimidade de sua aplicação. Essas divergências, causadas, ora pelo desencontro dos critérios utilizados em diferentes partes do mundo, em países com diferenças políticas e culturais, e sujeitos à limitação em relação ao desenvolvimento científico, ora pelas críticas filosóficas quanto à medicalização da morte, não eliminam as práticas e a ME segue como parâmetro para definir quem vive e quem morre. De acordo com os autores, é frequentemente observado o mal-estar entre os profissionais envolvidos, mesmo os intensivistas, os mais expostos a situações em que a ME é recorrente. A suspensão do suporte vital e o preenchimento do atestado de óbito ainda são obscuros para muitos desses profissionais. Desde o desconhecimento do método, das dúvidas filosóficas e biológicas, pode-se afirmar que são inquietantes as limitações ainda não superadas, podendo, estas, serem as causas para o referido desconforto. Há inconsistências biológicas e epistemológicas, sendo o diagnóstico de ME uma prioridade para a disponibilização de órgãos para doação e transplantes.

A morte referenciada como termo médico e legal não é de conhecimento acessível a todos, por isso não há um sentido comum nem mesmo para a própria palavra morte. O paradigma biológico limita-se a unidade do organismo e sua integridade funcional, não sendo suficiente para expressar a morte enquanto fenômeno social e cultural. A medicalização e a legalização da morte a definem como sendo a perda irreversível da função cardiorrespiratória ou do tronco encefálico, mas é interessante apontar que a perda da função respiratória sem a perda das funções cerebrais não pode ser reconhecida como morte se não ocorrer naturalmente, ou seja, não é permitido interromper o suporte artificial ao paciente se ele estiver em UTI e com as funções do tronco encefálico preservadas. Nesse sentido, Rodrigues e Junges (2015) questionam se a morte se constitui como um evento ou um processo e

concluem que ao definir os critérios para o diagnóstico de ME, em 1968, os cientistas de Harvard transformaram a morte num evento, ferindo o senso comum sobre ela. Na vastidão de conhecimentos e percepções dos sujeitos, a morte pode ser entendida desde o aspecto mais amplo, de que ela começa com o nascimento, até conceitos práticos relacionados à finitude concreta da existência do indivíduo, numa perspectiva que envolve tempo e linearidade.

É ainda mais complexa a discussão quando se trata de paciente com coração parado, em que a morte assistida é um caminho amplamente discutido em termos éticos, sendo considerada uma impactante interferência no processo de morte, o antecipando com interesse no que aquele corpo ainda pode oferecer para a sociedade, seus órgãos para transplante. Para atenuar o incômodo, resolveu-se a questão estipulando um critério temporal, porém, arbitrário, quanto à ausência de autorressuscitação depois de constatada a parada cardiorrespiratória assistida. O tempo varia de acordo com o local em que o processo ocorre. Em Pittsburgh (EUA) esse tempo é de 2 minutos, enquanto na Suécia deve ser maior do que 20 minutos, uma variação bastante significativa. Noto, aí, um ponto importante para a nova concepção de morte como evento, essa morte atrelada à doação de órgãos, esse manejo temporal da morte que fere o critério de irreversibilidade, substituindo-o pela decisão prévia sobre quando morrer. Nos países onde ocorrem as doações em que os pacientes têm parada cardíaca a adoção dessa prática é justificada em virtude de tentar suprir a falta de doadores órgãos que estejam em morte encefálica, o que, em alguns casos, se deve a diminuição no número de pessoas que sofrem traumas severos graças ao uso de equipamentos de proteção, como capacetes para ciclistas e motociclistas ou devido a melhoria nos cuidados com as vítimas de traumatismo cranioencefálico grave (RODRIGUES; JUNGES, 2015).

Quanto ao dogma envolvendo a morte encefálica, Rodrigues e Junges (2015) argumentam que algumas questões epistemológicas deveriam ser consideradas, como a abordagem de Karl Popper (1982) sobre os problemas da indução e o pensamento de Kant (1997). Pois se a indução não é um método científico confiável no campo das ciências naturais, nem mesmo em termos biológicos estaríamos seguros com o diagnóstico de ME ou com a suspensão da assistência em casos de pacientes com coração parado. E a estatística, tão fortemente utilizada pelos defensores do diagnóstico de ME, não serviria para a confirmação da proposição de ME, já que eventos passados não representam a certeza de repetição futura de eventos iguais ou semelhantes. Os critérios para o diagnóstico de ME seriam embasados no que Popper chamou de pseudociência em contraposição à ciência. Sob esse entendimento, o conhecimento só poderia ser considerado científico se pudesse ser constantemente aberto a refutações. Se não há falseabilidade as teorias não são verdadeiras e estão apenas

temporariamente corroboradas. Assim, ao não se proporem com maior frequência a discussão sobre o diagnóstico de ME, aqueles que o defendem estão limitando aquilo que eles próprios defendem. E aqueles que o refutam parecem contribuir melhor com o tema.

Para Rodrigues e Junges (2015), a teoria da morte encefálica como morte definitiva do organismo pode ser submetida a teste de hipóteses, mas o fato de não se permitir a ampla discussão sobre o tema torna questionável o seu *status* de ciência. Sob a perspectiva de Kuhn (1975; 1980), os autores apontam que a teoria sobre a morte encefálica tem caráter dogmático, uma vez que não vem permitindo que sejam incorporadas novas hipóteses ou mesmo se propõe a novos questionamentos. As linhas preestabelecidas do que é a ME são dadas por instituições que não permitem novas proposições. Para os autores, há um toque de má fé no sentido proposto por Sartre (1997), pois há um mascaramento da verdade que é desagradável, bem como o encerramento precoce da discussão sobre a ME como sinônimo de incontestabilidade, quando na realidade é algo que ocorre com um fim específico, ora velado, ora escancarado. Cerceia o debate científico e, ao contrário da mentira, adequa verdades relacionais, interessadas, e não é polarizada a partir de distintos sujeitos, já que o ilusionista e o iludido são a mesma pessoa. Os profissionais que defendem os critérios para definirem a ME podem crer que ela é um fato incontestável, não dando conta da verdade parcial ou obscura que contam a si próprios e aos outros, uma vez que a fundamentam no dogma da ciência normal.

Independente das convicções ou dúvidas que o tema possa suscitar, a morte encefálica tem sido utilizada como mais um dispositivo para que a biopolítica dos transplantes alcance os objetivos aos quais se propõe. A morte encefálica, a partir do advento dos transplantes, tornou-se um método de controle do corpo, assegurando sujeição aos critérios e políticas vigentes. O velamento em torno do tema e as ações afirmativas quanto à segurança no protocolo de ME delineiam uma relação de docilidade e utilidade. Esse mitigar, de acordo com Foucault (2008b), só tem um funcionamento plausível a partir de uma rede, por meio da qual os dispositivos perpassam a sociedade de tal modo que as coisas e as pessoas não lhe escapam, pelo “simples” fato de, muitas vezes, não os reconhecerem. E concordando ou não com os critérios utilizados, tendo ou não consciência sobre o processo e as reais intenções que o fundam, nenhuma pessoa está livre de um dia ser diagnosticado como um sujeito com ME. Em outras palavras, talvez a única chance para escapar de um diagnóstico de morte X ou Y<sup>15</sup> é

---

<sup>15</sup> Os comentários sobre os tipos de morte se referem apenas a ME e à morte por parada cardíaca, e não às causas da morte, como já há algum tempo, vem ocorrendo desde o estabelecimento dos atestados de óbito. ME e parada cardíaca não são causas, mas consequências de lesões, patologias ou disfunções diversas.

morrer em casa, longe dos preceitos médicos que organizam a morte. Mas se o sujeito morrer em um hospital ou ter uma parada cardíaca ou, ainda, uma morte encefálica, ele estará suscetível à medicalização de sua morte, ou mais precisamente, ao poder ser chamada de uma parametrização da morte. O diagnóstico de ME é um dispositivo que auxilia na gestão da vida, principalmente se for levada em conta as mudanças nos procedimentos que foram resultadas do estabelecimento da ME, tais como as novas regras para que possam ser desligados os aparelhos dos indivíduos que tiverem esse diagnóstico, mas que não se tornaram doadores, e também daqueles indivíduos que poderiam passar um tempo indeterminado sendo mecanicamente mantidos. A ME permitiu otimizar os processos e o aproveitamento das estruturas de apoio e manutenção da vida.

Como podem imaginar, há muito que se discutir sobre a morte, respiratória ou encefálica, como preferirem, mas por questões de espaço e tempo, retomarei esse tema no próximo capítulo, por ora, apresento alguns aspectos da lista de espera de órgãos para transplantes. Esse outro dispositivo da biopolítica.

#### 4.2.1.5 A Lista de Espera

Desde as mudanças observadas na década de 1990 sobre a política de transplante de órgãos e tecidos no Brasil é evidenciada uma estratégia biopolítica na condução dos processos relacionados aos transplantes. Com as mudanças legais, em 1997, foram impactantes as políticas de manutenção da vida ou suspensão de suporte artificial. A Lei de Transplantes confirmou a cessão de direitos de morte, mantendo o direito da doação ou não de órgãos à família do falecido. Com a institucionalização das redes de transplantes, por meio da criação e estabelecimento do Sistema Nacional de Transplantes, nesse mesmo período o país passou a contar também com um Cadastro Técnico Único, mais conhecido como fila única de espera de órgãos. Para Pruinelli e Kruse (2011) a criação desses mecanismos possibilitou um controle minucioso dos potenciais doadores e daqueles que precisam realizar um transplante (o que já foi visto em outro momento e não corresponde à realidade). Para os autores, a fila única deveria representar uma tática da biopolítica direcionada aos transplantes, auxiliando na compreensão e visibilidade do processo.

E é esse o objetivo ao organizar a lista de espera. No Sistema de Lista Única devem ser registrados todos os potenciais receptores que existem no país (brasileiros natos ou

naturalizados e também os estrangeiros residentes no país) que se inscreveram para o recebimento de um ou mais órgãos, tecidos, ou seja, aqueles que são elegíveis para o transplante. Os registros e o fluxo da fila são regulados a partir de um conjunto de critérios específicos que devem orientar a distribuição dos órgãos e tecidos aos potenciais receptores, configurando, assim, o Cadastro Técnico Único (CTU), um banco de dados pertencente ao sistema informatizado da Central de Transplantes, no qual constam as informações técnicas sobre todos os elegíveis para o transplante (BRASIL, 2014c).

Para se inscrever no CTU o paciente deve entrar em contato com uma equipe autorizada pelo Ministério da Saúde para a realização de transplantes. Ao escolher a equipe, o sujeito será representado por ela, que será a responsável pela inscrição do paciente no cadastro junto à Central de Transplantes. Ao ser efetivada a inscrição de cada indivíduo é gerado um registro numerado, chamado de Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT). É um número que servirá como identificação do paciente no CTU, que deverá carregar este número consigo para que, sempre que julgar necessário, possa obter informações sobre a sua situação na lista de espera. Esse aspecto visa, em tese, a transparência no processo, de modo que as informações estejam à disposição dos pacientes para analisá-lo continuamente, verificando o seu *status* e a movimentação da fila (SANTA CATARINA, 2006).

O *status* do paciente na fila única representa a situação em que ele se encontra em relação ao CTU. As informações sobre a indicação, as alterações e quaisquer informações sobre o paciente devem constar nesse cadastro que indica o *status* junto à Central de Transplantes, estando sob a responsabilidade da equipe médica que acompanha o paciente e é autorizada por ele a representá-lo perante os sistemas de transplantes. O *status* do sujeito no CTU pode ser identificado em três situações “ativo”, “semiativo” e “removido”. O cadastro ativo é aquele em que o paciente é considerado apto para o transplante, podendo participar das listas de seleção e distribuição de órgãos. No cadastro semiativo o paciente está temporariamente inapto para o transplante, mas pode estar sendo submetido a tratamentos que viabilizem as condições necessárias para que ele se torne ativo. Enquanto o paciente não for considerado apto, ele não participa das listas de seleção para a distribuição dos órgãos ou tecidos, mas, quando volta para o *status* ativo, mantém a data de inscrição, não havendo interrupção do processo relacionado à contagem de tempo na lista de espera. Porém, o período em que constar como semiativo não pode ser superior a 120 dias, o que acarretará na exclusão do sistema, constando a partir desse período como removido do sistema por suspensão maior que 120 dias. Por fim, quando o *status* constar como removido significa que o paciente está definitivamente excluído do CTU, mas isso não impede que o ele seja inscrito novamente em

momento oportuno, recebendo um novo RGCT e uma nova data de inscrição, fazendo com que a contagem do tempo se inicie do zero (SANTA CATARINA, 2006).

A mudança de ativo para semiativo no *status* do paciente no CTU ocorrerá quando ele se encontrar sem condições clínicas adequadas para o transplante, quando for suspenso pela equipe responsável pelo transplante (não há claros indicativos sobre quais seriam os motivos exatos para essa exclusão, uma vez que as condições clínicas já foram consideradas em item anterior, mas é possível que a suspensão oficial esteja relacionada ao comportamento do paciente, comportamentos que poderiam colocar o transplante em risco ainda maior que o recorrente), e, ainda, quando os exames que antecedem os transplantes estiverem incompletos (conforme cada tipo de transplante que será realizado). Quando o paciente constar como removido do CTU é porque o mesmo abandonou o tratamento, não quer mais ser transplantado, foi removido pela equipe, não têm condições clínicas para que seja realizado o transplante, foi removido por suspensão maior que 120 dias, foi removido por ter se recusado por cinco vezes (em dias diferentes) ao processo de transplante mediante a oferta de órgãos, transferiu-se para outro Estado, foi transplantado em outro Estado, ou, ainda, veio a óbito (SANTA CATARINA, 2006).

A priorização é a situação em que se enquadra o paciente quanto à sua preferência na lista de distribuição de órgãos ou tecidos. Essa ordem deve obedecer aos critérios relacionados à gravidade do seu quadro clínico. Os critérios não podem ser subjetivos e devem atender às predeterminações do Ministério da Saúde, cabendo à equipe médica responsável a indicação da priorização, que deve realizar o pedido de priorização, anexando ao pedido todos os documentos comprobatórios da gravidade do quadro, devendo encaminhá-los para a Central de Transplantes e, em caso de concordância com as justificativas e cumprimento dos critérios, a validade da priorização será de 30 dias, podendo ser renovada por igual período (não há indicação de quantas vezes pode ocorrer o pedido de renovação) (SANTA CATARINA, 2006).

É importante saber que cada órgão tem uma fila específica, distribuída conforme estabelece a Lei nº 9.434/97 por meio do Decreto nº 2.268/1997 e da Portaria GM/MS nº 2.600/2009. É a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes a responsável por organizar, administrar e emitir as relações de pacientes em fila para transplante. O processo deve ocorrer por meio de sistema informatizado e tem como principal característica o não estabelecimento da ordem de espera de acordo com a ordem de inscrição, exclusivamente, ou seja, não basta ser o primeiro da lista em ordem de chegada, aliás, esse nem mesmo é o critério primeiro para a ordem de recebimento dos órgãos. São as condições médicas que

definem se as cirurgias podem ser realizadas, isto é, são as condições de saúde de cada indivíduo constante na lista que o posicionará na fila. Os principais determinantes para o posicionamento na fila são três, a começar pela compatibilidade dos grupos sanguíneos, considerando, em seguida, o tempo de espera e a gravidade da doença (BRASIL, 2016d).

Assim, se a ordem de chegada define um paciente como o primeiro a ser registrado, mas esse paciente tem sangue tipo A e um doador de sangue tipo B aparece, não é o primeiro registrado que receberá o órgão disponibilizado, mas sim o próximo da fila cujo tipo sanguíneo é compatível com o do doador. A gravidade de cada caso também é fator de mais importância do que a ordem de chegada, ou seja, se o primeiro paciente a se registrar não estiver em estado considerado mais crítico em relação aos demais pacientes registrados, ele também não receberá o órgão de mesmo tipo sanguíneo. Sendo prioridade atender ao sujeito em maior risco de morte. A mensuração desse risco vai depender dos critérios previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como já mencionado. Esses critérios podem ser definidos de várias formas, incluindo cálculos matemáticos que indiquem o grau de gravidade de cada caso (BRASIL, 2016d).

No exemplo dos transplantes de fígado o risco é indicado por um índice matemático chamado Model for End-stage Liver Disease (MELD), ou Modelo para a Doença Hepática em Estágio Terminal, na versão em português. O cálculo considera os exames laboratoriais do paciente e calcula a gravidade. Quando maior for o índice apresentado, maior será a prioridade desse doente na lista de espera, colocando-o em posição conforme essa gravidade mensurada. No caso dos rins, os médicos, ao retirarem os órgãos do doador, fazem exames que permitem uma análise mais ampla em termos genéticos, possibilitando identificar melhores índices de compatibilidade e, a partir dos resultados obtidos, é que se realiza o processo de busca comparativa, visando identificar o melhor candidato para receber aqueles órgãos. A pontuação do indivíduo na lista de espera será dada de acordo com a compatibilidade, então, o mais compatível ganha maior pontuação e, somado ao tempo na fila de espera e a outros fatores, é obtido o posicionamento do sujeito naquele momento de disponibilidade dos órgãos.

As condições médicas que podem antecipar o acesso do sujeito ao transplante podem incluir pacientes com diabetes, pacientes em situações de extrema gravidade envolvendo situações emergenciais, como a impossibilidade total de acesso para a realização de diálise, para os casos de doentes renais, a insuficiência hepática aguda grave, para o caso de doentes do fígado, a necessidade de assistência circulatória para os pacientes cardiopatas e casos de rejeição recente em pacientes já transplantados. Todos esses exemplos são fatores que

aumentam a pontuação do sujeito na fila em relação aqueles que não apresentam a doença. É uma corrida por pontos e quem obter mais leva o órgão. Nesse sentido, a cada vez que se disponibiliza um órgão os resultados genéticos modificam o ranqueamento entre os membros da lista de espera (BRASIL, 2016c; 2016d).

A lista é agrupada por estado ou por região, conforme a organização do sistema local e o vínculo da equipe responsável. Ao Sistema Nacional de Transplantes e aos órgãos federais de controle cabe a responsabilidade de monitorar a lista e evitar que uma pessoa conste em mais de uma lista, ou seja, que os sujeitos não sejam inscritos em mais de uma região ou Estado, bem como cabe a tais órgãos a garantia de cumprimento da ordem legal de atendimento às pessoas da lista conforme o ranqueamento pautado na lei. O cadastro do profissional (médico) vinculado à equipe de transplantes credenciada pelo SNT deve estar atualizado e vigente no momento da inscrição do paciente que ele pretende registrar na lista, caso contrário não será possível efetuar a inscrição (BRASIL, 2016c).

O ranqueamento da fila ocorre obedecendo a região ou o Estado, ou seja, o paciente terá sua pontuação analisada conforme o grupo de pessoas inscrita no mesmo Estado ou região e, mesmo que o sistema funcione em caráter nacional, é obedecida a ordem regional, priorizando seus respectivos pacientes para a distribuição dos órgãos daquela dada região. Isso significa que quando surge um doador na região X seus órgãos são disponibilizados para os doentes inscritos nessa mesma região ou Estado. Essa forma de organizar a distribuição dos órgãos se deve ao objetivo de facilitar a logística envolvendo essa distribuição. Essa preocupação se deve não somente pela disponibilidade de recursos, como também pela necessidade de alocar os órgãos disponíveis em tempo hábil, respeitando, assim, o tempo de duração de cada órgão após sua retirada do doador, o tempo de isquemia do órgão e o período que o órgão resiste sem a irrigação fora do corpo (BRASIL, 2016d).

Para que se tenha uma melhor ideia sobre os prazos para o aproveitamento de cada órgão, apresento abaixo uma tabela com o tempo de isquemia dos diferentes órgãos:



Quadro 05– Tempo para a Retirada e Isquemia dos Órgãos e Tecidos

<b>Órgão ou Tecido</b>	<b>Tempo Máximo Para a Retirada do Corpo do Doador</b>	<b>Tempo Máximo de Preservação Extracorpórea</b>
Córneas	Até 6 horas após a parada cardíaca	7 dias
Coração	Antes da parada cardíaca	4 a 6 horas
Pulmões	Antes da parada cardíaca	4 a 6 horas
Rins	Até 30 minutos após a parada cardíaca	Até 48 horas
Fígado	Antes da parada cardíaca	12 a 24 horas
Pâncreas	Antes da parada cardíaca	12 a 24 horas
Ossos	Até 6 horas após a parada cardíaca	Até 5 anos

Adaptado de BRASIL (2016d)

Como pode ser observado, o tempo para a retirada e o tempo de preservação varia de acordo com o órgão ou tecido. No caso das córneas, já existem técnicas que maximizam o tempo de preservação estipulado pelo ministério da Saúde (SANO et al, 2010), mas aconselha-se o cumprimento desses períodos aqui demonstrados, uma vez que a qualidade de vida para o paciente receptor está relacionada ao tempo de preservação da córnea, além de fatores relacionados ao doador, como idade e condições clínicas. Quanto ao grupo de tecidos composto por vasos e tendões o processo é um pouco diferente, uma vez que são encaminhados aos bancos de tecidos para processamento após sua retirada, sendo esse um determinante para o prazo de validade o método de preservação e armazenamento (BRASIL, 2016d). Esse processo também tem sido realizado para as córneas, por isso a extensão do tempo de preservação em relação ao estabelecido acima.

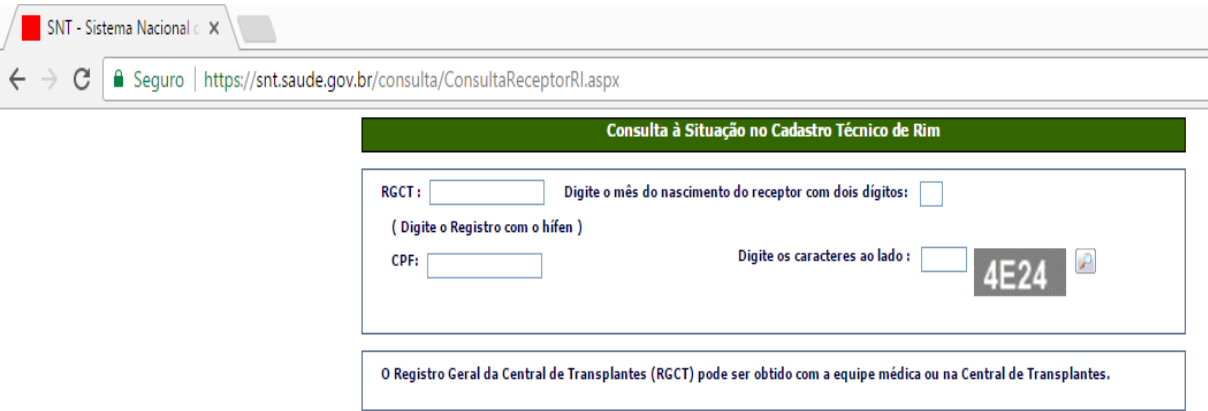
Levando em consideração todas essas questões técnicas, ao ter disponível para transplante um coração no Estado de Minas Gerais, o sistema buscará, neste mesmo Estado,

um receptor que corresponda às características do doador, isto é, um paciente que tenha suficiente compatibilidade em relação ao órgão disponível. Contudo, se não for encontrado nenhum paciente na lista de espera de Minas Gerais, obedecendo-se sempre os critérios de prioridade, o órgão deverá ser disponibilizado para o paciente que constar na lista do Estado mais próximo, desde que atenda a todas as exigências médicas para proceder ao transplante. Para que isso seja possível, o Sistema Nacional de Transplantes tem um prontuário eletrônico no qual consta, além das informações clínicas do paciente, o número de registro que o paciente recebe ao ser inscrito no CTU. Esse documento pode ser acessado via internet, com o número do registro, o nº no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e a senha do paciente – também disponibilizada no ato da inscrição – (BRASIL, 2016d).

Apontando como foco, a maximização da eficiência no processo de distribuição dos órgãos, o Governo Federal, por meio do Decreto nº 8.783, de 6 de junho de 2016, requisitou apoio da Força Aérea Brasileira (FAB) para a realização do transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano ao local em que se encontra a equipe responsável e o paciente que receberá o transplante, conforme for requisitado pelas equipes especializadas. O referido documento também indica que para atender a essas requisições, a FAB deverá manter, permanentemente, o mínimo de uma aeronave disponível exclusivamente para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. Mas, em caso de necessidade, o MS prevê que poderá ser requisitado à FAB aeronaves adicionais, ficando o atendimento a esse critério condicionado à capacidade operacional da Força Aérea Brasileira. Por fim, o decreto estabelece que, quando as equipes especializadas indicarem que o receptor do órgão disponibilizado deverá ser transportado até o local onde se encontra o doador, ele deverá ser acompanhado pela equipe de saúde, por familiares ou pessoas indicadas por ele, o que será atendido conforme disponibilidade operacional (BRASIL, 2016e).

Sobre o acesso do paciente ao sistema de informação em que consta a lista de espera, disponibilizo abaixo uma imagem da tela em que o paciente deve acessar para obter as informações que constam sobre sua situação no Cadastro Técnico Único. A página consultada foi a do SNT e a janela é a da consulta para a Situação no Cadastro Técnico de Rim:

Figura 29 – Página de consulta à Situação no Cadastro Técnico de Rim



Consulta à Situação no Cadastro Técnico de Rim

RGCT:  Digite o mês do nascimento do receptor com dois dígitos:

( Digite o Registro com o hífen )

CPF:  Digite os caracteres ao lado :  4E24

O Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT) pode ser obtido com a equipe médica ou na Central de Transplantes.

BRASIL (2017k)

Para Pruinello e Kruse (2011) toda essa organização sistemática que possibilita análises estatísticas serve como uma tática em que os doentes são vigiados, a partir dos seus exames, e hierarquizados conforme os valores determinados pelo Estado. A criação da fila única forma quadros que encaixam multidões em parâmetros institucionais, por meio de multiplicidades organizadas. Esse processo possibilita um maior conhecimento sobre o processo, sobre os hospitais e equipes profissionais, pacientes inscritos, médicos transplantadores, centros de transplantes e quadro clínico do doente. Ao integrar a fila única, todos os agentes que a compõem e a operacionalizam tornam-se passíveis de controle e vigilância, seja por parte das equipes, centros ou pelos próprios pacientes.

Ao poder consultar a sua situação na lista de espera, o paciente e todos os que têm acesso a ela podem observar, controlar e regular a circulação das pessoas, o que estabelece um quadro econômico que viabilize informações que permitam detectar presenças e ausências a partir de um registro unificado e permanente de doentes e equipes envolvidas. Essa visibilidade e as condições que os autores apresentam como fundamentais à vigilância delineiam e evidenciam os desviantes, bem como desnuda os números de mortos, de doações e transplantes, aproveitamento efetivo de órgãos e desviantes das leis que regulam o processo, mas, como visto anteriormente, o sistema não é assim tão preciso, já que não indica, por exemplo, o paciente inscrito que já foi removido do sistema por ter se recusado a fazer o transplante diante de cinco ofertas distintas. De qualquer forma, usa-se a estatística obtida a partir do sistema informatizado para controlar a população composta por doadores, receptores e profissionais ligados aos transplantes realizados no país. Dados estatísticos também são utilizados para manipular emocionalmente a população que pode se tornar doadora.

Um dado importante é que os doadores não podem escolher os receptores, a não ser em vida, ou seja, na doação para transplantes intervivos o sujeito doador pode decidir sobre a doação, desde que observadas as limitações legais (e considerados os órgãos que podem ser doados em vida). Mas, após sua morte, a família, que detém os direitos jurídicos relacionados ao morto, não pode opinar quanto à escolha do doente que receberá os órgãos. Esse critério visa amenizar os problemas de tempo e assegurar a lisura do processo. O tempo, em especial, é um problema significativo para os doentes que estão na fila. Essa espera depende de cada órgão e de uma série de outros fatores, como as características genéticas do potencial doador e receptor e o estado de saúde do doente (BRASIL, 2016c).

Abaixo estão listados os tempos médios de espera verificados no ano de 2014:

Quadro 06 – Tempo de Espera na Fila para Transplantes

<b>Órgãos</b>	<b>Tempo Médio de Espera no Ano de 2014</b>
Coração	6 meses
Fígado	4 meses
Pâncreas	4 meses
Pulmão	10 meses
Rim	18 meses
Rim e Pâncreas	13 meses

Elaborado pela autora com base em Brasil (2016c)

Esse tempo de espera está relacionado ao número de pessoas que se encontram na fila para transplantes que, entre os indivíduos com registro ativo e semiativo, ao final do ano de 2014 eram 27.616 pessoas em todo o Brasil e ao final de 2016 esse número passou para 23.619 pessoas. Esses indivíduos aguardavam por coração, fígado, pâncreas e rim, conforme consta no quadro abaixo:

Quadro 07 – Número de Pessoas que Esperam Órgãos para Transplantes

Órgãos	Número de Doentes na Fila de Espera	
	Ano de 2014	Ano de 2016
Coração	338	282
Fígado	2.024	1.331
Pâncreas	68	31
Pulmão	225	172
Rim	24.297	21.264
Rim e Pâncreas	664	539

Elaborado pela autora. Dados da ABTO (2014), BRASIL (2016b;2016c)

Para atender a essa população o país conta, atualmente, com um total de 6.749 hospitais credenciados nas capitais e no interior dos estados brasileiros, 477.227 leitos hospitalares, 41.068 leitos de UTI, 1.781 hospitais com mais de 80 leitos, 154 hospitais de ensino, 278 escolas médicas, 445 serviços de neurocirurgia, 673 CIHDOTTs e 56 OPOs 56 (ABTO, 2016b). Foram realizados no Brasil 8.025 transplantes de coração, fígado, pâncreas, pulmão e rim no ano de 2014, 8.046 no ano de 2015 e 8.063 no ano de 2016 (BRASIL, 2016b).

Abaixo o quadro com a distribuição desses números, conforme os órgãos transplantados:

Quadro 08 – Número de Transplantes de Órgãos no Brasil em 2014, 2015 e 2016

Órgãos	Número de Transplantes Realizados		
	Ano de 2014	Ano de 2015	Ano de 2016
Coração	311	353	357
Fígado	1.757	1.809	1.880
Pâncreas	128	120	134
Pulmão	67	74	92

Rim	5.657	5.590	5.492
Rim e Pâncreas	105	100	108

Adaptado de BRASIL (2016b)

Os transplantes são custeados pelo Sistema Único de Saúde em 97% dos casos, visto que a maioria dos planos de saúde privados não cobre esse tipo de tratamento. De acordo com a Tabela de Procedimentos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em maio de 2017 os valores médios gastos com as cirurgias de transplantes variavam entre R\$ 21.238,82 à R\$ 68.838,89, considerando os custos com serviços médicos e hospitalares. Esses valores, no entanto, não incluem gastos com eventuais intercorrências e incentivos pagos pelo SUS às equipes de saúde, exames pré-operatórios e medicamentos, o que vai depender dos procedimentos e substâncias utilizadas em cada caso. Abaixo constam três quadros, o quadro 8, com os valores pagos pelas cirurgias, o quadro 9, com os valores de exames, acompanhamento de pacientes pós-transplante, diagnóstico de ME e outras cirurgias relacionadas ao processo de coleta e transplante de órgãos e o quadro 10, com o valor de alguns imunossuppressores.

#### Quadro 09 – Valores Pagos pelo SUS – Cirurgias de Transplante de Órgãos

<b>Procedimento de Transplante</b>	<b>Valores Hospitalares em R\$</b>	<b>Valores Profissionais em R\$</b>	<b>Total dos Valores Hospitalares + Profissionais em R\$</b>
Coração	30.828,12	6.224,57	37.052,69
Fígado Doador Falecido	61.656,56	7.182,33	68.838,89
Fígado Doador Vivo	61.620,94	7.182,33	68.803,27
Pâncreas + Rim	47.804,12	7.182,33	54.986,45
Pâncreas Isolado	31.869,41	6.224,57	38.093,98
Pulmão Bilateral	57.252,34	7.182,33	64.434,67
Pulmão Unilateral	40.036,60	4.448,50	44.485,10
Rim Doador Falecido	19.333,11	8.289,56	27.622,67
Rim Doador Vivo	14.865,05	6.373,77	21.238,82

Elaborado pela Autora. Dados do DATASUS (BRASIL, 2017)

Quadro 10 – Valores Pagos pelo SUS – Procedimentos e Avaliações para Transplante

<b>Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos</b>	
<b>Procedimento</b>	<b>Valor em R\$</b>
Auto prova cruzada em receptor de rim (auto cross-match)	45,41
Avaliação de reatividade contra painel – classe I ou classe II (mínimo de 30 linfócitos)	180,00
Captação de órgão efetivamente transplantado	260,00
Exame para investigação clínica no doador vivo de rim, fígado ou pulmão – 1ª fase	184,50
Exame para investigação clínica no doador vivo de fígado – complementação da 1ª fase	257,85
Exames para investigação clínica no doador falecido de pulmão- complementação da 1ª Fase	221,82
Exame para investigação clínica no doador vivo de pulmão – complementação da 1ª fase	221,82
Exame para investigação clínica no doador vivo de rim –complementação da 1ª fase	598,02
Hepatectomia parcial para transplante com doador vivo	7.384,00
Identificação de doador falecido de rim/pâncreas	350,00
Identificação de doador vivo de rim 1ª fase (por doador tipado)	150,00
Identificação de doador vivo de rim 2ª fase (por doador tipado)	200,00
Nefroureterectomia unilateral para transplante	2.123,60
Prova cruzada em doador vivo contra linfócitos T ou B c/ absorção de plaquetas (cross-match)	75,85
Provas cruzadas em doador falecido (cross-match)	300,00
Provas cruzadas em doador vivo de rim (cross-match)	300,00
Sorologia de possível doador de córnea e esclera	60,00
Sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto córnea	186,00
Tipagem sanguínea ABO e outros exames hematológicos em possível doador de órgãos	15,00
<b>Manutenção e Retirada de Órgãos</b>	
Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala para retirada de	900,00

órgãos	
Retirada de coração para transplante	1.170,00
Retirada de coração para processamento de válvula/tubo valvado para transplante	260,00
Retirada de globo ocular uni/bilateral para transplante	322,38
Retirada de fígado para transplante	2.340,00
Retirada de pâncreas para transplante	2.340,00
Retirada de pulmões para transplante	2.340,00
Retirada uni/bilateral de rim para transplante – doador falecido	1.170,00
Retirada de tecido ósteo-fascio-condro-ligamentoso	1.170,00
Retirada de pele para transplante	1.170,00
<b>Ações Complementares Destinadas a Doação de Órgãos, Tecidos e Células</b>	
Coordenação de sala cirúrgica para retirada de órgãos e tecidos para transplante	400,00
Deslocamento interestadual de equipe profissional para retirada de órgãos	900,00
Deslocamento de equipe profissional para retirada de órgãos – intermunicipal	450,00
Diária de unidade de terapia intensiva de provável doador de órgãos	508,63
Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica	420,00
Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado	420,00
<b>Avaliação Clínica e Exames para o Diagnóstico de Morte Encefálica</b>	
Angiografia cerebral para diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)	-
Angiorressonância cerebral	268,75
Avaliação clínica de morte encefálica em maior de 2 anos	215,00
Avaliação clínica de morte encefálica em menor de 2 anos	275,00
Cintilografia radioisotópica cerebral para diagnóstico de morte encefálica	-
Eco doppler colorido cerebral para diagnóstico de morte encefálica	-
Eletroencefalograma para diagnóstico de morte encefálica	-
Estudo de fluxo sanguíneo cerebral	119,16
Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica	-
Ressonância magnética de crânio	268,75
Tomografia computadorizada do crânio	97,44



<b>Coleta e Exames para Fins de Implante de Órgãos</b>	
Exames de pacientes em lista de espera para transplantes	340,20
Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante de coração	2.468,83
Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante de fígado	318,52
Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante de pâncreas, pulmão ou rim	1.165,11
Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante conjugado de pâncreas e rim	1.901,59
Identificação de receptor de rim/pâncreas	350,00
<b>Coletas e exames para Fins de Acompanhamento de Pacientes Transplantados</b>	
Biopsia e exame anátomo-citopatológico em paciente transplantado	35,00
Contagem de CD4/CD3 em paciente transplantado	75,00
Dosagem ciclosporina em paciente transplantado	52,33
Dosagem em sirolimo em paciente transplantado	52,33
Dosagem de tacrolimo em paciente transplantado	52,33
Dosagem de everolimo em paciente transplantado	52,33
Exames de radiologia em paciente transplantado	25,00
Exames microbiológicos em paciente transplantado	15,00
Sorologia em paciente transplantado	20,00
Ultrassonografia de órgão transplantado	12,00
<b>Acompanhamento e intercorrências no Pré-transplante</b>	
Acompanhamento de paciente pós-transplante de córnea	115,00
Acompanhamento de paciente pós-transplante de rim, fígado, coração, pulmão, células-tronco hematopoiéticas e/ou pâncreas	135,00
Acompanhamento de doador vivo pós-doação de fígado, pâncreas, pulmão ou rim	135,00
Acompanhamento de pacientes no pré-transplante de órgãos	135,00
Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes	215,00
Tratamento de intercorrências pós-transplante de coração – pós-transplante crítico	2015,84
Tratamento de intercorrências pós-transplante de rim – pós-transplante crítico	118,05
Tratamento de intercorrência pós-transplante de pulmão uni/bilateral – pós-	357,97

transplante crítico	
Tratamento de intercorrência pós-transplante simultâneo de rim/pâncreas ou pâncreas isolado – pós-transplante crítico	305,48
Tratamento de intercorrência pós-transplante de fígado – pós-transplante crítico	382,44

Elaborado pela Autora. Dados do DATASUS (BRASIL, 2017)

Quadro 11 – Valores Pagos pelo SUS – Medicamentos Imunossupressores

<b>Substância</b>	<b>Valor em R\$</b>
Alfaepoetina 1.000 UI injetável (por frasco-ampola)	321,05
Azatioprina 50mg (por comprimido)	2,87
Ciclosporina 25mg (por capsula)	1,50
Ciclosporina 50mg (por capsula)	2,92
Ciclosporina 100mg (por capsula)	5,65
Ciclosporina 10mg/ml solução oral	282,60
Ciclosporina 50mg (por frasco-ampola)	10,95
Everolimo 0,5mg (por comprimido)	12,57
Everolimo 2,5mg (por comprimido)	43,53
Everolimo 5mg (por comprimido)	133,92
Everolimo 10mg (por comprimido)	174,09
Imunoglobulina equina antitimócitos humanos 100mg injetável (por frasco-ampola 0,5ml)	91,59
Imunoglobulina obtida/coelho antitimócitos 100mg injetável (por frasco-ampola 0,5ml)	225,00
Imunoglobulina obtida/coelho antitimócitos humanos 25mg injetável (por frasco-ampola 0,5ml)	212,30
Leflunomida 20mg (por comprimido)	5,15
Metilprednisolona 500mg injetável (por ampola)	67,82
Micofenolato de mofetila 500mg (por comprimido)	5,15
Micofenolato de sódio 180mg (por comprimido)	1,70

Micofenolato de sódio 360mg (por comprimido)	3,21
Muromonabe CD3 5mg injetável (por ampola de 0,5 ml)	703,13
Tacrolimo 1mg (por cápsula)	3,99
Tacrolimo 5mg (por cápsula)	20,13
Sirolimo 1 mg (por drágea)	24,61

Elaborado pela Autora. Dados do DATASUS (BRASIL, 2017)

É importante ter em conta que todos esses dados apresentados não dizem nada por si só. É claro que a gestão pública tem se valido de estatística e tudo o que envolve número é estrategicamente usado para a política de controle da vida e da sociedade. Os números, ao serem oficializados, têm caráter instrumental e disciplinar. É a organização e a direção da vida das pessoas que está em voga. A coordenação dos tratamentos e a centralização dessas informações, que se apresentam de formas muito dispersas, só são realizadas quando há um interesse em normalizar os saberes. Os números, então, trabalham conforme os anseios que perpassam a gestão pública (PRUINELLI; KRUISE, 2011).

Logo, observei que apenas os números relativos às doações e transplantes são disponibilizados de forma simples e acessiva pelos órgãos responsáveis, os valores, porém, são de complicado acesso, bem como o número de aproveitamento efetivo dos órgãos disponibilizados para doação. Informações relacionadas ao diagnóstico de morte encefálica também não são de fácil acesso, nem mesmo o valor dos exames específicos são disponibilizados pelo DATASUS. Conforme pode ser observado no quadro 9, os valores dos exames regulamentados para o diagnóstico de ME constam em branco, pois não é divulgado o valor pago pelo SUS em relação a tais procedimentos.

O fato é que os mecanismos de controle podem ser sutis, mas nem por isso menos efetiva, e a racionalização numérica dos processos constitui-se como mecanismo de segurança. As previsões, estimativas e medições são utilizadas visando dar conta dos fenômenos coletivos, buscando equilibrar, oferecer levantamentos médios como verdades absolutas e criar uma ideia de estados globais de equilíbrio e regularidade. Assim, vida e processos regulatórios andam lado a lado. As expertises anunciadas, e a repetição de números que interessam as estratégias de governo, são constantemente utilizadas para promover o aumento na doação de órgãos, por exemplo. Sempre que o tema vem à tona, há comparações seja em relação aos números de doadores *versus* o número de pessoas na lista de espera, seja

em relação a outros países considerados mais avançados quando se deseja imitar e menos avançado quando o objetivo é demonstrar o quanto a gestão tem sido efetiva (PRUINELLI; KRUISE, 2011).

Em um estudo realizado por Arruda e Renovato (2012), que contou com a participação de 18 transplantados renais, na cidade de Dourados, constatou-se que os medicamentos mais utilizados foram a Predinisona, o Micofenolato de Sódio, a Ciclosporina, o Tacrolimus, o Micofenolato de Mofetila, a Azatioprina, o Sirolimus e o Everolimus. Os pesquisadores buscaram correlacionar o uso do medicamento com o cotidiano, com a rejeição propriamente dita e com a autonomia do transplantado. Ao final da pesquisa os autores compreenderam que o uso dos medicamentos está incorporado às tarefas cotidianas como compromissos diários que devem ser cumpridos a fim de garantir a qualidade de vida. As viagens, ou qualquer evento que saia da rotina desses sujeitos, requer uma reorganização que os permita fazer o uso correto das medicações sem modificar a rotina nesse aspecto. Desta forma, a vida do sujeito é organizada em torno da sua relação com a medicação. Os sujeitos expressaram dependência não apenas fisiológica em relação ao medicamento imunossupressor, mas também uma dependência emocional e simbólica. Embora o papel contra a rejeição seja colocado como central, as práticas relacionadas à aquisição, bem como as representações adquiridas são destaque na vida dos transplantados. Nem sempre a rede de saúde local é capaz de lhes fornecer os medicamentos necessários, mas os transplantados buscam táticas para sanar esse problema, buscando a medicação em outros estados e mesmo trocando a medicação entre si, emprestando-a e fazendo com que todos tenham acesso à medicação de forma adequada. É uma luta constante. Luta contra o medo de perder a vida, contra a falta de medicação e contra os fantasmas do passado, como as realizações de diálise, descrita pelos participantes como algo que não lhes permitia autonomia. Os autores concluíram que os medicamentos não são apenas compostos químicos para esses indivíduos, mas constituem-se como entidades sociais e culturais, ocupam centralidade na vida desses sujeitos e suas representações denotam que os medicamentos possuem múltiplas dimensões, cheias de sentidos e significados.

Noto, a partir da referida pesquisa, que os discursos reiterados pelos órgãos competentes conseguem atingir o foco de controle da vida desses sujeitos, mas, se por um lado há a culpabilização e responsabilização dos sujeitos, por outro, os números como os desperdícios de órgãos pela ineficiência do Estado não são apresentados da mesma forma. Os dados não são transparentes, trazem questões subentendidas e provavelmente não representem a realidade. Abaixo um quadro que ilustra um pouco dessa questão:

Quadro 12 – Eventos Relacionados à Doação de Órgãos em 2014, 2015 e 2016

Eventos Relacionados à Doação de Órgãos	Números Absolutos por Ano no Brasil		
	2014	2015	2016
Número de doadores efetivos	2.713	2.854	2.981
Número de notificações (potenciais doadores)	9.351	9.698	10.158
Recusa familiar	2.610	2.613	2.571
Parada cardíaca	1.156	1.164	1.136
Contraindicação médica <sup>16</sup>	1.349	1.416	1.594
Outros	1.523	1.651	1.876

Adaptado de ABTO (2016b)

As informações disponibilizadas pela ABTO demonstram números que mostram um avanço no processo de captação de órgãos nos últimos três anos. Aumentou o número de doadores efetivos e de notificações, foi reduzido o número de recusas familiares e diminuíram o número de pacientes que tiveram parada cardíaca antes de concluir o processo para a retirada de órgãos. Mas, do montante total de doadores, menos de 30% se tornaram doadores efetivos. Os motivos apontados e identificados pela ABTO somam aproximadamente 53% em 2014, 52% em 2015 e 51% em 2016 e apontam questões como a recusa familiar, a contraindicação médica e a parada cardíaca antes de finalizado o processo para a captação e retirada do órgão. Não são discutidos e nem apresentados os motivos para o não cumprimento do protocolo em tempo hábil e nem se há problemas relacionados à abordagem das famílias dos potenciais doadores. E, por fim, o item “Outros” representou 16,29% do total de doadores no ano de 2014, 17,02% em 2015 e 18,46% em 2016 e é, portanto, significativo, mas não são identificados quais seriam esses outros eventos que compõem o número de não aproveitamento de órgãos.

Como aponta Pruinelli e Kruse (2011), na gestão biopolítica das populações os dados são abordados com o intuito de atingir o receptor das informações que eles embasam. Por

<sup>16</sup> Contraindicação médica = saber/poder. A expressão “contraindicações médicas” é ampla e deixa a critério do médico a opção por realizar ou não o procedimento. Como aponta Foucault (2012) saber é poder, então no caso dos transplantes, nada mais óbvio do que o médico, dono do saber e da verdade sobre a vida (biológica) ter o poder de indicar ou contraindicar o procedimento. Isso reitera o que Foucault (1993) apontou sobre sermos destinados a certos modos de viver e de morrer, de acordo com a função dos discursos de verdade, portadores dos efeitos peculiares às formas de poder.

exemplo, ao apontar que mais de 25% das famílias não autorizaram a doação de órgãos de seu ente falecido há a implícita informação de que quase o dobro dos doentes poderia ter sido salvo, mas que não o foi em virtude da negação familiar. Isso representa o que os autores entendem com um jogo de números que podem ser utilizados para interpelar os sujeitos mostrando-lhes verdades sobre o mundo dos transplantes estabelecidas pelos órgãos controladores. Nesse sentido, observei, durante a pesquisa, que o cenário dos transplantes no Brasil é construído a partir da implantação do SNT que, a partir de 2005, com a melhoria nos sistemas de informação, passou a integrar grande parte das informações sobre os pacientes e os Estados, viabilizando os registros, o controle e a vigilância.

Esse acúmulo de informações numéricas pauta os discursos veiculados pela mídia, direcionando e enfatizando os melhores e os piores dados. Os números considerados positivos para os órgãos de controle são constantemente repetidos e transformam-se em taxas, percentuais, sendo referenciados pelos especialistas para abordar as questões que contribuem para o aumento ou diminuição dos eventos, produzindo, assim, uma teia para atingir a população, mostrando os esforços empenhados pelos órgãos competentes e a falta de comprometimento dos sujeitos, mostrando os altos custos empenhados pelo governo e, ao mesmo tempo, o alto número de pessoas na lista de espera e a necessidade urgente em aumentar o número de doações. Mas esses aspectos contrastam com a falta de recursos, muitas vezes apontadas pelos órgãos públicos para o atendimento da população. Um apelo comum quando o tema são as finanças envolvidas no processo de transplante se dá sob o argumento de que manter e amparar o doente que espera por um órgão é muito mais caro do que executar os transplantes (PRUINELLI; KRUISE, 2011).

São inúmeras as formas de tentar balizar a vida e no âmbito dos transplantes de órgãos no Brasil há uma combinação entre dizeres, regras, normas e padronização de procedimentos que incorrem para este fim. Seja pelas regras legais ou pelas normas técnicas que visam regular o processo são instauradas proibições e incutidos ideais. Se por um lado a comercialização de órgãos é vedada pelos meios legais, bem como a escolha ou direcionamento das doações por parte da família (sobre quem vai receber os órgãos), por outro, a responsabilização do sujeito é constante. Esse aspecto evidencia a biopolítica em seu elemento mais fundamental, o liberalismo.

Quanto à comercialização, aliás, é vedada qualquer manifestação de vender ou comprar órgãos ou tecidos, sendo considerado crime no Brasil. No país, não há nenhum procedimento relacionado aos transplantes de órgãos que possa ocorrer sem o conhecimento do Sistema Nacional de Transplantes. Quando questionados sobre a possibilidade de

comercialização ilegal de órgãos ou a facilitação para melhorar o posicionamento na lista de espera por meios escusos, os representantes das Centrais de Transplantes e todos aqueles que estão envolvidos no processo formalmente constituído alegam acreditar que isso possa acontecer e que é um dos principais fatores que contribuem para que menos pessoas doem órgãos. O discurso chancelado pelo Ministério da Saúde afirma que tais “crenças” tiram a chance sobrevida dos doentes que precisam de um transplante (BRASIL, 2014c).

E nesse passo a lista de espera segue como num processo fabril. Autores propõem a adoção de metodologias gerenciais, operacionais e produtivistas e o próprio sistema já é, em partes, modulado sob esses “saberes”. É importante, nesse contexto, indicar que a lista de espera é departamentalizada conforme cada órgão. Assim, há uma lista de espera para rins, uma lista de espera para fígados, outra para pulmões, outra para corações, outra para pâncreas, outra para intestino e outras para cada tipo de tecidos. Certamente isso facilita o processo e é algo necessário para organizar e viabilizar o cruzamento de informações, mas aproveita-se também para ter o controle por seguimentos. Assim, é possível gerenciar as informações e escolher as que mais convêm para serem destacadas sobre cada segmento.

No caso dos transplantes de córneas, por exemplo, há Estados em que as filas estão zeradas e o tempo de espera é apenas o tempo necessário para que sejam realizados os exames requeridos. Isso faz com que a média nacional seja inferior a 90 dias, podendo ser considerada baixa em relação a outros órgãos ou tecidos. O número absoluto de pessoas que aguardam por uma córnea no país é alto – 8.602 pessoas em 2014, 10.210 em 2015 e 10.923 em 2016 (ABTO, 2014; 2015; 2016b), mas como se trata de um tecido cuja doação pode ser feita também nos casos de morte com parada cardíaca e há a possibilidade de armazenamento o fluxo acaba sendo mais dinâmico, sendo realizado por ano um número quase equivalente aos constantes na lista de espera de implantes de córneas. Outro aspecto interessante é que, ao contrário de outros transplantes, no caso do transplante de córnea, distúrbios funcionais não constituem impeditivos para a doação (miopia, hipermetropia, astigmatismo, etc), são aceitos doadores a partir de 2 anos de vida e não há limite máximo de idade para a doação desse tipo de tecido, diferente dos órgãos sólidos que tem uma prescrição de idade máxima admitida para a doação. Abaixo um quadro comparativo com a idade máxima permitida para ser doador, conforma cada órgão:

Quadro 13 – Idade Máxima Permitida para a Doação de Órgãos e Tecidos

<b>Órgão</b>	<b>Idade Máxima Permitida para a Doação</b>
Rim	75 anos
Fígado	70 anos
Coração	55 anos
Pulmão	55 anos
Pâncreas	50 anos
Válvulas cardíacas	65 anos
Pele e ossos	65 anos
Córneas	Não há limite de idade

Elaborado pela Autora. Dados do Portal Brasil (BRASIL, 2014b)

Outro aspecto importante é que mesmo para o caso de tecidos não é permitida a doação para conhecidos ou pessoas da família. Esse tipo de doação é permitido apenas para os órgãos que podem ser doados para transplantes intervivos. Outra limitação é sobre o acesso às informações de outros doadores e receptores. No Brasil, todas as informações sobre ambos devem ser sigilosas, conforme regulamentado por Lei. Em tese, nem mesmo os médicos responsáveis pelas cirurgias têm acesso à identidade do doador, que é tratado por um código (BRASIL, 2014c).

Até mesmo a nomenclatura dada aos processos é passível de tentativas de controle. O termo fila, por exemplo, é amplamente empregado para representar as pessoas que estão na espera por um transplante, mas especialistas dizem que o termo não é apropriado para a situação, visto que implica numa ocorrência mais simples do que a lista. Argumentam que a fila é linear e que a lista tem uma série de critério, conforme já apresentado aqui, que contribuem para sua complexidade e que, por isso, o termo lista não pode ser substituído por fila, a fim de que se evite confusão. Questões não previstas nos protocolos mais comumente divulgados não são consideradas por muitos leigos, como altura e peso dos pacientes, ou, ainda, a possibilidade de uma equipe estar indisponível no momento de disponibilização do órgão. Para os porta-vozes da Secretaria de Saúde da Bahia, sem entender todas essas



circunstâncias não é possível que a sociedade acompanhe o progresso das listas únicas para os transplantes com órgãos de cadáveres (BAHIA, 2017).

Quanto aos dados relacionados às crianças, a ABTO (2016b) aponta que no ano de 2016 705 sujeitos ingressaram na lista de espera de órgãos, tendo sido transplantados 527 órgãos neste mesmo ano, e falecidos, ainda em lista, 78 crianças. Dessa lista, 69 crianças esperavam por um coração, das quais 32 o receberam em tempo hábil e 19 faleceram ainda na fila. Diferente da maioria dos casos envolvendo adultos, as patologias que afetam as crianças são de ordem congênita e não recorrem em função de maus hábitos ou falhas na prevenção à saúde. Por essas e outras razões o transplante infantil parece ter características particulares em relação ao transplante em adultos.

A partir do que li sobre as listas de espera, entendi que elas podem ser caracterizadas com dispositivos de controle. De acordo com Guerón (2009), os sistemas tecnológicos podem ser vistos como dispositivos que se formam pela materialidade que dão a linguagem e ao conhecimento, transformando-os em instrumento que estende o alcance dos sujeitos. As listas instrumentalizam o saber movimentando a linguagem médica, agenciando e propelindo os transplantes de acordo com os critérios pautados no saber/poder. Esses dispositivos biopolíticos têm a capacidade de agenciar os sujeitos de modo que internalizem as regras e as entendam como verdades inquestionáveis, capazes de desarticular as disposições contrárias. As listas constituem um instrumento para parametrizar e julgar os indivíduos, culpabilizando-os sempre que se fizer necessário para o fortalecimento ou a manutenção da estratégia biopolítica.

Diante desse cenário, me pergunto se também seria possível um controle por parte da população? Não posso responder e entendo que seria necessária a realização de uma pesquisa ampla com os sujeitos em lista de espera para verificar o acesso a ela, bem como a compreensão do processo que a envolve. Como há limitações de tempo e abrangência essa investigação não alcançará essas informações, mas fica aqui o registro de que há interesse em prosseguir nesse sentido, no futuro, a fim de melhor compreender esse processo.

Por ora, retomarei o processo de acompanhamento pós-transplante.

#### 4.2.1.6 Acompanhamento Pós-Transplante

Essa etapa é dividida em alguns ciclos e começa com a recuperação imediata do transplante renal, que dura entre cinco e sete dias, podendo ocorrer a necessidade de permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou unidade semi-intensiva. Após esse período o paciente é encaminhado para o setor de internação geral, onde permanece por cerca de uma semana se não houver complicações. Em um momento posterior a esse período é encaminhado à alta e ao acompanhamento ambulatorial. No período imediatamente pós-operatório o paciente dispõe de médico e equipe de enfermagem que deve estar disponível em tempo integral. A equipe deve ser constituída por pessoas aptas a fornecer todas as informações necessárias ao esclarecimento do paciente sobre quaisquer procedimentos realizados. Também são utilizados equipamentos apropriados para a observação do estado clínico do paciente, como as funções vitais. São realizados exames laboratoriais e drenagens. Há casos em que há a necessidade de manter a respiração mecânica por algumas horas, bem como a alimentação por sonda. Após oito ou doze horas o paciente já pode alimentar-se com alimentos leves. Durante o período de internação são administrados medicamentos via intravenosa, soro, medicações analgésicas, anti-inflamatórios e drogas imunossupressoras. Após alguns dias, dependendo de cada caso, as medicações passam a ser ingeridas via oral. Deve ser dada rigorosa atenção a quaisquer sinais de infecção, como febre acima de 38° C, inchaço, calor, vermelhidão, tosse, dificuldade para respirar e diarreia. Haverá outras particularidades relacionadas a cada transplante (rins, córneas, coração, pulmões, fígado, etc).

Segundo consta no Manual de Transplante Renal da ABTO há cuidados que iniciam após o procedimento cirúrgico de transplante e devem durar por toda a vida do transplantado, tais como exames clínicos laboratoriais e de imagens. O sucesso do transplante, segundo consta no manual, dependerá do cumprimento rigoroso de todas as orientações. A orientação pós alta é para que sejam realizados exames clínicos semanalmente, durante os primeiros trinta dias e duas vezes por mês após esse período, por três meses, fase de maior risco para a ocorrência de rejeições e complicações infecciosas. Após esse período devem ser realizados exames a cada seis meses até que a evolução clínica permita um maior espaçamento entre os procedimentos de acompanhamento médico. Entretanto, mesmo após anos do procedimento cirúrgico, ainda há o risco de perda do transplante, o que requer algum acompanhamento por toda a vida do paciente.

Outro aspecto intrínseco ao acompanhamento de transplantados é que em nenhuma hipótese pode ocorrer a introdução ou alteração de medicação sem autorização de um médico responsável pelo acompanhamento. E sempre deve ser informado se tratar de um paciente que passou por cirurgia de transplante em caso de consulta médica por profissionais de outras especialidades médicas que não relacionada ao transplante. Quanto à medicação específica do tratamento envolvido no processo de transplante, os manuais da área alertam que é de suma importância que o paciente siga minuciosamente as orientações e prescrições, pois apontam que a medicação é parte fundamental para o êxito do transplante. A dosagem e o período não podem ser alterados e em caso de esquecimento ou dose ingerida na quantidade inadequada orienta-se que um médico, da equipe de transplante responsável pelo paciente, seja informado.

Orienta-se, ainda, que os pacientes que sofreram transplante saibam para que serve cada medicamento prescrito, que nunca os retire de sua embalagem original, que mantenham sempre uma quantidade reserva de cada medicamento, que os guarde de maneira organizada e ordenada, limpa e seca, protegida da luz, do calor e da umidade, que não os coloque junto com outros medicamentos e que atente sempre aos prazos de validade. Essas orientações são comuns a muitos outros tipos de medicamentos, entretanto, a dependência da medicação para o transplantado é demasiado alta para que se cometa qualquer equívoco. Em caso de situações adversas, que podem ou não estarem relacionadas ao uso dos medicamentos, tais como vômito, urticária, dor de cabeça, dor de estômago, ou quaisquer alterações fisiológicas, um médico da equipe de transplantes deverá ser informado imediatamente.

Todo esse cuidado em torno da sobrevivência do paciente ocorre em busca de se evitar qualquer alteração que comprometa a integração definitiva do enxerto recebido. As complicações e rejeições envolvem muitos aspectos, como a proteção do sistema imunológico, que deve ser resguardado contra infecções ou qualquer outro acometimento estranho. Como o órgão recebido é entendido pelas células do sistema imunológico como um corpo estranho ao organismo, a qualquer alteração fisiológica o que fica em risco é o novo órgão que será atacado por essas células. Assim, a fim de se evitar a rejeição, é importante que o paciente siga todas as orientações sobre o pós-operatório no decorrer de sua nova vida, bem como faça uso da medicação imunossupressora por toda a sua vida, prevenindo que o seu próprio organismo ataque o órgão transplantado. Como visto anteriormente, os cuidados nos primeiros dias são maiores e seguem diminuindo conforme o paciente vai demonstrando recuperação e adaptação à sua nova condição. A medicação não evita os riscos de rejeição, mas os reduz significativamente. Podem existir episódios que indiquem algum nível de

rejeição, mas há tratamentos antirrejeição que podem evitar a perda do órgão mesmo após algumas complicações nesse sentido.

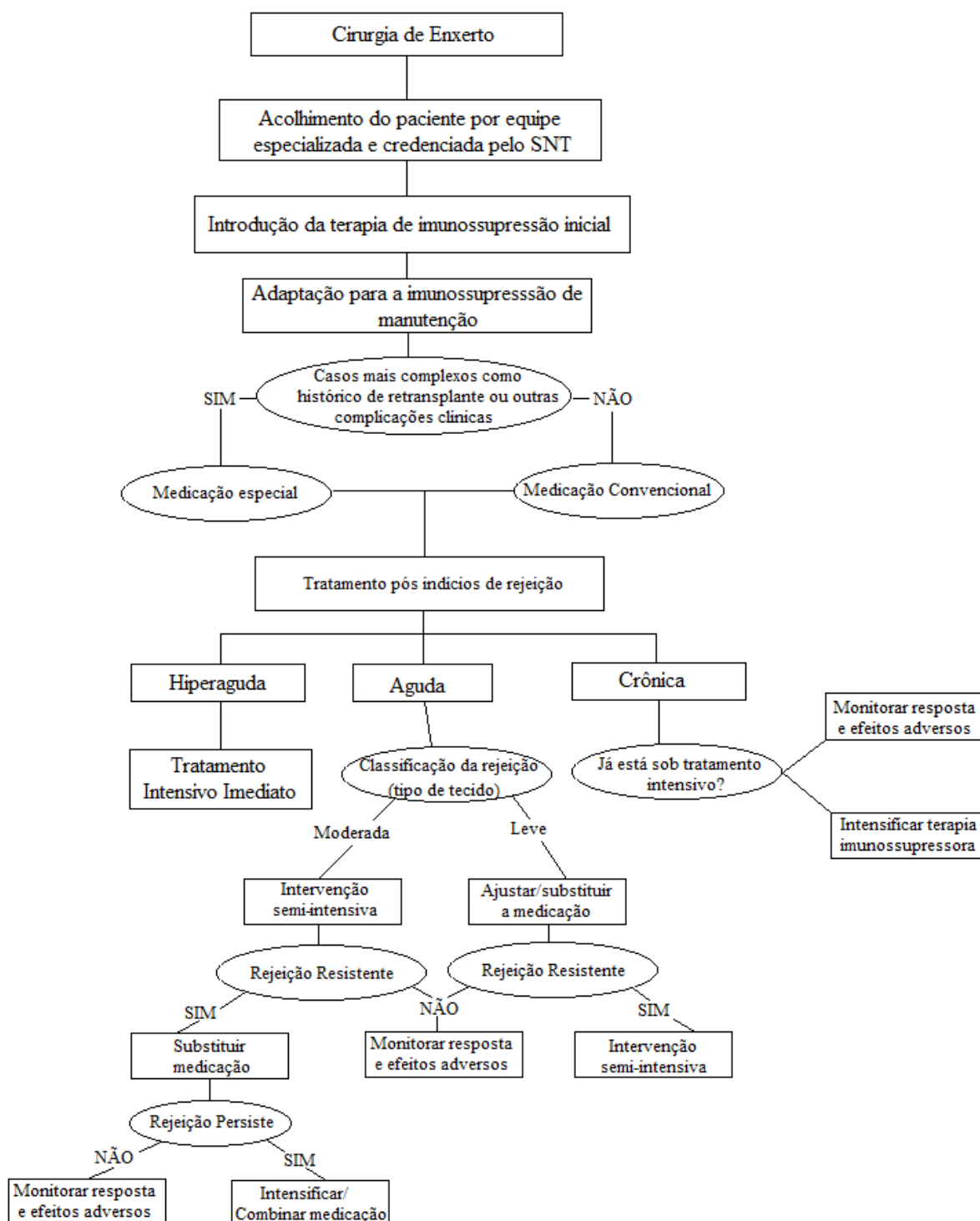
As rejeições podem ser hiperagudas, agudas e crônicas. A rejeição hiperaguda ocorre durante a cirurgia ou até vinte e quatro horas após o procedimento por meio da agressão dos anticorpos do paciente, que atacam rapidamente o órgão transplantado causando a sua perda. A rejeição aguda é aquela que ocorre a partir do terceiro dia após a cirurgia de enxerto, e é a mais comum até os três primeiros meses, sendo possível incidir mesmo após um longo período pós-transplante. É o tipo mais comum de rejeição, mas pode ser revertido a partir de tratamento efetivo. A rejeição crônica pode surgir ao longo do processo pós-transplante, ocasiona a perda da função do órgão de forma lenta e progressiva e é a que mais comumente leva a perda do órgão (BACAL et al 2010). Nos casos de transplantes que podem ser realizados *post mortem* e intervivos a rejeição é menor quando o órgão ou tecido é obtido a partir de um doador vivo (SOUSA; GUIMARÃES, 2014). Os motivos para a menor rejeição talvez residam no fato de que os doadores vivos são, na maioria dos casos, da família relacionada consanguineamente, o que aumenta as chances de compatibilidade. Nos casos de doadores não consanguíneos as baterias de testes são mais amplas e criteriosas.

Outro aspecto que pode ocasionar a perda de um órgão é o surgimento de alguma infecção e a utilização de imunossupressores, que torna os pacientes mais suscetíveis às infecções, que podem ser de origem bacteriana, fúngica, viral ou por outros microrganismos. Como o tratamento de imunossupressão é insubstituível, recorre-se, concomitantemente, ao uso de antibióticos de amplo espectro antes e logo após a cirurgia, podendo esse uso ser estendido de acordo com cada caso. São identificadas três fases relacionadas às infecções pós-transplantes considerando o período em que ela ocorre, são eles: até seis semanas (infecções secundárias ao procedimento cirúrgico), de seis semanas a seis meses (infecções oportunistas), e, após os seis meses (infecções comuns a todos os indivíduos). Tudo o que ocorre com os pacientes transplantados pode ser mais grave do que em pessoas comuns e no caso das infecções isso não é diferente. Desta forma, orienta-se que as febres, mal-estares e dores sejam sempre investigados cuidadosamente, o que requer que o paciente se submeta mais frequentemente aos ambientes hospitalares (ABTO, s. d.).

Outras complicações relacionadas à cirurgia ocasionam internação, como problemas vasculares, complicações cardíacas e urológicas, hematomas e rupturas arteriais. Os casos mais urgentes e que indicam rejeição apresentam dores, inchaços, febres, diminuição das funções orgânicas, ganho ou perda de peso muito significativa, aumento da pressão sanguínea, tosses, falta de ar e perda constante da sensação de bem-estar (PICON et al, 2014). O

tratamento contra a rejeição do órgão enxertado é muito complexo e envolve um arcabouço de conhecimentos técnicos e dedicação do paciente e familiares, bem como requer uma ampla estrutura de apoio para que o paciente tenha acesso a todos os medicamentos necessários. Os pontos críticos do processo da terapia imunossupressora podem ser observados no fluxograma abaixo:

Figura 30 – Fluxograma do Tratamento Pós-transplante



Elaborado pela autora.

A cada adversidade observada diante do curso esperado deve ocorrer uma ação de ajuste no processo terapêutico contra a rejeição. Há, ainda, pontos decisivos para o andamento do processo medicamentoso (representados pelas formas circulares), que orientam quanto às próximas ações a serem efetivadas.

Outras questões no transcurso pré e pós-transplante também devem ser observadas, mas o que notei até aqui, é que, desde a captação de órgãos até o acompanhamento do paciente transplantado, a necessidade de controle é estabelecida como prioridade, ao menos em termos conceituais. Criam-se e recriam-se normas e procedimentos para quase tudo em torno desse processo e a comunicação, como aponta Moura (2014), é considerada um aspecto crítico, onde mesmo procedimentos considerados simples, como a correta identificação do paciente e a adequada disponibilização de informações sobre doadores potenciais, tornam-se decisivos para a efetivação do transplante e a sobrevivência do paciente transplantado.

Como aponta Guéron (2009), a comunicação é dada de acordo com os territórios e se estabelecem, também, a partir deles fazendo com que os modos de vida estejam conforme a reprodução e a passividade que pretende instituir. Esse processo ocorre de tal modo que os sujeitos só reiterem ou desejem aquilo que está ao alcance do que sabem ou entendem como sendo a única opção que lhes cabe. Os discursos quanto responsabilidade do transplantado sobre o sucesso ou não do procedimento de transplante reifica a sua condição de produção enquanto indivíduo que interessa a uma biopolítica.

Esperando ter esclarecido esse aspecto, passo, a seguir, para a apresentação de outros dados sobre os transplantes no Brasil.

#### 4.2.1.7 A Atual Situação dos Transplantes no Brasil

Segundo o Portal Brasil, do Ministério da Saúde, o sistema público de transplantes brasileiro é o maior do mundo, realizando cerca de 20 mil cirurgias por ano e tendo realizado, desde o ano de 2000, mais de 335 mil transplantes. Por outro lado, as carências também estão entre as maiores, mas esses números não são disponibilizados. Há apenas a sinalização de que as maiores listas de espera são constituídas por pacientes que aguardam por rim, fígado e pâncreas (BRASIL, 2016d).

Atualmente, todo esse processo é amparado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Além do suporte e financiamento dos transplantes, é o sistema público quem subsidia os medicamentos imunossupressores (azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, micofenolato-mofetil, rapamicina e anticorpos contra receptores de linfócitos) para os pacientes transplantados. De acordo com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o suporte público faz com que o Brasil seja o segundo país do mundo em transplantes realizados, seguido pelos EUA. Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), o Brasil ocupa o primeiro lugar do *ranking* e o número de transplantes de fígado tem crescido 30% ao ano, ao contrário dos transplantes cardíacos, que vem reduzindo ano a ano em função da ausência de equipes dedicadas exclusivamente a esse fim. Já o número de transplantes de rins tem sido projetado para um aumento anual de 100% ao ano para os próximos cinco anos, considerando os doadores vivos e mortos.

Embora as doações sejam alvos de constantes invocações publicitárias, o sistema de gerenciamento do processo de transplantes é apontado como decisivo para a efetivação de avanços nos números de transplantes. Nesse sentido, o Estado de Santa Catarina tem sido bem-sucedido, já que o sistema de lá é considerado exemplar, com o maior número proporcional de doadores efetivos do país, com 36,2 doadores por milhão de habitantes enquanto a média nacional é de 14,4 doadores efetivos (ABTO, 2016b). Isso foi possível com a efetivação de estratégias utilizadas pelo estado a fim de diminuir a fila de espera, a partir do Decreto Nº 553, de 21 de setembro de 1999, como a criação de uma rede de coordenadores de transplantes, onde os profissionais monitoram os hospitais para identificar potenciais doadores, contatando as famílias, explicando o diagnóstico de morte encefálica e esclarecendo sobre o processo de doação de órgãos.

No referido Estado o processo de transplantes é coordenado pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 1999), cujos objetivos são:

- A organização do serviço de notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos para transplantes;
- A emissão e aprovação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para realização dos procedimentos relacionados à captação e transplantes no Estado;
- A coordenação da captação de órgãos e tecidos dentro de sua área de abrangência, estimulando a busca ativa e recebendo notificações de potenciais doadores;

- A manutenção de informações sobre o trabalho de captação e transplante de órgãos e tecidos nas Centrais Regionais;
- A manutenção e o controle da lista de receptores do Estado, fornecida pelas Centrais Regionais;
- A distribuição dos órgãos e tecidos conforme critérios clínicos ou não, preestabelecidos em lei;
- A manutenção do cadastro dos hospitais do Estado que dispõem de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e dos pacientes que fazem uso de hemodiálise, das equipes de transplante, das equipes de retirada de órgãos e tecidos e dos estabelecimentos de saúde credenciados para captação e transplante;
- A manutenção da documentação de doadores conforme prevê a lei;
- A produção de relatórios semanais, mensais, semestrais e/ou anuais com a finalidade de manter informados o Sistema Nacional de Transplantes e as Centrais Regionais sobre o andamento dos processos;
- O fornecimento de informações relevantes para a pesquisa e extensão às instituições de ensino e de saúde; a busca pela qualidade do trabalho e qualificação do trabalhador por meio da constante participação dos membros deste serviço em programas de formação; a obediência rigorosa a todas as exigências legais e éticas que envolvem a doação de órgãos e tecidos;
- A promoção de programas de formação (cursos e eventos) e organização de programas de divulgação com finalidade de conscientizar a população sobre a necessidade de doar órgãos e tecidos;
- A fiscalização do serviço de doação e transplante de órgãos e tecidos em Santa Catarina; e,
- O estabelecimento de regras para o funcionamento das Centrais Regionais.

Atualmente, a Central de Santa Catarina de Transplantes (SC Transplantes), inaugurada em 1999, é uma gerência vinculada à Superintendência de Serviços Especiais e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e funciona como agência executiva do Sistema Nacional de Transplantes, cujo objetivo é a coordenação dos transplantes no Estado de Santa Catarina, centralizando as ações em torno da captação, distribuição e transplante a partir do gerenciamento de listas únicas de pacientes que esperam por um órgão ou tecido para transplante. Ainda é função dessa gerência a formulação de políticas de transplantes para o Estado, pioneiro da regulamentação dos transplantes a partir



das normativas do SNT. É essa gerência responsável pela aplicação das listas de espera, conforme os critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera no ato da distribuição dos órgãos disponíveis (SANTA CATARINA, 2016).

Mas, ao contrário do que mostram os registros sobre Santa Catarina, outros quatro Estados brasileiros não figuram entre os que apresentam alguma produtividade no transplante de órgãos. No último levantamento, os Estados de Amapá, Mato Grosso, Roraima e Tocantins sequer tiveram números significativos de doadores efetivos por milhões de habitantes (ABTO, 2016). No Estado do Amapá ainda não existe uma central de transplantes e nos outros três estados citados, a situação é a seguinte: em Roraima e Tocantins a implantação é recente, já no Mato Grosso a central foi fundada há mais tempo, contudo, não tem tido mais êxito do que os novos ingressantes no Sistema Nacional de Transplantes.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, estão sendo tomadas as providências para que seja instalada uma central de transplantes no estado. Em janeiro de 2017, profissionais da saúde discutiram a implantação de comissões e capacitação de pessoal para que seja possível realizar os procedimentos de notificação da morte encefálica e, assim, identificar possíveis doadores. Esse passo segue no sentido de contribuir para a disponibilidade de órgãos para transplantes no sistema nacional. A coordenação da Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) apontou que há recursos para que a central seja estabelecida no Estado, porém, indica que não há estrutura e capacitação suficientes para a realização de procedimentos relacionados aos transplantes. Consta no site do governo do Estado do Amapá que seis médicos estão se qualificando na área de transplante renal pediátrico e, que, a partir da instituição das comissões, será promovida a formação dos coordenadores que atuarão nas unidades onde ocorrerão as notificações e diagnóstico de morte encefálica (PANTOJA, 2017).

No Estado do Mato Grosso, a Central Estadual de Transplantes foi implantada no ano de 1998 (MATO GROSSO, 2000), mesmo assim, nos três primeiros trimestres de 2016, não realizou nenhum transplante, embora tenha registrado 14 doadores potenciais (ABTO, 2016). A justificativa da Secretaria Estadual de Saúde é a de que o processo de doação é muito complexo, mas há também questões estruturais, já que o Estado possui quatro hospitais credenciados para transplantes, que estão aptos a realizar apenas cirurgias para o transplante de rins, córneas e ossos (MATO GROSSO, 2017).

Roraima foi o penúltimo estado a instalar uma central de transplante, no ano de 2013, mas em 2015 ainda aguardava o fim da implantação do Sistema de Comunicação que deveria interligar o estado à rede nacional de transplante. A Secretaria de Saúde do Estado solicitou,

neste período, a capacitação de profissionais pelo Ministério da Saúde para que fossem realizados, inicialmente, os transplantes de rins e, posteriormente, de córnea. À época, todos os transplantes em pacientes que residiam no Estado (CARVALHO, 2015) eram realizados em outras localidades e, pelo que consta (ABTO, 2016), a situação atual permanece a mesma.

Quanto ao Estado de Tocantins, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos foi criada no ano de 1997, mas só em dezembro de 2016 realizou o primeiro transplante de córnea<sup>17</sup>. Durante esse intervalo, a Secretaria de Saúde do Estado apenas encaminhava os pacientes para outras localidades. Pois além do descompasso entre a demanda por transplantes e a oferta de órgãos, havia, também, o problema da necessidade de uma equipe profissional qualificada, além de uma estrutura que fosse capaz de trabalhar com todo o planejamento que um procedimento de coleta e transplante de órgãos requer. Atualmente o Estado conta com um banco de olhos e com uma equipe especializada nos procedimentos de captação e transplante (LIMA, 2016).

No cenário nacional, a região que mais recebe destaque quanto ao aproveitamento dos órgãos dos doadores potenciais é a região Sul, mas os Estados do Ceará e o Distrito Federal também apresentam altos índices de doações efetivas. Contudo, no último levantamento da Associação Brasileira de Transplantes, nenhum dos Estados do Sudeste – região mais populosa e mais rica do país – obteve ao menos 20 doadores efetivos por milhão de habitantes. As justificativas das secretarias costumam se fundar na questão das doações, alegando que é preciso intensificar o processo de conscientização das necessidades em torno da doação de órgãos (ABTO, 2016). Embora esse seja constantemente o foco de campanhas publicitárias, o número de doadores vem diminuindo nos últimos três anos, mas pouco se fala sobre as questões estruturais ou do investimento em formação.

Já a regulamentação ganha atenção quase que diária e reflete no quão complexa é a legislação em vigência no país. De acordo com Fernandes e Garcia (2010), mesmo quando a família concorda com a doação há problemas com a notificação por parte dos profissionais envolvidos, que comunicam às Centrais de Transplantes apenas um doador em cada oito doadores potenciais. Noto aí mais um problema no processo e a ABTO visa a realização de campanhas mais efetivas quanto ao envolvimento dos profissionais, além da utilização do Jornal do Conselho Federal de Medicina. O objetivo é informar sobre as condições logísticas e legais em torno do processo de doação e transplante de órgãos (ABTO, 2016).

---

<sup>17</sup> No caso dos transplantes de córneas há uma curiosidade, pois nos casos de morte por causas cardiorrespiratórias também é possível o aproveitamento do órgão para transplante.

Magalhães, em 2004, alertava sobre as necessidades de informar o maior número de pessoas sobre os aspectos envolvendo as cirurgias a fim de aumentar o número de doações. Para a autora, era importante que a população tivesse acesso aos dados sobre as cirurgias realizadas e mais clareza de informações sobre os trâmites envolvidos. Em sua pesquisa, Magalhães (2004) cita a Inglaterra como um exemplo a ser seguido, já que nesse país todos os dados são disponibilizados na internet, permitindo que a população acesse essas informações e possa conferir os resultados. Para ela, não se tratava apenas de instruir, mas de tornar transparente o processo de administração da fila do transplante, evitando o desperdício de órgãos e priorizando os pacientes mais doentes. Esse, aliás, é o critério adotado tanto nos Estados Unidos como em países da Europa e também no Brasil, que antes de 2006 utilizava o critério cronológico, priorizando o tempo de permanência na fila.

As diferenças encontradas na organização dos transplantes em cada Estado revelam a dificuldade que a estratégia biopolítica enfrenta quando pretende abranger um país continental. Contudo, essa dificuldade tem sido superada gradativamente, na medida em que os dispositivos e as táticas vão sendo implantados em cada um desses Estados. Há aspectos da biopolítica que permitem o alcance dos sujeitos em quase todo o território nacional, como é o caso das campanhas publicitárias sobre as doações. Mas os órgãos de estruturação das práticas, que viabilizam e controlam os processos relacionados aos transplantes, têm sido implantados gradativamente e ainda esbarram nas questões de infraestrutura e de qualificação profissional. Se for considerado que a biopolítica é uma estratégia fundada nos preceitos econômicos (VIGGIANI; PEREIRA, 2015) o isolamento de algumas regiões é de fácil entendimento, visto que, no caso dos transplantes, as regiões que se destacam pelo “atraso” na instalação das centrais revelam o seu posicionamento econômico, bem como o seu desenvolvimento de acordo com os padrões do capital.

Todas essas questões, em torno da formalidade envolvendo as atividades relacionadas aos transplantes, revelam uma série de possibilidades de análises que tornam possível a compreensão dos objetivos e do alcance dessa estratégia biopolítica. Entretanto, há ainda, aquilo que escapa à formalidade, mas que, nem por isso, deixa de ser produto da biopolítica, como é o caso da comercialização de órgãos. Como apontam Caponi et al (2013) as tentativas de justificar a comercialização de órgãos como algo necessário ao bem comum, aumentando, assim, a qualidade de vida do receptor, corresponde a uma variação da ética em que o bem comum não passa de uma falácia, já que não alcança o seu princípio fundamental, a equidade social. Para os autores, a pluralidade moral, que pauta os discursos legitimadores de um mercado de órgãos, vai na direção oposta a qualquer tentativa que incorra no sentido de

garantir algum padrão ético que considere todos os indivíduos, e, serviria, ainda, para a criação de um duplo sentido em que a vida de uns é supervalorizada em detrimento a outras vidas. Isso não se trata de autonomia individual ou liberdade, e sim de tentativas para o estabelecimento legal de novas práticas de mercantilização do ser humano, onde o único ganho é daquele que detém capital suficiente para garantir a sua integridade física, econômica e social. A tentativa de se estabelecer um mercado, nesse sentido, vai ao encontro do estabelecimento de novas estratégias biopolíticas que, como ocorre em toda biopolítica, estaria pautada no liberalismo econômico, atribuindo aos sujeitos características que não lhes são inerentes, mas que atendem a uma lógica capitalista.

Para que seja possível compreender um pouco mais sobre esse desdobramento dos transplantes de órgãos, apresento, a seguir, algumas conjecturas sobre a comercialização de órgãos e tecidos.

#### **4.2.2 A Comercialização de Órgãos e Tecidos**

Não é tão incomum ouvir falar da venda de partes do corpo humano. A comercialização de cabelos, pele, ossos, sêmen, óvulos e até mesmo órgãos vitais, vez ou outra, é mencionada nos círculos sociais, seja em tom irônico e satírico ou como menção a uma prática concreta. A questão é que, silenciada ou não, essa prática vem ocorrendo (SCHEPER-HUGHES, 2000; 2001; 2003; 2004; 2014) e refletir sobre ela requer que assuntos delicados sejam trazidos à tona, tais como a legalidade ou não desse tipo de comercialização, as questões morais, as condições econômicas que envolvem aqueles que praticam esse comércio e as tecnologias e procedimentos envoltos na reutilização de partes do corpo humano.

Conforme apontam Berlinguer e Garrafa (2001) há um vasto mercado para a comercialização do corpo humano e suas partes, tais como o ácido desoxirribonucleico (DNA), os cordões umbilicais, as células-tronco, o sêmen, os óvulos, as córneas, etc. Para os autores, trata-se de um tema relevante em nossa sociedade, em que a prática tem sido tão recorrente que é possível apontar, como eles mesmos mencionam, que haja um catálogo de mercadorias que vem aumentando ano a ano em consequência das novas tecnologias laboratoriais. Essa frequência, porém, não resulta no desvelamento dessas práticas ou na negação de que elas existem. Autoridades, mídia e pessoas comuns não costumam dispor-se a

comentar esse assunto e facilmente recusam-se a admitir que algo assim possa ser recorrente. Contudo, o silenciamento e a atribuição às conspirações fictícias podem limitar o interesse de representantes de áreas distintas à jurídica e à antropológica.

Essa comercialização, presente em várias regiões do mundo, pode ser mais facilmente detectada em regiões mais pobres e sujeitas aos problemas de ordem política e social. Vendedores são aliciados em regiões como o Oriente Médio e o Extremo, a Índia, o Norte da África, o Leste Europeu e em países da América Latina (BERLINGUER; GARRAFA, 2001). Contudo, essas práticas não se restringem a essas regiões, uma vez que nelas podem até se encontrar os vendedores, mas os compradores são comumente oriundos de países economicamente mais abastados. Em outras palavras, o abismo que se pensava existir entre os países pobres e ricos não passa de uma falácia quando o assunto é o tráfico de órgãos. Um é continuidade do outro, é preciso que existam compradores e vendedores para que o processo seja concluído (SANTOS, 2009a).

Esse mercado, que percorre contínuos entre o velado e o declarado, entre o silenciado e o verbalizado, vai além dos aspectos legais e, indiferente de sua proibição ou não, na maioria dos países, há muitos outros elementos suscitados a partir da compra e venda de órgãos humanos, como, por exemplo, o aspecto econômico, a ânsia pelo consumo (estimulado constantemente por políticas econômicas e campanhas publicitárias) e a desumanidade com que se lida com o valor da vida. Nesse sentido, Berlinguer e Garrafa (2001) propõem que sejam discutidas as mudanças, os limites e horizontes em torno dessa prática, que sofreu alterações desde seu início até os dias atuais, sendo percebida e desenvolvida sob diferentes apelos em diferentes lugares mundo afora. Os autores apontam que em casos como os transplantes de órgãos e as transfusões de sangue é imprescindível que se considere as conquistas técnico-científicas que possibilitaram, ao mesmo tempo a extensão da vida e o crescente número das práticas ilegais de comercialização. A sobrevivência dos doentes a partir da reposição assistida de órgãos e tecidos são, sem dúvida, avanços científicos em direção à manutenção da vida. Contudo, se avanços foram conquistados, os abusos nesse campo também foram prolíferos. Para Raia (2011) tais abusos podem ser considerados um fator preponderante para desacreditar a ciência médica e, ainda, suscitar revoltas contra alguns avanços científicos, principalmente àqueles mais intrinsecamente relacionados à existência humana.

O que percebo é que a mesma tecnologia que viabiliza a extensão e manutenção da vida também possibilita os desvios e o desajuste de algumas práticas médicas. Hellmann et al (2012) apontam que o avanço biotécnico está, de alguma forma, atrelado ao tráfico ou venda

de órgãos (BUDIANI-SABERI; DELMONICO, 2008). Pois na medida em que a ciência biomédica moderna avançou, novas formas de se pensar nas relações comerciais envolvendo as questões de saúde deveriam ter sido repensadas, contudo, a ciência ultrapassou as discussões éticas e morais e, conseqüentemente, a regulação das transações no âmbito das práticas científicas. Os autores apontam que a necessidade de discussão sobre o comércio de órgãos não é uma questão recente, pois o primeiro transplante de rim, realizado em 1954, foi um importante marco para o avanço dos resultados no campo da medicina, principalmente no que se refere à sobrevivência do paciente com sérias limitações fisiológicas, como é o caso dos distúrbios renais. Entretanto, esse importante avanço na área médica ocasionou uma nova circunstância problemática, uma crescente lista de espera para transplantes. Filas numerosas e sensíveis às variações, no que se refere à demanda e à oferta de órgãos, fizeram emergir uma realidade inusitada e dicotômica, pois de um lado se tem um importante progresso na área de transplantes, e, de outro, surgem novas dificuldades, como a escassez de órgãos disponíveis para os procedimentos passíveis de serem realizados. Em suma, aumenta-se a disponibilidade tecnológica e, na mesma medida, provoca-se a tendência ao comércio do corpo humano e dos seus órgãos.

É importante ressaltar que o comércio de órgãos, mesmo sob a ilegalidade, engendra lucros financeiros significativos e é, atualmente, uma modalidade comercial organizada, presente nos mais distintos países (GHODS; SAVAJ, 2006). Nos demais países onde a comercialização de órgãos é proibida, a prática efetiva não foi extinta. Os instrumentos legais parecem não dar conta de algo maior para a sociedade atual, os ganhos econômicos. Sejam eles oriundos de práticas legalizadas ou não. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, é permitida a venda de alguns tecidos, como o sêmen e os óvulos, mas os órgãos para transplantes recebem um tratamento diferente, já que a esses não se deve dar valor monetário. Lá a lei denominada National Organ Transplant Act determina explicitamente a gratuidade da sessão dos órgãos humanos, sejam eles de provenientes de cadáver ou de pessoas vivas. O texto da referida lei prevê que é inadmissível valorar qualquer pessoa e que o transplante de órgãos não pode ocorrer mediante a comercialização (LIMA, 2012b).

De acordo com Lima (2012b), na Europa a gratuidade também é compulsória e explicitada na Recomendação n. 29/78 (Artigos 9º e 14º), onde se impõe a não remuneração para o recebimento de órgãos para transplantes. É possível notar a generalização de um caráter altruístico que deveria envolver a doação de órgãos humanos, de acordo com as leis. Contudo, o interesse mercadológico não pode ser afastado desse processo, e seja no Irã ou nos países onde é proibida a comercialização de órgãos, esse tipo de atividade persiste.

No Brasil, o art. 199, inciso 4º da Constituição Federal (CF) de 1988 veda terminantemente qualquer tipo de comercialização de partes do corpo humano. A CF prevê ainda que as leis nesse sentido devam dispor sobre as condições e a facilitação no processo de remoção de órgãos e tecidos humanos para transplante, pesquisa e tratamento. Procedimentos relacionados à transfusão de sangue e seus derivados também devem ser regulamentados, sendo vedada toda e qualquer forma de comercialização (LIMA, 2012b; LUKACHEWISKI JUNIOR; BARRETO, 2011; BROTAS, 2013). Nesse sentido, foi criada a Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, sobre os transplantes de órgãos, que prevê em seu artigo 1º, a gratuidade da oferta de órgãos. Essa mesma Lei tipifica a criminalização da comercialização de órgãos humanos, em seu artigo 15. Já o Código Civil de 2002, artigos 11 a 21, disciplina os direitos de personalidade, estabelecendo limite à disposição de partes de corpo após a morte.

Apesar da proibição estabelecida na maioria dos países, Barcelos e Neves (2009) apontam que o comércio de órgãos se constitui como um dos mercados mais articulados e estruturados, uma vez que não é simples conseguir a matéria prima necessária a esse mercado. A complexidade dessa comercialização requer todo um aparato técnico, como já mencionado, o que significa o envolvimento de toda uma equipe qualificada, composta por profissionais da saúde, sejam eles médicos ou não. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 5% dos transplantes realizados têm órgãos provenientes da comercialização ilegal e os lucros superam 1 bilhão de dólares (AMBAGTSHEER, 2011).

De acordo com Berlinguer e Garrafa (2001) essa prática tem se proliferado por diversos motivos, mas deve-se considerar a diversidade das legislações vigentes mundo afora. Para os autores, esse aspecto constitui um problema para o enfrentamento da ilegalidade envolvendo a comercialização de órgãos humanos e mais, retarda as discussões em torno dessa dinâmica. Países como Brasil e Índia demonstram dificuldades em estabelecer leis que sejam coerentes com as necessidades e anseios da população. No caso do Brasil, as mudanças legais em torno da doação de órgãos, em 1997, trouxeram conteúdo que consente a doação em vida, no caso de órgãos duplos (rins) e partes recuperáveis ou regeneráveis (fígado, pâncreas e pulmão) entre pessoas sem nenhuma relação de parentesco. Tal resolução ainda gera dúvidas e insegurança entre a população, que vê seu poder de decisão dividido com o saber médico e o Estado. Esse aspecto pode ser evidenciado no número de pessoas que se declaram não doadoras, mais de 60% da população.

No que se refere à comercialização do corpo humano, Berlinguer e Garrafa (2001) são enfáticos ao apontar que há um mercado de corpos que não está restrito ao comércio de órgãos, mas também envolvem novas complexidades e questionamentos como a questão do

patenteamento de genes, o uso de embriões em pesquisas ou de tecidos fetais para transplantes. Para Ambagtsheer (2011), o interesse comercial ultrapassa a simples comercialização. Pesquisadores e cientistas também partilham de anseios econômicos e poucos são os questionamentos nesse sentido, já que o interesse econômico é o motor propulsor de muitos avanços tecnológicos, inclusive na área de saúde.

Por essas e outras razões esforços foram e são empreendidos no sentido de regular e orientar a prática científica que interfere na vida humana. Um exemplo desse esforço é a Convenção Bioética Europeia, em que é elaborado um texto onde a comercialização de partes do corpo humano é amplamente discutida e terminantemente proibida. Mas esse esforço parece ter esbarrado em resoluções anteriores, da União Europeia e do Escritório Europeu de Patentes. No primeiro caso está previsto que a sequência parcial ou isolada de um gene pode ser patenteada. Já no segundo caso, definiu-se que, desde 1999, seriam permitidas as patentes para o isolamento e a cultura de células retiradas de embriões humanos, sem limitações, ou seja, seria possível, então, chegar até o nível do desenvolvimento da clonagem humana (BERLINGUER; GARRAFA, 2001).

Como é possível inferir, as medidas e tentativas de impedir a manipulação indistinta de material proveniente do corpo humana vêm sofrendo alguns impasses. E nessa complexidade de novas circunstâncias é comum a recorrência e a colisão com o aparato de aspectos legais, conforme já citado. Cabe retomar, então, que a discussão sob a ótica legal envolvendo a compra e venda de partes específicas do corpo ainda em vida permanece incipiente, uma vez que a legislação é falha no que trata da utilização de tecidos humanos, sejam órgãos para transplantes envolvendo doadores vivos sem grau de parentesco ou qualquer outro tipo de transação comercial nesse sentido (LIMA, 2012b; LUKACHEWISKI JUNIOR; BARRETO, 2011; BROTAS, 2013). Assim, é comum se utilizar das brechas legais para insuflar o comércio ilegal de órgãos. Ainda no que se refere a isso, Carrara (2013) destaca que a referida Lei n. 9434/97, onde está previsto que a disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano em vida ou *post mortem* devem ter caráter gratuito, é um tanto vaga, já que a própria Lei traz em seu artigo 9º que a doação deve ser restrita ao cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau. Esse aspecto levaria a pensar que a própria doação é vedada em certo ponto.

O que se tem é que as leis e diretrizes ao mesmo passo que limitam a comercialização de órgãos e tecidos humanos viabilizam essas transações, uma vez que, não se fazendo claras e específicas, ou mesmo apresentando pontos de contradição, torna-se um abalroado problema, com consequências copiosas, como a existência de anúncios abertos de compra e



venda de órgãos e tecidos, como a comercialização de óvulos anunciada nos jornais de Roma, por exemplo, como citam Berlinguer e Garrafa (2001). Ou, ainda, outros casos citados pelos autores, como a descoberta da venda de genes, por um laboratório americano, de duas etnias indígenas do Brasil, no ano de 1996. Trâmite que não recebeu nenhuma atenção ou autorização de órgãos responsáveis ou mesmo o consentimento das referidas comunidades.

Para além das fronteiras brasileiras também estão algumas questões envoltas no aparato judicial em torno do tema, pois, nos Estados Unidos, há disputas legais pelo direito a propriedade e a divisão dos lucros provenientes de doações de tecidos, manipulados e comercializados por intermédio de empresas privadas (BERLINGUER; GARRAFA, 2001; BORGES, 2005; 2007; BULCÃO, 2006; ÁVILA et al, 2008; FRINHANI, 2011). Esse vazio, em alguns aspectos legais, funda um campo fértil para a comercialização de órgãos e tecidos e culmina em ideias e argumentações em prol desse tipo de negociação. Há discussões em torno dessa possibilidade que apontam que essa possa ser uma saída para a viabilização de um maior número de transplantes renais, por exemplo, já que doadores vivos poderiam dispor comercialmente de um rim.

Pautados nesse argumento, alguns clamam pela legalização da compra e venda de órgãos humanos para transplante intervivos e essa discussão já alcança o debate bioético, ainda que apenas em plano jurídico e filosófico. Tais argumentos perpassam a realidade de vários países, como Brasil, Inglaterra e, especialmente, os Estados Unidos (HELLMANN et al (2012). O fato é que enquanto se desdobram as discussões a prática segue ocorrendo, propiciando um mercado pouco conhecido, permeado por tendências utilitaristas, contratualistas e fundamentadas na teoria dos direitos. Em muitos casos funda-se em um discurso liberal, difundido para defender o comércio de partes do corpo, criando, inclusive, expressões verbais no intuito de legitimar o mercado de órgãos e torná-lo moralmente válido, já que aí está um significativo obstáculo para a legalização dessa prática.

Expressões como *rewarded gifting* – doação remunerada – e – *rewarded donor* – doador remunerado – são exemplos de neologismos que designam novas denominações, buscando incutir, ainda que ideologicamente, um caráter altruísta que dê um tom mais ameno a comercialização, de acordo com os padrões morais vigentes (HELLMANN et al, 2012). Essa busca pela legitimação da mercantilização de órgãos e tecidos pode fundar-se no interesse monetário, mas traz também um interessante questionamento: estaria o tráfico humano – para fins de retirada de órgãos – suscetível a diminuição ou extinção, caso se permita a venda de órgãos? Pois bem, para os autores humanistas a comercialização viola sistematicamente os direitos fundamentais da pessoa humana e impõe problemas de controles de fronteira e

segurança entre os países, propiciando novas atividades criminosas, como a doação de menores (MACHADO, 2010).

Para Berlinguer e Garrafa (2001), duas questões devem ser postas no que se refere à comercialização de órgãos e tecidos humanos. Primeiramente é preciso pensar nos limites e possibilidades da relação entre corpo humano e mercado. Em segundo lugar é importante se pensar na relação ética que rege as relações humanas. Seria possível uma ruptura com a ética religiosa? Como seria uma ética totalmente estabelecida de forma laica? Pois bem, no primeiro caso parece haver a busca por respostas que estão em suspenso, que variam entre a valorização e a mercantilização do corpo e da liberdade, que parece esbarrar na discussão em torno do conceito de dignidade humana – o que não é a proposta que funda esse projeto. Quanto ao segundo questionamento, é possível entender que há um movimento no sentido da dessacralização do corpo, resultando em novos espaços de liberdade, autonomia moral e permissão para o progresso material. Isso tudo embasado em uma ética laica, com tendências e variações que resultam em tensões. De um lado, o reconhecimento de um valor de mercado para o corpo humano, de outro os limites às inovações científicas e sua aplicabilidade, voltando ao caráter normativo, exterior ao indivíduo.

Para os autores, corre-se sempre o risco de uma tendência fundamentalista prevalecer, resultando em uma rigidez não mais amena que àquela, presente na ética religiosa, trazendo os mesmos perigos em seu cerne, tanto para o público quanto para o privado. Isso impactaria a vida cotidiana da mesma forma que a ética moralista religiosa. Em outras palavras, continuaria havendo o problema do juízo de valor, o que afetaria a vida civil e implicaria em formas distintas de reconhecimento do valor monetário dos corpos que, sacralizados ou não, são intrinsecamente valorados. Assim, a problemática da regulação da venda de órgãos segue emaranhada em questões como a disponibilidade de doadores, vivos ou mortos (esses representados pelos parentes em primeiro grau). Essas e outras justificativas recheiam os argumentos em prol da subversão e a venda e compra de um órgão seguem sendo uma possibilidade.

Mas embora esses apelos sobre o direito à venda de um órgão pareçam novidade, em meados da década de 1990 alguns países ainda não haviam restringido, legalmente, esse comércio. A Índia, por exemplo, só restringiu essa prática em 1994, e, desde então, a compra e venda de órgãos passaram a ser consideradas crimes passíveis de punição. Mesmo assim, a prática ilegal continua acontecendo e o país é considerado um dos maiores mercados nesse sentido (JAFAREY et al, 2007; HARDING, 2015). Na China, até o ano de 2007 a venda de órgãos era permitida e, segundo Watts (2007), no mesmo ano em que o país proibiu essa

prática os preços dos órgãos no mercado global tiveram um aumento em torno de 40%. O último país a oficializar a proibição deste comércio foi as Filipinas, no ano de 2008. Entretanto, mesmo com a proibição, a venda de órgãos para transplantes continua acontecendo e fomenta o que Turner (2009) definiu como “turismo dos transplantes”. De acordo com o autor, são vendidos pacotes “turísticos” para a realização de transplantes no país, com tudo incluso (estadia, órgão e cirurgia).

De acordo com Andrade (2013), foi a partir da declaração de Istambul que esses países aderiram aos apelos internacionais e criminalizaram o comércio de órgãos. O encontro foi motivado pela OMS, que solicitou aos seus Estados-Membros à tomada de medidas para promover a proteção dos grupos mais pobres, articulando políticas para a proibição do turismo de transplantes e comércio de órgãos. Porém, embora todos os países tenham sido conclamados a enquadrarem juridicamente a doação e o transplante de órgãos, instaurando sistemas de supervisão e regulamentação para a doação de órgãos e, bem como a proibição das práticas consideradas como antiéticas, no Irã, o comércio permanece legalizado. O país justifica a legalização indicando que resolveu os problemas oriundos da falta de órgãos para transplantes com a autorização para a compra e venda de órgãos (GARCIA et al, 2012).

Nesse contexto surge mais um importante questionamento: seriam os direitos, a liberdade e a disponibilidade do corpo conquistas passíveis de conversão em propriedade? Abadie e Gay (2006) apontam que é preciso ter muito cuidado nesse sentido, uma vez que a comercialização de órgãos tem sido mais frequentemente em países menos desenvolvidos economicamente. De acordo com os autores, as mesmas transações envolvem diferentes países, ocasionando a apropriação unilateral de tecnologias e benefícios biomédicos, onde os países considerados economicamente desenvolvidos se beneficiam em relação aos menos abastados. Os autores argumentam, ainda, que o desespero daqueles que lutam contra a finitude pode ocasionar práticas desmedidas e nocivas à sociedade, como é o caso do turismo de transplantes, em que doentes viajam para países estrangeiros em busca de um órgão.

Esse apontamento feito por Abadie e Gay (2006) remete ao questionamento de Berlinguer e Garrafa (2001) quanto ao que deve ser considerado abuso no campo da biotecnologia. A questão que se coloca é: como seria possível classificar as técnicas utilizadas como benéficas ou malélicas? Quem e como elas seriam classificadas? Quais seriam os limites da comercialização do corpo humano? Nesse sentido, o que caberia ao Estado? E à ciência? Seria viável tratar das peculiaridades de cada sociedade? Seria possível evitar um completo relativismo? Noto que um desses grandes desafios seria a busca de formas que minimizassem os impactos socioeconômicos de uma prática tão complexa. Poderia especular,

inicialmente, que as estruturas de poder, econômico e social, constituem-se como impeditivos para que os sujeitos comuns tenham acesso aos mesmos procedimentos – tecnológicos e legais – que sujeitos em vantagem social ou econômica. Contudo, ainda preciso desenvolver mais alguns aspectos do texto. Por isso, considero relevante a busca por uma perspectiva que possibilite um mínimo de elucidação da trama prático-discursiva envolta nessa problemática.

É importante considerar que a sociedade moderna, complexa e repleta de regras e padrões de moralidade organiza o mundo conforme o poder econômico e segue subvertendo as ordens que a área do Direito elabora (SANTOS et al, 2010; FRINHANI, 2011). Assumo que o viés deste trabalho se limita à compreensão da realidade a partir do entendimento das práticas concretas no sentido de buscar compreender como as forças de mercado articulam as práticas dos sujeitos, sendo regulamentadas ou não. E, ainda, a perceber como as tentativas de controle político e legal guiam-se intrinsecamente por elementos da competitividade que têm lugar cativo no mundo economicamente constituído.

Esse aspecto fica evidente ao considerar que a prática mais comum, no que se refere à comercialização de órgãos humanos, é a venda e compra de rins (ARCHER, 2006). Há um aspecto óbvio, mas estritamente necessário em qualquer transação comercial, pois é preciso haver interessados em vender e em comprar para que uma negociação possa obter êxito. No caso dos transplantes de órgãos entre vivos, como traz o trabalho de Barcelos (2009), é preciso que exista, de um lado, alguém na iminência de morrer (receptor) disposto a pagar por uma chance de sobrevivência e, de outro, alguém biologicamente compatível, disposto a vender um órgão ou parte dele. Não parece próprio negar que condições econômicas e culturais podem ser distintas entre as duas posições, mas não seria adequado apontar precipitadamente tais circunstâncias.

De acordo com Davidson (1996; 1998) as deficiências legais que facilitam essa prática estão presentes em vários países, das mais variadas condições econômicas e políticas. A ilegalidade ou legalidade não parece suprimir o aumento do tráfico e a comercialização acontece sob as mais diversas condições, o que impede um delineamento preciso desse comércio. Não imagino que exista uma motivação universal em relação à venda de órgão, pois mesmo que o fator econômico possa preponderar, as condições em que os aspectos financeiros permeiam a prática não são igualmente partilhadas entre os vários sujeitos que se dispõem a ela em todo o mundo. Embora autores como Sales e Alencar (2008) se pautem em críticas humanistas e apontem a perda da dignidade humana daqueles que vendem seus órgãos em vida, não parece possível mensurar o quanto são afetados ou não ambos os lados dessa negociação. Também não se sabe sobre os profissionais envolvidos no procedimento técnico

da reutilização de órgãos provenientes de negociações ilegais. Haveria conivência? Suborno? Não parece ser viável uma resposta precisa, mas esses aspectos demonstram o quanto se trata de um campo vasto a ser investigado.

O fato é que o mercado regulador das prioridades humanas e das liberdades elementares não é capaz de garantir a todas as pessoas o mesmo tratamento. Nem mesmo impedir a exclusão ou garantir o acesso às tecnologias de garantia à vida, o que remete ao conceito de biopolítica trabalhado em Foucault (2008a; 2010) e que entendo ser complementado pelas ideias de Esposito (2010) sobre o paradigma da imunidade. E este paradigma seria um importante ponto de análise das práticas discursivas que seguem modificando as prioridades partilhadas. Essa perspectiva parece ir além de tantas outras que seguem rotulando o indivíduo como descartável, pois não seria essa mudança uma nova forma de se valorar os sujeitos? O clamor por acesso aos direitos elementares à dignidade humana (SANTOS, 2009; SANTOS et al, 2009; SANTOS et al, 2010), embora legítimo, não explica, de forma suficiente, as práticas cotidianas. Mas, para Esposito, essa valoração está de acordo com os riscos que a vida oferece à própria vida.

É compreensível que aspectos práticos do cotidiano das mais diversas sociedades devem ser levados em conta, mas não é caro universalizá-los. Questões como a escassez de emprego e a precarização das relações de trabalho podem impulsionar muitas das questões suscitadas nas diferenças sociais, como o tráfico de seres humanos, mas seriam essas as únicas causas de práticas como a comercialização de órgãos seguirem existindo? Apenas pessoas provenientes de grupos vulneráveis estariam sujeitas a venda de órgãos ou tecidos? Relatos de casos ocorridos no Brasil, como os mais de 100 brasileiros do Recife que venderam seus órgãos para uma organização liderada por major do exército de Israel (RIBEIRO, 2004; VELOSO e AGUIAR, 2005; SEGATTO, 2006; BARCELOS, 2009), revelam que o comércio de órgãos para transplante ocorre de forma intrarrelacionada, e que os países envolvidos nas transações trazem diferentes nuances de desenvolvimento econômico, contudo, as deficiências nos sistemas de saúde, parecem também contribuir para essa prática.

Há ainda que se considerar toda uma gama de implicações clínicas que o problema pode ocasionar. No caso dos sujeitos que aceitam vender um órgão há o impacto de forças que lhe incidem e acarretam uma reduzida sobrevida (DINIZ, 2001). E ainda o fato de que a comercialização de órgãos para transplantes requer uma complexa estrutura, como no caso dos recifenses, em que as cirurgias, realizadas no período de dois anos, ocorriam na cidade de Durban, África do Sul, no Hospital Netcare St. Augustine e envolvia uma conceituada equipe daquele país. Isso reforça os apontamentos de Diniz (2001) sobre a permanência da

estruturação de uma rede global de comércio de órgãos. Uma rede internacional, que viabiliza mecanismos de lucro para além dos diretamente envolvidos nos procedimentos técnicos – indivíduos com órgãos extraídos e receptores –, pois se estima que há grupos organizados para essa negociação.

Como pontuado anteriormente, as questões religiosas também podem impactar na questão da doação de órgãos. No Japão, por exemplo, há uma tendência a não se mutilar os corpos após a morte por acreditarem que cada parte constitui, também, a alma. Isso inviabiliza o transplante com órgãos retirados de cadáveres, levando os japoneses que necessitam de órgãos para transplantes a buscarem em países como as Filipinas e a China, órgãos provenientes de pessoas vivas. Na Europa, os indivíduos recorrem ao turismo de transplante (ROZA, 2012). Os Italianos, por exemplo, recorrem à Índia e os alemães aos países do Leste Europeu. Na Índia são vendidos, anualmente, mais de 1.000 rins, retirados de indivíduos vivos; e o dinheiro que alimenta esse comércio é, em sua maioria, proveniente de países da Europa, onde cada vez mais proliferam os anúncios de ofertas dessa ordem. Outra causa é evidenciada na Índia, onde se registra a insuficiência da quantidade de Unidades de Terapias Intensivas, o que resulta em dificuldade para se declarar a morte cerebral, constituindo mais um impeditivo para as doações *post mortem* (ABADIE; GAY, 2006; AMBAGTSHEER, 2011).

A maior parte dos relatos aponta para o fato de que a pobreza seria o fundamento maior para a prática da venda de órgãos. Assumo minha tendência a concordar que esse é mesmo um campo fértil para as mais variadas especulações, contudo, não imagino que seja tão simples e tão facilmente delimitado o problema ao adotar essa perspectiva, pois a questão pode até estar fundada nas relações capitalistas, mas há questões problemáticas que possibilitam essas relações. O capital pode representar relações de força que se constituem de outras maneiras, mas que se mostram na lógica capitalista. A falta de acesso à informação, o desconhecimento sobre os riscos legais e riscos para a saúde e a insuficiência de tratamentos alternativos são, por exemplo, outras possibilidades que impactam nas decisões dos sujeitos. Há toda uma estrutura montada, que antecede os sujeitos em suas práticas cotidianas, que é viabilizada pelos que querem determinar a vida em sociedade.

É nesse contexto que optei por estudar a trama desenvolvida em torno dos transplantes de órgãos, pois só assim considero ser capaz de compreender as práticas dissonantes. Mas uma coisa me parece certa, o não dizer sobre as práticas irregulares não as elimina, ao contrário, parece fortalecê-las. A biopolítica se encaixa aqui, na medida em que, entre suas táticas, cultiva o não dizer. Nesse silêncio que viabiliza e protege a estratégia, permitindo que

a biopolítica siga o seu curso conforme o interesse do Estado liberal. Nesse sentido, desenvolvo, a seguir, uma discussão sobre o silenciamento e a necessidade de desvelar mais cuidadosamente os elementos envoltos nesse tipo de comércio.

#### 4.2.2.1 Um Mercado Silenciado?

O desconhecimento ou as representações inadequadas dos indivíduos em torno da problemática que envolve a venda de órgãos; o desconhecimento da realidade e das implicações legais e nocivas à saúde parece perpassar o imaginário dos sujeitos que se dispõem à retirada de órgãos para comercialização; as cirurgias praticadas ilegalmente para a para os transplantes intervivos podem não oferecer os cuidados adequados a esse tipo de intervenção. Todos esses aspectos poderiam estar imbricados na questão da ilegalidade. Mas, embora os textos explorados possibilitem conhecer uma pequena parte da realidade da comercialização de órgãos, o tema ainda é demasiadamente velado. Não há interesse, senão por parte de alguns pesquisadores, sobre quem são, o que fazem ou, ainda, como se percebem e/ou são percebidos os sujeitos que se submetem à venda de órgãos. Nesse sentido, essa etapa do trabalho que realizo soa como uma provocação, na medida em que instiga a reflexão em torno da própria existência dos fatos.

Admiti-los como reais talvez possibilitaria a compreensão sobre os efeitos que a trama prático-discursiva sobre os transplantes de órgãos exerce sobre as práticas irregulares. Nesse sentido, entendo que os discursos podem proporcionar elementos que viabilizam não apenas o entendimento de algumas relações de poder que o perpassam, mas também permitem observar e discutir a maneira como essas relações e as lutas por esse poder são construídas. Considero que a linguagem não se constitui de forma autônoma ou como um simples sistema de sentenças, mas entendo que se trata de uma forma de agir. Não é constituída somente na existência individual, mas em uma dinâmica de formação das relações e práticas, como, por exemplo, as profissões, que são mais do que meras associações, mas constituem-se como instituições convencionadas ideologicamente.

Se linguagem é poder (FAIRCLOUGH, 1989), conexões entre o uso e as inadequações presentes nas relações de poder são possíveis. A linguagem é percebida como um instrumento de produção, manutenção e mudança nas relações sociais de poder, pois, para o autor, a prática discursiva, assim como contribui para o desvelar de alguns aspectos sociais, contribui,

também, para o estabelecimento, a transformação ou a manutenção de táticas. Quanto ao tema em questão, isso se reflete nos discursos produzidos pelos meios acadêmicos (artigos, teses, dissertações, relatórios de pesquisa), jurídicos e, também, de livre circulação, como jornais, páginas do governo e das associações, revistas, blogs e redes sociais. Todos esses materiais (apresentados anteriormente) tratam do tema de forma diversa e evidenciam três importantes aspectos da prática discursiva: 1) há relações entre mudança discursiva e a mudança social, 2) as mudanças nas práticas discursivas contribuíram para a efetivação das práticas consideradas e, 3) a história passada embasa as práticas referidas.

Em especial, quando me debrucei sobre as campanhas publicitárias para a doação de órgãos pude notar facilmente esses três aspectos, em que o texto publicitário e também o jornalístico incutem nas pessoas uma percepção, travestida de uma naturalização, em que doar os órgãos após a morte parece ser a única opção correta. Esses aspectos remetem às considerações de Foucault (1979; 2013c), para o qual o sujeito é agente e assujeitado às várias formas de discurso, que variam conforme as relações em que eles são empregados. O silêncio, por exemplo, pode significar crenças imbricadas historicamente em torno da figura humana (FOUCAULT, 2008a), fundando sentidos que delineiam questões éticas e morais, onde cabe ao Estado fornecer a norma. Nesse contexto, são incorridas tentativas de propor novos padrões na medida em que as necessidades e mudanças no mundo social vão surgindo. Questões como a legalização ou, ainda, a criminalização da compra e venda de órgãos além de perpassar o debate jurídico e filosófico também traz à tona questões éticas sobre o si mesmo. Sob a perspectiva foucaultiana (2008a; 2008b), tratam-se de questões imbricadas na lógica da governamentalidade. É comum observar uma tendência para que as teorias da justiça e da moral sucumbam às normas, caminhando em sentido oposto aos conceitos fundamentais sobre a ética, fugindo ao sentido clássico de uma doutrina da vida correta.

Sobre o comércio de órgãos, entendi que não há clareza sobre o que remete os sujeitos a tais práticas, sejam aqueles que vendem os seus próprios órgãos ou aqueles que praticam o tráfico. Mas o que mais me incomoda sobre o assunto é a recusa, largamente partilhada, sobre a existência dessa prática. Percebi nesses quatro anos que as pessoas não querem falar sobre isso, não querem aceitar que isso exista. Não querem assumir que somos capazes disso enquanto sujeitos. Não querem acreditar que existam riscos nesse sentido. As poucas tentativas no sentido de discutir o assunto partem de intelectuais, como os juristas, os pesquisadores da área da saúde, os antropólogos e sociólogos, como já mencionei. Mas não são, em sua maioria, discussões acessíveis a maior parte da população. Os antropólogos voltam-se mais comumente às questões comportamentais e a medicina debruça-se com mais



afinco sobre os aspectos técnicos; e os médicos que vão contra a maré, são, de certa forma, excluídos pela corrente dominante, como é o caso daqueles que questionam os critérios para o diagnóstico de morte encefálica e que são completamente ignorados pelos conselhos profissionais.

Entendo que nenhuma área, de forma isolada, seria capaz de explicar por completo práticas tão complexas. Contudo, creio na interdisciplinaridade como um caminho mais profícuo nesse sentido. Seria importante, então, que os diferentes saberes fossem despidos de seus poderes em busca de informações diversas sobre as práticas ordinárias, a fim de que se pudesse construir uma perspectiva mais rica em termos das práticas comuns no cotidiano. Nessa busca, seria importante que os elementos mais sutis pudessem ser percebidos e analisados (FAIRCLOUGH, 1992; 1995). Assim, talvez fosse possível conhecer os vínculos práticos da doação, venda e compra de órgãos humanos. Seria importante compreender, por exemplo, as influências de discursos neoliberais (entendidos aqui como uma distorção do liberalismo). Ou ainda, pensar na razão e na lógica de Estado (FOUCAULT, 2008a; 2008b; 2012) como norteadores de obediência e/ou subversão das normas. Talvez fosse possível notar que o silenciamento em torno da comercialização de órgãos, de certa forma, serve a algum interesse representado pelas entidades que regulam e organizam os transplantes de órgãos. Talvez se perceba que a normatização não alcança êxito na prática porque não condiz com ela, já que uma ética especializada (a do direito e da filosofia) não cumpre função alguma no cotidiano dos sujeitos.

É de suma importância ter em conta que as convicções morais não são naturais. Elas são construções sociais, são condicionamentos comportamentais que podem significar a tentativa de evitar danos a si mesmo ou aos outros. Ou ainda, são maneiras de controlar os demais, de silenciar aquilo que não nos interessa. Esse silenciamento em torno do comércio de órgãos poderia ser, então, uma forma de manter o moralismo apenas no nível discursivo, desconectado das práticas. Talvez não exista um senso partilhado de interesse pela justiça, ou mesmo não haja um senso de justiça comum a todos os sujeitos. É possível que as práticas estejam imbricadas em lógicas diversas, particulares e partilhadas, simultaneamente. Lógicas que ultrapassam as regras publicamente disponíveis e assumidas. O silenciamento pode ser representativo da divergência entre as normas e os julgamentos éticos em torno do tema relacionado à venda de órgãos.

Essa descontinuidade está presente também nos processos biotécnicos e políticos, que, de acordo com Foucault (2008a; 2012), são espécies de rupturas e dobras do pensamento e do comportamento humano. Revelam paradigmas discursivos em torno de vários temas,

comumente os que mais impactam, como a sexualidade (1979), a saúde mental (1978; 1984; 2005), o direito (2010) e a política (2006; 2008b; 2012). Essa complexidade observada na obra de Foucault é cara, para o contexto dessa pesquisa, na medida em que se considera a interatividade entre áreas distintas para que práticas como a comercialização de órgãos possam se desenvolver. Como apontam Hellann et al (2012), é preciso considerar elementos de políticas públicas, elementos econômicos, elementos filosóficos e elementos tecnológicos para só então começar a construir um fio condutor ao esclarecimento das atividades relacionados ao tráfico ou venda de órgãos. Questões filosóficas podem andar junto das questões mercadológicas, do direito e da regulamentação, das tentativas de controle por meio da gestão e do neoliberalismo.

Sobre a questão legal, o deslocamento entre a prática e a norma pode ser a fonte de tentativas para legitimar as ações desviantes. Questões como o clamor “Pelo direito de vender meu rim” – facilmente encontradas em páginas da internet – poderiam se construir sob a face de um discurso pretensamente altruísta, mas escondendo um viés intencionalmente mercantilista. Nesse sentido, não seria plausível apontar uma mudança na percepção dos sujeitos, em primeiro plano, mas sim mudanças em suas práticas discursivas, que a partir dos processos de modernização possibilitam a formação de novas perspectivas sobre a realidade, fugindo às regras moralizantes e adaptando e readaptando as estruturas sociais. Como é o caso do avanço obtido a partir de grandes investidas consideradas ímpares para a melhoria na condição de vida das pessoas, como a política de microcrédito de Bangladesch – que rendeu o Prêmio Nobel ao responsável por sua implantação – que resultou em retrocessos na medida em que não apenas não cumpriu o prometido, como piorou as condições de vulnerabilidade daqueles que pretendia tirar da pobreza. Esse é um exemplo de avanço e retrocesso, uma vez que acarreta implicações diversas, sob perspectivas distintas. Essa descontinuidade entre a proposta e o que se experienciou na prática, acarreta soluções particulares e independentes em diferentes núcleos sociais e está intimamente ligada a questões políticas, de alteridade, de resistência e até mesmo de obediência às normas. Abaixo, trago a fotografia que me chamou à atenção para o tema, nela estão quatro irmãos, de Bangladesh, que tiveram que vender um de seus rins para pagar as dívidas de microcrédito.

Figura 31 – Irmãos que Venderam o Rim para Pagar a Dívida de Microcrédito



BBC (2013)

Esses irmãos foram contemplados por um programa social que tinha como diretriz, ofertar às minorias pequenos empréstimos que estimulassem o empreendedorismo e permitissem aos indivíduos em vulnerabilidade a chance de saírem da pobreza. Era uma proposta de empoderamento, mas, sem o devido acompanhamento e investimento em políticas de orientação, culminou em situações complicadas e a pressão das cobranças relativas ao crédito impactou na vida desses sujeitos ao ponto de venderem os seus rins e saldarem a dívida. Segundo Moniruzzaman (2012) os traficantes de órgãos se aproveitam de situações como estas para atuarem em nível regional, nacional e internacional. Aproveitam-se das condições de pobreza para conseguir pessoas que se disponham a vender um rim. Segundo o pesquisador, essas pessoas são sujeitadas a condições insalubres e não recebem nenhum acompanhamento pós-cirúrgico, ficando a mercê da própria sorte, enquanto, na maioria dos casos, os receptores – compradores – são pessoas ricas, de países tidos como mais desenvolvidos economicamente, tais como os EUA e alguns países europeus ou do Oriente Médio.

Em relação aos elementos mercadológicos, a prática da venda de órgãos funda-se em elementos característicos do mundo economicamente organizado (SCHEPER-HUGHES, 2001). E, como aponta Foucault (2008a), o próprio desenvolvimento biotécnico é frequentemente financiado e, portanto, viável, a partir de interesses e recursos econômicos do

mercado de capitais. E é nesse sentido que acabam por satisfazer, mesmo que em caráter provisório, o espetáculo da tecnologia, que promove avanço na mesma medida em que promove precariedade, uma vez que nem todos têm o devido acesso às informações e benefícios decorrentes do avanço tecnológico, ao contrário, podem até mesmo ser vítimas dele. O comércio de órgãos é mais uma nuance dessa realidade, onde sobram discursos em prol ou contra a comercialização do corpo humano ou de partes dele, mas seguem as tentativas de gerenciamento da vida e do corpo. Esse fenômeno não obedece a uma lógica de mercado, mas é permitido e impulsionado pelo liberalismo político e econômico que, ao reagir ao pluralismo ideológico e à individualização crescente dos estilos de vida, ocasiona o fracasso filosófico em torno da designação dos modos de vida.

Como apontam as três resoluções emitidas pela OMS nos anos de 1987, 1989 e 1991 (RIBEIRO, 2004), a questão do transplante de órgãos deve ser considerada sempre sob a colaboração de áreas distintas que se interessem pela vida humana, considerando, inclusive, a prevenção da compra e venda de órgãos. Deve-se objetivar a preferência pela doação de cadáveres em relação à doação por pessoas vivas e, ainda, a preferência pela doação entre familiares (geneticamente compatíveis). Outro aspecto considerado pela OMS é a justiça e equidade, a fim de que os órgãos doados sejam disponibilizados aos pacientes de acordo com a necessidade médica e não conforme necessidades ou privilégios financeiros. Entretanto, mesmo diante dessas resoluções, o comércio de órgãos está fortemente articulado (SCHEPER-HUGHES, 2000; 2001; 2003; 2004; 2014; MORAIS; MORAIS, 2012) e são várias as faces desse processo.

Desde o indivíduo que alega querer comprar uma casa até o indivíduo desesperado para pagar a cirurgia da filha são muitas as circunstâncias que possibilitam e alimentam esse mercado. As tendências utilitaristas, ainda que perpassadas por discussões contratualistas e fundamentadas na teoria dos direitos, permanecem fundadas no discurso liberal, permitindo a vulgarização da vida e a emergência de comércios que visam, exclusivamente, o ganho econômico. A tentativa de minimizar o problema moral esbarra na prática, e a naturalização pode se apoiar na negação, facilitando um mercado que, mesmo negado, segue avançando em termos numéricos (ABADIE; GAY, 2006; SALES; ALENCAR, 2008; GHODS; SAVAJ, 2008; MACHADO, 2010; OMS, 2010; SANTOS et al, 2010; FRINHANI, 2011; AMBAGTSHEER, 2011; MORAIS; MORAIS, 2012; ROZA, 2012; CARRARA, 2013).

É possível que nesse mercado os mesmos caminhos que tentam impedir essa prática propulsionem a exploração monetária desse nicho. Assim, o que inicialmente é entendido como fundamental para a manutenção da vida, ou ela mesma, torna-se mercadoria, invertendo

a lógica das relações humanas em relação à própria vida. Seria simplista apontar que apenas as questões socioeconômicas estariam na base desse comércio, mas é possível que tais questões sejam significativas para essa prática. A precarização das relações de trabalho, por exemplo, seria um motivo plausível, assim como as condições de subversão da ordem estabelecida. Tudo depende das condições e pressões que impactam esse ou aquele sujeito. Não se trata de relativismo puro, mas de adotar uma postura que permita distinguir a distância entre as particularidades possíveis nas práticas dos diferentes sujeitos.

A dissonância entre ética e utilitarismo, bens simbólicos e materiais, dignidade e mácula, não impedem que práticas como a comercialização de órgãos ocorram, apenas proporcionam caminhos distintos aos das práticas legalmente constituídas e aceitas. Nesse sentido, cabe tentar conhecer essa prática e só depois discorrer sobre possíveis caminhos a serem tomados para aplacar o fenômeno. Contudo, a relação econômica que perpassa esse campo deve ser clarificada, ao menos no que se refere a essa proposta. Ressalto que a mercantilização de partes do corpo humano não é algo recentemente colocado em pauta, se trata de um tema que vem sendo discutido há algum tempo (SCHEPER-HUGHES, 2000; 2001; 2003; 2004; 2014; MONIRUZZAMAN, 2012) em termos éticos, morais e tecnológicos, como já visto aqui, mas esse problema de saúde pública, que também envolve questões econômicas, se relaciona às possibilidades decorrentes das inovações científico-tecnológicas, e às necessidades relacionadas ao *déficit* nos serviços de saúde pública.

Para Hellmann et al (2012) esse grande negócio possibilita o estabelecimento de um mercado ilegal de dimensões concretas e significativas no contexto global. Resta buscar compreender como casos como o de Bangladesch e o do Brasil são viabilizados. É por isso que considero esse recorte um tema relevante para a administração, no sentido de provocar discussões sobre o alcance dos fenômenos dos “mercados”, mas, antes, buscando compreender como o próprio sistema de regulação se constitui sob meandros mercadológicos. Como esse sistema é influenciado por decisões que são comuns ao mundo corporativo.

Considerando todo o contexto e as ponderações apresentadas até aqui, apresento, no capítulo seguinte, algumas análises sobre a gestão do sistema de transplantes no Brasil, à luz do conceito de biopolítica (FOUCAULT, 1979, 2000a; 2006; 2008a; 2008b).

## 5. OS TRANSPLANTES NO BRASIL SOB A ÓTICA DA BIOPOLÍTICA

Recorrer à Foucault e aos seus conceitos sobre governamentalidade e biopolítica me permitiu compreender, ao menos em parte, a gama de interesses imbricados na gestão dos transplantes de órgãos no Brasil, bem como as suas implicações em relação a outros processos. Para que eu pudesse fundar minhas análises sob essa perspectiva do autor precisei entender a importância que o liberalismo alemão e, depois o neoliberalismo, tiveram para que a biopolítica fosse considerada uma estratégia para a governamentalidade. Esse entendimento me permitiu lançar um olhar crítico sobre os transplantes de órgãos, sua organização e regulamentação. Em parte, me possibilitou alcançar o sentido de alguns processos e a importância de algumas medidas, mas também me causou alguma frustração. Não como pesquisadora, mas como uma pessoa que, aos vinte anos de idade era completamente a favor da doação presumida de órgãos, alguém que via a doação de órgãos como uma das melhores atitudes de solidariedade. Continuo achando que a doação é um ato importante, mas ao compreender o que está por trás das campanhas para doação, bem como outras questões que discuto a seguir, confesso que não vejo as coisas com o mesmo romantismo. É um pouco incômodo perceber que as mudanças nas formas de poder fizeram com que mesmo as boas ações se tornassem alvos estratégicos para a governamentalidade.

Assim como dividi o referencial teórico, também o fiz com as análises. Primeiro apresento alguns mecanismos próprios da racionalidade econômica, que foram absorvidos pelo Estado. Depois falo especificamente da biopolítica e, por fim, do cuidado de si como estratégia biopolítica. Na realidade as coisas não são segmentadas ou mesmo seguem uma linha sequencial. Ao contrário, os diferentes processos e relações ocorrem de forma simultânea ou sobreposta. Eu tentei organizar o conteúdo que emergiu das minhas investigações de forma que fizesse sentido para o leitor, mas assumo que não consegui fazer isso do começo ao fim, visto que em alguns momentos precisei retomar a temas que já haviam sido desenvolvidos em seções anteriores. Todavia, o dinamismo que perpassa o mundo dos transplantes não me permitiu segmentar precisamente o processo. Ainda assim, busquei identificar os elementos que indicam a organização do sistema de transplantes como algo que serve a uma racionalidade econômica apropriada pelo Estado, bem como os elementos que perpassam essa biopolítica que, por sua vez, serve como estratégia para a governamentalidade.

## 5.1 OS TRANSPLANTES E A RAZÃO DE ESTADO

O que denomino muitas vezes como Razão de Estado é, na verdade, essa racionalidade econômica da qual o Estado acabou se apropriando em nome de uma governamentalidade e do próprio mercado. Sob essa perspectiva, busquei conhecer um pouco sobre a história envolvendo esses procedimentos relacionados aos transplantes, assim como as políticas que perpassam esse universo e as tecnologias que permitiram que os transplantes fossem viáveis. Como visto anteriormente, foram muitas as tentativas que possibilitaram o estabelecimento dos transplantes como um recurso terapêutico. Ao debruçar sobre esse aspecto da história, soube que havia muito tempo desde as primeiras menções sobre essa possibilidade. Primeiro, de forma lendária e fantasiosa, depois registros de tentativas estranhas e malsucedidas. Até que avanços tecnológicos possibilitaram o surgimento de novas drogas farmacêuticas e novos equipamentos que permitiram significativos avanços para as cirurgias de transplantes. Isso me fez pensar, por algum tempo, que o marco para a questão dos transplantes era os avanços biotecnológicos, mas, depois de mais estudos, pude assimilar que o grande paradigma para a realização dos transplantes era a gestão desse processo.

Sem, de modo algum, desmerecer o avanço biotecnológico e certa de que, cientificamente, foi esse o marco para os procedimentos que visam prolongar a vida dos indivíduos, o que quero dizer é que, para que mais pessoas tivessem acesso aos transplantes, arrisco apontar que o acesso a essa tecnologia foi projetado pela forma como eles passaram a ser geridos e normalizados. Se por uma via o avanço científico mudou a perspectiva sobre as possibilidades de se prolongar a vida, por outra, esse avanço não seria capaz, por si só, de atingir alcances tão significativos para o mundo dos vivos. É a governamentalidade que vai fazer com que o Estado esteja a frente desse processo e, assim, trazê-lo à tona como uma estratégia biopolítica que permitirá o acesso ao maior número de pessoas e, ao mesmo tempo, um maior alcance para o governo.

Foucault (2008b) alerta para o fato de que, com o fim do Estado soberano, novas formas de governo precisassem ser empenhadas. Para o autor, o mundo capitalista e o movimento liberal foram imprescindíveis para que ocorressem essas mudanças nas formas do poder. O neoliberalismo, como uma espécie de distorção do liberalismo clássico, maximizou alguns impactos capitalistas sobre as formas de governo. Agora, o Estado tinha duas funções, manter a si mesmo e corroborar para a manutenção da economia. Essa segunda passou a ser o cerne de toda política. A apropriação do Estado em relação ao mundo indexado no modelo da

empresa, em que a saúde econômica e a eficácia são os objetivos fundamentais, ocorreu em função do que Foucault (2008a; 2008b) chamou de governamentalidade. Em outras palavras, era preciso que fosse possível governar para continuar existindo. Isso fez com que o Estado estivesse à frente de atividades que antes não lhe cabiam, ao menos não no sentido de gerência.

Nesse sentido, cuidar da saúde, não mais dos indivíduos, mas das populações, passou a ser uma estratégia biopolítica. A vida passa a ser gerida sob a perspectiva objetivada de fazer mais com menos. Passa a ser um objeto digno de gestão. É nesse contexto que estão os transplantes de órgãos. Embora não pareça, num primeiro momento, a gestão dos transplantes obedece à lógica econômica a qual está submetido o Estado. As necessidades dos indivíduos que precisam de um órgão são medidas e gerenciadas de forma a maximizar os processos e otimizar os números. A estatística torna-se instrumento de categorização e os sistemas informatizados são utilizados como parte do policiamento, ao lado dos próprios sujeitos que se vigiam entre si, seja em função da lista de espera ou da sujeição aos processos pós-transplantes. Mas aí vem a questão: qual o problema nisso? Não se trata de um problema, mas há coisas que não são aparentes como o cuidado com a população das listas ou a gerência do processo. O que está por trás é a lógica econômica. Ao maximizar a realização de transplantes, o governo economiza. A conta é simples, o custo da manutenção de pacientes crônicos é significativamente mais caro do que as cirurgias de transplantes (SILVA et al, 2016). Os leitos de UTIs custam muito aos cofres públicos, bem como a manutenção da vida de sujeitos em estado vegetativo demandava muitos recursos, antes da resolução que autoriza o desligamento dos aparelhos que mantém esses pacientes respirando.

Ao discorrer sobre o assunto, pode parecer simples, mas esses aspectos estão submersos na temática dos transplantes como ela é abordada publicamente. É importante lembrar que a Lei 9.434/97 é o ponto de partida para as análises, pois embora já houvesse uma lei sobre os transplantes no Brasil, foi a partir de 1997 que as mudanças mais significativas ocorreram. Até então tudo era meio nebuloso. Pouco se explorava o tema, fosse por questões políticas ou culturais. Os transplantes ainda faziam parte de um terreno pouco conhecido. Foi essa lei que marcou o processo de gestão que até hoje delinea os procedimentos relacionados aos transplantes, bem como as políticas públicas e as campanhas publicitárias. O primeiro passo para o gerenciamento desse processo foi a criação do SNT, também em 1997. Cabe ao SNT a responsabilidade de monitorar e promover ações para o controle e desenvolvimento de ações para o processo de captação, doação e transplante de órgãos e tecidos no Brasil. Esse órgão tem características de uma corporação. Em termos hierárquicos, o SNT representa o



nível estratégico, onde são pensadas as políticas, campanhas, processos logísticos, credenciamento e autorização de instituições, estipulação de valores e o estabelecimento das entidades que estão abaixo na estrutura.

A burocratização de todo o processo começa com a Lei 9.434/97, mas é instrumentalizada a partir da criação do SNT. A vida, sob a gestão desse sistema, é entendida como mercadoria. Nos moldes empresariais são pensadas as estratégias que se desdobrarão em táticas para o controle da população. O Estado alcança, assim, os interesses e direitos dos indivíduos, mas sem privá-los deles. Tudo o que é feito é propagado quando considerado positivo e são estabelecidos critérios dentro de certo nível de justiça, em que são priorizados os que precisam mais, por exemplo. Mas sob o véu do atendimento aos interesses individuais está a homogeneização, que permite o estabelecimento de processos e políticas de gestão. Que permite enquadrar as necessidades vitais em estratégias para a governamentalidade. São feitas tantas coisas boas que não se pode culpar ou cobrar o Estado por aquilo que está oculto. Novos regimes de governo, novos regimes de poder.

Muitos saberes precisaram ser incorporados para que a governamentalidade fosse possibilitada. Saberes econômicos, médicos, tecnológicos e tantos outros. Mas cabe lembrar que ela não é estática, está em constante transformação e reavaliação. E esse aspecto é claramente observável quanto aos transplantes. Desde 1997 foram muitas as alterações e os ajustes da Lei, como pode ser visto no Quadro 13. Novas necessidades, novos direitos e novas possibilidades de gestão. De um lado a potência individual, às vezes representada pela mudança na lei, de outro a absorção do avanço individual e a readequação das táticas. Não somente os indivíduos que precisam de transplante foram influenciados ou influenciadores dessas táticas. No caso da doação presumida, por exemplo, a população se manifestou. A morte passou a ser vista de outra forma e, estar em um hospital em estado grave passou a ser uma ideia tenebrosa. Muitos não confiavam nos procedimentos de verificação da morte encefálica e tinham medo de serem mortos para que seus órgãos fossem aproveitados. Outros não concordavam com a doação presumida porque entendiam que ela feria os direitos fundamentais. E os mais entendidos das leis argumentavam que ao morrer cessavam-se os direitos e, então, não era possível atribuir nada ao indivíduo depois de constatada a sua morte, era sempre a família que herdava os direitos sobre o morto. Esses questionamentos prevaleceram e a doação presumida foi revista e derrubada pela Lei 10.211/2001. Em 2013 o Senado retomou a discussão que tramita na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, sob o Projeto de Lei nº 405/2012.

Diante dessa mudança, as campanhas de doação passaram a ser as táticas mais empenhadas pelos órgãos envolvidos. Os apelos à solidariedade, fraternidade e tudo o que possa impactar emocionalmente os sujeitos têm sido amplamente difundidos na sociedade brasileira. Ser contrário a doação, inclusive, pega mal. Instituiu-se um domínio sobre a vontade individual que é desmedida. As campanhas foram, e ainda são, muito eficientes, mesmo que os números tenham aumentado de forma gradual. Mas o que não é razoável para a governamentalidade raramente é ou nunca é abordado, como, por exemplo, o fato de que a morte encefálica está submetida a algumas questões limitadoras, como o fato de que nem todos os que morrem, morrem primeiro de morte encefálica. Sei que é estranho escrever, morrer primeiro, mas é isso mesmo. A medicalização da morte muda a perspectiva sobre o que é morrer. Antes apenas se morria, agora é preciso saber quem morreu primeiro, se o coração ou o cérebro. A morte está departamentalizada. Se o coração parar, o indivíduo que ainda respira serve para um número determinado de coisas, pode ser doador de tecidos, por exemplo. Mas se o cérebro para primeiro a utilidade é bem maior. E esse elemento é abordado nos discursos midiáticos, mas é claro que de outra forma, sob outra roupagem. O que se diz é que uma pessoa com morte encefálica pode salvar 7, 10, 11 pessoas. Vai depender da campanha! Sim, todos esses números já foram mencionados. As campanhas mais recentes se limitam a dizer que um doador pode salvar inúmeras vidas. Cabe ressaltar que “inúmeras” é uma expressão, no mínimo, interessante.

O que não se conta é que muitos órgãos são desperdiçados por problemas logísticos, desinformação das equipes e falta de estrutura para a manutenção dos pacientes com ME. O alvo é sempre o sujeito doador, o egoísta, que precisa acordar e ser solidário, afinal, porque não doar? Você já estará morto mesmo! Alguns médicos questionam os critérios de ME, mas o assunto é abordado de forma bastante convincente pelos defensores da doação e dos transplantes. Com trouxe anteriormente, há um grupo nos EUA e um médico brasileiro que não concordam com o protocolo para identificação e confirmação da ME, mas esse assunto é campo minado. E a morte é outra questão reformulada a partir da Lei dos Transplantes. De qualquer forma, abordar as questões técnicas sobre a ineficiência em gerir algumas etapas não é interessante, é uma questão de estratégia. Deve-se se lembrar que é preciso fazer mais com menos e maximizar a doação é muito mais interessante nesse sentido.

Antes da existência dos transplantes, enquanto técnica possível, a morte era mais simples. Isso em critérios legais, é claro! Pois a finitude sempre foi objeto de grande inculcação para os seres humanos. Em termos culturais e filosóficos a morte é um problema muito pensado, estilizado e ritualizado. Em termos legais, morre-se de várias maneiras. É

preciso uma certidão de óbito para documentar a morte, já há um bom tempo. Nesse documento são indicadas as causas da morte, a filiação, a descendência, até a vida econômica do sujeito é considerada ou principalmente a vida econômica. Com o advento dos transplantes, a morte ganha outra abordagem e, embora já estivesse sob o jugo médico, agora é possível estar mais ou menos morto. Mas não é apenas sobre os transplantes que a ME incide. Com a resolução CFM nº 1.480/97 também foi levantada outra questão. A permanência de indivíduos com ME nas UTIs. Afinal, em caso de negativa quanto à doação dos órgãos os aparelhos podem ser desligados? A resposta é sim. Mas isso só ficou esclarecido a partir do Processo-Consulta CFM nº 8.563/2001, cuja orientação é: “Pacientes em morte encefálica devem se tornar doadores de órgãos ou terem seus suportes descontinuados por seu médico assistente”. Ainda, assim, de acordo com Rodrigues e Junges (2015) é frequente que os pacientes em ME que não são doadores sejam mantidos em suporte intensivo até a parada cardíaca.

O desconforto em relação a essa morte parcial ainda persiste e essa burocratização da morte parece não contribuir para um maior entendimento. Como visto até agora, a morte precisa ser documentada, é preciso preencher formulários e há um específico para a morte encefálica (ANEXO). Tudo virou processo, tudo tem uma função, uma razão que serve à governamentalidade. A morte também é indexada ao modelo empresarial. O sujeito é produto, meio e fim. Liberar UTIs e otimizar os processos tornou a morte útil para o objetivo de tornar a gestão mais eficaz. Como visto em Foucault (2008a), os governantes encontram formas variadas e elaboradas para o controle e a manutenção dos processos que assume. As fragilidades tornam-se possibilidades. Os problemas são transformados em soluções, para os sistemas de governo, é claro. Não aceitar os critérios de ME ou simplesmente não os entender e temer por isso é uma não razão. Está documentado, está escrito e o que está escrito é o que vale. Mas não deve haver confusão, a morte não é mais o fim, é o meio. O meio para se estabelecer a vida. Por meio dessa morte controlada se salva outras vidas. Ao menos em tese. Sob a ótica da biopolítica não é a morte que está sendo gerida. A morte serve apenas como um instrumento de gestão, uma oportunidade para otimizar as ações para a manutenção da vida.

Morte e vida são institucionalizadas, mas de uma forma em que a liberdade prevaleça na percepção dos sujeitos. Não é mais preciso ter uma referência física, as organizações agora podem se fazer presentes por meio de complexos arranjos burocráticos. É possível padronizar, controlar e mensurar os custos com os desvios do processo sem, contudo, estar presente em matéria. Os regimes de poder agora se constroem e se fazem presentes no dia a dia, alcançando todos os níveis. Nesse sentido, ao ser atendido quanto aos seus interesses, o

sujeito é, também, submetido a essa nova forma de se pensar o Estado. Contar as populações virou moda, mas não uma moda passageira. Mesmo quando, e se isso tudo for ultrapassado, os registros versarão sobre categorias, sobre grupos que nem se quer existem de fato. Pelo menos não se se pensar nos fundamentos do que seria um grupo. É a individualidade que está em voga, mas são os grupos que recebem atenção. Mesmo resistindo são sujeitos desse novo método de governar. Em vida e em morte. Resta, então, subverter no âmbito do microuniverso.

É claro que individualmente é possível que o sujeito exerça a sua subjetividade, mas a governamentalidade, ironicamente pautada no liberalismo, os considera uma massa formada, objetivada pela estatística. A sutileza dos regimes de poder, evidenciados pelas táticas empregadas ao mundo dos transplantes, permitiu que se estabelecesse uma “cultura dos transplantes”. É óbvio que ninguém entra para esse nicho por opção, mas, como aponta o médico Cícero Galli Coimbra, políticas de prevenção à saúde evitariam, em médio prazo, que grande parte das pessoas que poderiam sofrer de algum mal cardíaco ou renal, por exemplo, não chegassem ao ponto de precisarem de um transplante. Isso seria mais barato e muito mais positivo, porém, talvez fosse outra etapa para a biopolítica no Brasil. O médico ainda lembra que transplante não é cura, é um tratamento que se prolongará para o resto da vida do sujeito transplantado. Mas isso não configura uma novidade, visto que o modelo médico em vigência não é preventivo, embora exista um movimento do SUS para que isso seja modificado, um exemplo disso é a Estratégia Saúde da Família.

Contudo, o universo dos transplantes é uma realidade, são muitas as pessoas em lista de espera e grande o empenho em aumentar o número de doadores e o número de cirurgias realizadas. As informações, divulgadas quando algum recorde é superado, remetem a uma competição, onde ser o primeiro, fazer mais e alcançar números considerados altos é tido como sucesso. Números, números e mais números. O Brasil tem o maior sistema, é o número um em transplantes renais, é o primeiro país a completar 1000 transplantes. Enfim, parece mesmo uma competição. Aquela mesma a que são submetidas às empresas. Até mesmo as campanhas publicitárias para a doação de órgãos são semelhantes às praticadas pelas empresas. Seguem o mesmo padrão estético e informacional. Nos vídeos e nos cartazes aparecem pessoas com boa aparência, a maioria jovem. Também aparecem famílias em configuração tradicional, aquelas dos comerciais de margarina. As últimas campanhas foram ainda mais incisivas, contando com personagens reais, jovens e atletas (Ver figuras de 12 a 25)

O mercado de órgãos foi segmentado. Há uma clientela e um público-alvo. Há os desvios, o contrabando, o tráfico. Em um dado momento desse texto, questionei o porquê o Brasil tem o maior sistema de transplantes do mundo e ainda assim não dá conta de resolver coisas consideradas mais simples. Pois bem, não se trata de não dar conta, e sim de optar, estrategicamente, pelo que deve ser feito. Voltando ao tema competitividade, é importante notar que não se trata de uma competição entre organizações do mesmo ramo, onde produzir mais transplantes significaria ganhar de outra organização, mas de uma competitividade onde o país é a organização que compete com outros países. E quais seriam os ganhos nesse tipo de competição? Publicidade, na menor das hipóteses. Em sentido particular, é provável que exista algum ganho científico, mas isso não estaria diretamente relacionado à competição a qual me refiro. Falo de um mercado no qual o país precisa de publicidade, de reconhecimento.

Essa classificação econômica impacta todos os níveis da sociedade e esse é o ponto que torna possível que interesses individuais sejam atendidos ao mesmo tempo em que corroboram para os regimes de poder. Com a questão econômica sendo o maior foco dos sujeitos, da sociedade e dos Estados, todos se desempenharão em função dela e no mesmo sentido. Assim, está formado um acordo implícito, onde os esforços não são coordenados, mas cooperam entre si, ainda que paralelamente e não conjuntamente. Essa nova condição do Estado exige a conservação dos sujeitos. Eles devem ser saudáveis, produtivos e terem uma longa vida, mas sem onerar mais a máquina pública. Os danos aos indivíduos, agora se deslocam do abuso físico para o ganho econômico. A vida é o objeto. A potência do sujeito deve ser maximizada. Essas formas sofisticadas de controle da sociedade estão pautadas na norma, que agora não é mais exclusiva do âmbito jurídico, como referido anteriormente. Ao levantar as informações sobre os transplantes e a normalização dessa prática entendi que a lista de espera, as doações e a comercialização de órgãos decorrem do mesmo fato, a governamentalidade. A racionalidade instrumental que se alastrou pelo mundo é, também, a racionalidade que serve como diretriz para as políticas relacionadas aos transplantes.

O poder disciplinar deu lugar ao poder normalizador que atinge as populações e não aos indivíduos. As prescrições e os cuidados atendem a um propósito maior, o da produtividade, que perpassa pelo menos dois níveis, o do sujeito e o das organizações. A produtividade do sujeito está clara, relaciona-se à sua potência, a das organizações, perpassam o Estado e os prestadores de serviços que atuam sob suas designações normalizadoras. Assim, ao normalizar tudo o que está relacionado aos transplantes de órgãos normalizam-se, também, as ações dos indivíduos, mas com o seu consentimento. Ao operar os interesses dos cidadãos

comuns os dispositivos são aperfeiçoados e o poder é positivado. Ao contrário daquela forma antiga de poder, onde o negativo prevalecia pela força, agora, tem-se um poder positivo, um poder no qual a vontade é direcionada para a satisfação dos interesses individuais, mas a fim de se manter o funcionamento do capitalismo.

Quanto maior o número de interesses individuais que o Estado alcançar, maior será o alcance do governo. A saúde enquanto sistema é controlada como uma tática para que as estratégias de governamentalidade sejam eficazes. As populações são submetidas aos serviços de saúde conforme os seus interesses sem, no entanto, deixarem de ser matéria para a manutenção dos regimes de poder. Arrisco a dizer que, embora exija mais sofisticação, esses novos mecanismos, aqui representados por todos os órgãos relacionados ao SNT, pela lista de espera e pelas campanhas pró-doação, surtem um efeito mais amplo do que nos moldes anteriores, em que os regimes de poder se davam sobre o indivíduo e não sobre as populações. O alcance é massivo e o efeito homogeneizador torna tudo mais permeável. *Slogans* como “Doe órgãos, doe vida” ou a imagem que indica que seus órgãos podem ir para o lixo ou para uma criança atingem a qualquer indivíduo. A fluidez incute mais docilidade e dependência, até mesmo culpa.

O surgimento dos transplantes veio requerer um reposicionamento nos sistemas de saúde. Isso fez com que os dispositivos de poder fossem elaborados conforme as novas necessidades dos indivíduos e do governo. Essa necessidade, surgida com a emergência dos transplantes, tem sido gerenciada por meio de táticas articuladas por meio do SNT, cujas estratégias têm alcance global, como no caso das campanhas, por exemplo. Ou, ainda, no caso do estabelecimento da morte encefálica. A capacidade de governar é evidenciada pelo SNT que formou uma espécie de território fictício, onde o que o unifica são os transplantes e, como em todo território, é preciso que existam estratégias para a sua manutenção. Nesse território, as percepções, as ações e os ideais são manejados e remanejados conforme forem mais eficazes em termos de governamentalidade. A questão dos transplantes corresponde a esse conceito de território na medida em que foram sendo geradas novas percepções sobre morte, regulamentados os procedimentos e tomada como verdade a ideia de que não ser um doador pode representar que sou uma pessoa ruim. Biopolítica é isso, governar e ordenar a vida, mesmo que seja necessário considerar a morte como um meio.

As táticas utilizadas para controlar as ações dos sujeitos envolvidos com os transplantes, sejam eles profissionais da saúde, doadores, receptores ou familiares de doadores e receptores, tais como as listas, o acompanhamento pós-transplante ou os discursos sobre os medicamentos imunossupressores são parte do dispositivo que visa organizar as divisas desse

território, limitando e possibilitando as ações. Até mesmo as relações sociais são modificadas. Os doentes renais, por exemplo, ou ficam sujeitos às diálises e deixam de ter o controle do seu próprio tempo, ou, ainda, são submetidos ao transplante e ficam sob vigilância da constante possibilidade de rejeição. Não me refiro ao procedimento ou a medicação em si, mas a instrumentalização que se faz de ambos. Como observado por Arruda e Renovato (2012), os indivíduos transplantados ganham certa autonomia em relação a vida que tinham anteriormente, mas permanecem em constante vigilância. A tática é discursiva, o paciente é bombardeado com informações sobre a possibilidade de rejeição e sobre sua responsabilidade em manter-se bem. Mas o próprio sistema apresenta falhas quanto ao fornecimento dos medicamentos da forma adequada e conforme as necessidades estipuladas, contudo, os pacientes se organizam e criam comunidades, onde emprestam medicamentos uns aos outros, trocam e fazem transações que lhes permite estar sempre em dia com as prescrições, afinal, a responsabilidade é deles.

Também há subversão no mundo dos transplantes, embora a simpatia e a comoção sejam reinantes entre a maioria dos indivíduos. O discurso sobre a falta de órgãos, associado à ineficiência na gestão das listas de espera, possibilita, por exemplo, o tráfico de órgãos. Mediante o desespero causado pela iminência de morte, os sujeitos recorrem às maneiras escusas para “furar as filas” ou adquirir um órgão por meio da compra. No Brasil foram verificados casos tanto de venda de órgãos, como tráfico e manipulação das listas, conforme pode ser lido na CPI do Tráfico de Órgãos, relatada em 2004. Esses casos são tratados como exceção e não é conveniente que se fale sobre o assunto. Curiosamente, os estudos mais reveladores nesse sentido são realizados fora do país, embora tratem da situação brasileira, como é o caso das pesquisas realizadas por Nancy Scheper-Hughes e Moniruzzaman. As proibições quanto às práticas consideradas antiéticas não alcançam todas as esferas possíveis e a máxima econômica, que orienta a normalização, também possibilita a subversão das normas.

Nota-se que, ao se tratar dos transplantes, a maneira correta de alocar os recursos é dispor das informações que melhor satisfaça a governamentalidade, bem como veicular apenas tais informações. As listas, os manuais, os instrumentos de precificação e policiamento dos sujeitos servem a esse propósito. Gerenciar os transplantes e suas contingências está relacionado à necessidade de gerir a população e a duração das vidas. É uma questão de saúde populacional. Assim, em nome de uma governamentalidade são cooptados adeptos que aderem aos interesses governamentais e permitem ser classificados conforme aquilo que for indicado pelas estatísticas (FOUCAULT 2008b). Espontaneidades são desarticuladas e, no

caso dos transplantes, não se propõe que alguns temas sejam pensados. Quase ninguém é contra o transplante, a doação e, pouca gente se importa com a questão da morte encefálica. Se fossem discutidos esses assuntos opiniões emergiriam, reflexões seriam instigadas e talvez novas propostas surgissem, mas as coisas não acontecem assim e a população segue orientada pelo que já existe, salvo em relação as leis e respostas dadas oficialmente a algumas situações. Respostas não necessariamente satisfatórias.

As configurações políticas que reificam as estratégias de poder seguem uma razão específica, em que as táticas são desenvolvidas a partir dos sujeitos e para os sujeitos. Resultando em acomodações em seu cotidiano e delineando as impressões de mundo. Creio que há espaço para a subjetividade, assim como há para a subversão, mas eles estão cada vez mais raros. Ao serem indexados ao modelo empresarial, como argumenta Foucault (2008a), os interesses individuais, tão caros, são subjugados sob o véu da liberdade, e se todas as pessoas são orientadas em função do capital, logo a subjetividade fica em segundo plano. A alteridade já não é mais algo valorizado. Cada vez mais os modelos são estabelecidos. Cada vez mais a população sucumbe a eles. A necessidade de eficácia para o Estado é a mesma cobrada dos cidadãos. Você vale o quanto você produz. No caso dos transplantes, o transplantado vale mais por que custa menos e, deve se cuidar porque custou caro. Parece ambíguo, porém, essa é a nova razão, em que as manipulações e determinações fabricam normas, padrões de vida, sujeitos, avanços tecnológicos e tudo o que puder ser usado a favor da reificação do capital.

O território dos transplantes, ao ser constituído conforme a razão do Estado, tem suas disciplinas e normalizações que limitam os sujeitos e suas práticas, assim como potencializam as forças dos sujeitos, apropriando-se daquilo que é vantajoso e desfazendo-se ou ignorando aquilo que é prejudicial ao ato de governar. Vida e morte fornecem vantagens utilitárias, se bem gerenciadas. Com apontou Foucault (2000a; 2008b), essa razão requer permanente avaliação e reavaliação das estratégias de governo, o que é percebido nas constantes alterações e sanções sobre os procedimentos relacionados aos transplantes e a tudo que deles decorre. Atender a alguns apelos, os que sejam interessantes também para o governo, requer exercícios capazes de promover políticas de obediência. O que é possível observar quanto as listas e quanto as medicações pós-transplantes. As relações estabelecidas a partir da experiência que o sujeito tem nesse universo fazem parte das múltiplas e contínuas teias traçadas por meio da biopolítica e em prol de uma razão de Estado que, por meio do SNT, promoveu compêndios de conhecimentos propiciados a partir de uma economia política. A ciência contribui efetivamente com a normalização e a governamentalidade, vista sob o prisma dos transplantes de órgãos e tudo o que eles representam para a sociedade moderna,



ganha aval da ciência, representada, nesse caso, pelos Conselhos de Medicina que não geram ciência, mas postulam sobre ela no âmbito da medicina.

É a ciência que perpassa mais significativamente todas as prescrições quando o assunto é o transplante, a morte, a vida e a sobrevivida. Tanto os dados estatísticos quanto as descobertas e comprovações biotecnológicas fornecem legitimidade às regras. O saber/poder é a base para a economia política, indicando o que é certo e o que é errado. Isso pode ser constatado na atribuição, dada pela Lei 9.434/97 ao CFM, para orientar quanto aos procedimentos para a determinação da morte encefálica e definir o que é ético quanto à manutenção do paciente em ME que não for doador. Nesse cenário o saber/poder é bem evidente e a figura do médico representa o agente que determina vida e morte em ambiente hospitalar, mais especificamente a figura do médico neurologista, quando se refere a ME. O Saber proveniente da Medicina é o fundamento para o estabelecimento das leis, das diretrizes e dos procedimentos. O saber jurídico é o meio, o dispositivo complementar ao saber da Medicina. Como pode-se ver, é mesmo uma teia. Não há direção, não há linearidade. Formaliza-se, burocratiza, organiza, esquematiza e prescreve as ações, mas, ao analisá-las, percebe-se que há um emaranhado, não por acaso, de circunstâncias que estão acima de todos esses procedimentos.

A racionalidade política, instrumentalizada pela biopolítica e suas estratégias, orienta e cria organismos para reger os processos. O SNT é esse elemento organizador e, ao mesmo tempo, controlador, que organiza as convergências ente os interesses egoístas e as necessidades homogêneas. É a economia política que regula o mercado dos transplantes, valorizando e suprimindo os desejos individuais, simultaneamente. Em nome da universalidade, a universalidade é preterida. Sim, a economia política depende do egoísta, da potência individual. Quando mais fortes os sujeitos, mais forte ela fica e mais eficiente ela é em coadunar os sujeitos. A lista única, por exemplo, não é tão única. Assim, existe uma para cada Estado e conforme cada órgão ou tecido. Os sujeitos com possibilidades econômicas mais satisfatórias conseguem migrar de um lugar para outro a fim de se beneficiar mais rapidamente, os que têm menos recursos permanecem em seus estados de origem e aguardam em lista local. Embora exista todo um aparato para que os órgãos sejam transportados ainda é insuficiente e, ao transitarem em busca de seus interesses, os indivíduos contribuem para que isso permaneça assim.

Em relação à tecnologia usada no mundo dos transplantes, ela não está restrita às salas de cirurgias ou às drogas. O sistema informacional mudou a forma de operar as listas e os dados podem ser cruzados a fim de aproveitar os órgãos de uma região para outra, o que é

bem interessante, mas pouco praticado. A lista também tem um caráter disciplinar, visto que os sujeitos são controlados a partir dela, bem como podem controlar os seus “concorrentes”. Quanto mais informado o sujeito for quanto aos quesitos de compatibilidade e quanto mais abrangentes forem as informações dos órgãos disponibilizados, mais vantagens teria o indivíduo. Contudo, há indícios de que a lista tem falhas, causadas pela incapacidade que o próprio sistema tem em indicar certas ocorrências. Outro aspecto é que o sistema precisa ser corretamente alimentado e, conforme constou na CPI (RIBEIRO, 2004), nem mesmo os prontuários são corretamente preenchidos. Os pacientes também não têm acesso a certas informações, mesmo que elas fossem corretamente inseridas no sistema. De qualquer forma, o princípio da visibilidade permanente (FOUCAULT, 2008a) está presente, mas é preciso saber ver.

Os saberes difundidos, sobre vida e morte, são transmutados em classificações por meio de estatísticas. O que se sabe sobre a morte em termos populacionais é o que os números dizem. Do que se morre mais, do que se morre menos, qual é a idade média de sobrevivência, quais os fatores de risco e que mortes podem ser evitadas. A vida é quantificada também em termos de validade, durabilidade e potência. Por meio das economias é preciso reduzir o número de mortes, aumentar o número de nascimentos e maximizar a vida útil (aqui entendida como o tempo trabalhado). Isso é biopolítica também. Estar sujeito a essas classificações é o que Foucault (2008a) chamou de existência política do animal humano, cuja vida está é objeto da gestão política. De acordo com o autor, a economia política desfaz os laços sociais e faz com que algumas racionalidades escapem aos sujeitos, como observado no caso dos transplantes. Tratamento com custos menores e maior disponibilidade de matéria prima são exemplos de razões desconhecidas.

A capacidade governamental é medida pela lógica econômica e isso se estende aos transplantes. Quanto maior forem os números considerados positivos, mais bem avaliada será a gestão. A cada vez que um dado estatístico aponta um número negativo acende a luz vermelha da ineficiência. Todo ano a Associação Brasileira de Transplantes lança o que chamam de Registro Brasileiro de Transplantes. É um material repleto de dados, gráficos e tabelas. Na primeira página há um resumo, um texto de fácil entendimento, e nele constam os números considerados chave. Geralmente, esse resumo versa sobre o aumento no número de doadores efetivos, o aumento no número de transplantes realizados e a diminuição das listas de espera, normalmente focada em uma lista de um órgão específico, aquela que demonstra mais sucesso. Quando é necessário abordar um indicador que não está de acordo com o

objetivo de propagar a eficiência do sistema, o texto traz comentários do tipo “o número de doadores efetivos apresentou uma ligeira queda”.

Ainda sobre as listas, elas funcionam como uma espécie de classificação e categorização, organizadas conforme as necessidades. Os sujeitos são isolados em sua patologia e a assistência lhe é prestada conforme o que se entende como mais eficiente. Ao ser selecionado, o indivíduo também é separado e depois rotulado e agregado a um grupo específico. As listas racionalizam, possibilitam enunciados que se estabelecem como verdades e permitem uma progressiva descaracterização e integração. Operam no sentido que Foucault (1978; 2008a; 2008b) definiu como uma razão para o Estado, em que as ações são reificadas e mensuradas, a fim de demonstrar eficiência. Mais uma vez observa-se uma forma de departamentalização, onde há a divisão entre órgãos e tecidos que, por conseguinte são divididas em ossos, pele, olhos e cartilagens, rim, pulmão, coração, fígado e pâncreas. Os relatórios são disponibilizados conforme a produção de cada departamento. Não há como negar, a linha de produção alcançou os hospitais. Inclusive, as gratificações que são pagas de acordo com a produtividade, na forma de incentivo.

O fato é que os transplantes são passíveis de uma governamentalidade. Foram incorporados pela economia política e, portanto, ao mundo da razão. Não é mais razoável manter indivíduos sem chance de recuperação ocupando leitos de UTI, nem manter indivíduos em tratamentos prolongados e caros entre tantas outras questões consideradas inviáveis economicamente e, então, não razoáveis. Também não é razoável manter um paciente quase morto. Lembrando que o quase passou a fazer sentido após a classificação da morte e a distinção entre paciente com ME e pacientes em estado vegetativo. Mas, como Foucault (2011) alertou, o mundo da razão não é estático e pode ser modificado conforme os interesses e as potencialidades, humanas e tecnológicas. Hoje a classificação da morte é essa, mas amanhã há a possibilidade de se estar diante de novas descobertas científicas que façam sentido para a governamentalidade e que, por isso, possam ser incorporadas e resultarem em mudanças para o mundo razoável.

De acordo com Foucault (2011) o negativo da razão causa a homogeneidade. No mundo dos transplantes esse negativo é representado por questões intrigantes, entre elas, o fato de que uma pessoa com doença mental crônica, como esquizofrenia e transtorno bipolar, não é considerada elegível para um transplante. Portanto, não tem acesso à mesma justiça e à mesma política. Poderia considerar o argumento de que os riscos são maiores por causa da incapacidade de manutenção de si mesmo após o transplante, mas não apresentariam os pacientes terminais risco tão significativo quanto? Pois bem, a resposta pode ser sim, mas

esses pacientes não apenas são elegíveis para transplante como, também, têm prioridade nas listas de espera. Mais uma vez, os excluídos são homogeneizados. Todas as pessoas com doenças mentais de tipo A ou B são consideradas inaptas para passar por um tratamento cirúrgico que envolva o enxerto de um órgão, como se todas essas pessoas tivessem igual incapacidade para o cuidado de si. Vale lembrar que os alcoólatras, quando não considerados inelegíveis, são colocados no final da lista. Poderia dizer que, caso sobre um órgão, talvez esse indivíduo o receba. Como visto em Foucault, esses sujeitos ficam entregues ao lugar da perversão moral e econômica.

Conforme Cunha (2002) e Lobo (2008), o individualismo, considerado à luz da governamentalidade, serve como critério de exclusão ou integração, dependendo do que ele representa socialmente. Mais uma vez a moralização perpassa a vida humana contribuindo para o mesmo, mas agora, o algoz é o próprio sujeito. Na sociedade “meritocrática” a culpa é do indivíduo, mesmo que ele não possa responder por si mesmo (como pode ser o caso de alguns doentes mentais). A culpa também é daquele sujeito que não avisou a família sobre seu desejo de doar os órgãos. Logo, mérito e culpa andam lado a lado, cisão e convergência. Nesse contexto, os razoáveis são livres para decidir, desde que em prol do todo. Os representantes da razão são considerados úteis, enquanto os rotulados sob a não razão são um simples negativo, não servem para a lógica econômica. A crítica de Foucault (1996) sobre a razão se encaixa aqui, pois a razão, ao definir seus limites, cria verdades, as concretiza, diminui e amplia o próprio sujeito, atribui uma ordem heterogênea para depois homogeneizar, mas antes, denuncia os desviantes, aqueles que não cabem nas normas.

O avanço científico que resultou na viabilização dos transplantes de órgãos, essa ruptura nos saberes, ocasionou dualidades e hierarquias, promoveu o reencontro e rompeu com a ordem anterior do que se sabia sobre vida e morte. Fez surgir até uma nova modalidade criminal, o tráfico de órgãos. Uma nova modalidade, mas que incide sob as velhas vítimas, os pobres e as mulheres. Os estudos de Scheper-Hughes (2000; 2001; 2003; 2004; 2014) e Moniruzzaman (2012) relatam que os países pobres são os mais abalados pelo tráfico de órgãos. A partir da tecnologia, novos regimes de poder são instituídos, e as formas de dominação alcançam o impensado, o não admitido ou discutido. É esse o lugar do tráfico, o do esquecimento, o da negação. Nega-se para fazer desaparecer. As pessoas não querem colocar em xeque a sua liberdade, não querem assumir os riscos que o neoliberalismo coloca. Mas é preciso lembrar que nos EUA existe até um movimento em prol da legalização da venda de órgãos, em nome do pleno direito sobre si mesmo.

Como visto em Foucault (2008a), as novas tecnologias de poder recorrem à convergência entre liberdade e dominação, entre individual e coletivo. Notei esse aspecto no problema dos transplantes quando observei a particularidade e universalidade das listas, os direitos dos pacientes que estão nas listas e os deveres dos transplantados. A liberdade para doar um órgão, ou não, e o dever de não o vender. O direito e a escolha quanto ao transplante e a responsabilidade no pós-transplante. A liberdade para não realizar o transplante e a exclusão da lista após cinco negativas. A padronização dos procedimentos e das medicações, dos processos em geral. E a particularização sobre quem pode ou não ser elegível. Podem até ser ambiguidades, mas estão tão coordenadas que as vejo sempre como uma extensão, como uma necessidade.

As aparentes desconexões são os velhos agrupamentos, os não razoáveis podem ser incorporados conforme se tornam importantes para o capital e, na medida em que os interesses individuais se fortalecem, novas racionalidades são postuladas. Para Foucault (2013a) a racionalidade governamental serve à racionalidade econômica e é fundada na exclusão e na diferença. Assim, ao categorizar os grupos, são excluídos todos os que não atendem os requisitos definidos para esse grupo. As listas de transplantes, ao ter definidos os critérios para a elegibilidade, agregam e excluem. Os transplantes estão apoiados em discursos modernos, tecnicistas e progressistas. As possibilidades de “consertar” um indivíduo, no mundo moderno, se dão, em grande parte, pelos avanços tecnológicos e isso é constantemente anunciado. Os transplantes são considerados um avanço, são frutos da modernidade. O sujeito é aplacado por esses discursos ao ponto de ser desconfigurado pela tecnologia. As possibilidades com as quais a ciência acenou para os indivíduos alteram as formas de existência do sujeito. A ciência permite que os indivíduos sejam “consertados”, e isso faz com que a noção dos limites seja constantemente alterada.

No mundo dos transplantes a repressão é atenuada, reformulada. É a vez da dissimulação, presente nos anúncios publicitários, na normalização, nas listas, nas orientações sobre os cuidados com o pós-transplante. As ideias são reformuladas e algumas questões não são levadas em conta a partir dessa reconfiguração. Discursos fundados na emoção, com característica apelativa, comovem os sujeitos, provocam empatia, e, com isso, evitam que algumas questões sejam levantadas, como a ineficiência em alguns processos. Na “prateleira” dos transplantes tem rins, pulmões, fígados, etc. e, do outro lado do “balcão”, estão os indivíduos enquadrados, rotulados pelo discurso. Para atender a essa demanda é preciso convencer os fornecedores e afastá-los a uma distância segura. Lá onde se salvam vidas, onde

se é herói ou vilão. Assim, serão poucos os que vão incomodar, se é que vão, afinal, os “interesses” estão sendo atendidos e as vaidades preservadas.

O modelo médico permite que os processos de vida e morte sejam autenticados. O que o médico disser é o que vale. Até estimativas relativas ao tempo são empenhadas. O ser humano passa a ter data de validade. Ao incorporar interesses e distribuir conteúdo, saberes também são validados, mas somente os que forem interessantes validar. Em meio a esse jogo, sob bandeiras como a da solidariedade, do avanço tecnológico, da autoridade médica, os saberes destoantes são esvaziados de sentido. Assim, a mesma ciência, material para a razão de estado, agora é validada, ou não, a partir dessa razão. Os transplantes, outrora tão estranhos e impensados, ganharam status como avanço tecnológico. A morte encefálica, por sua vez, não deve ser questionada, mesmo que uma ciência paralela (no sentido da governamentalidade) aponte problemas nos protocolos vigentes. Como indica Foucault (2012), passou-se do rigor ao espetáculo. Eu acredito que isso vale para os saberes. Não estou afirmando, contudo, que não haja um mínimo de rigor no estabelecimento do atual protocolo para o diagnóstico de morte encefálica, mas, como argumenta Foucault (2000b), a verdade é construída. E quando uma verdade está fixada sobre um assunto é difícil contestá-la.

Os novos regimes de poder têm a característica de dificultar o seu reconhecimento. Nesse sentido, a gestão dos transplantes é um bom exemplo de estratégia biopolítica. É muito raro encontrar oposições, discordâncias. E, como já discutido, não se pode ser contrário. As máximas devem ser: doe órgãos, o protocolo para o diagnóstico para ME é 100% seguro; o tráfico não existe, e as listas funcionam plenamente. Parece exagero, eu sei, mas está implícito nos discursos, nas campanhas, na negação do CFM em se manifestar sobre a ME em uma discussão sobre a possível insuficiência quanto aos critérios, nas acusações que recebem aqueles que são contrários a doação. Os movimentos em via oposta não são bem-vindos. Promoveriam discussões e a racionalidade que perpassa os sistemas de governo não permite que discussões que gerem dúvidas aconteçam.

As campanhas têm um ar doutrinário, não apenas pelo discurso assumido, de que todos devem doar os órgãos, mas também pelas imagens, tão apelativas. Eu iniciei este estudo pensando que a doação era uma escolha individual, que representava compaixão e solidariedade, mas hoje percebo que raramente o ser humano pensa livremente, há uma tendência em repetir o que é escutado sem, muitas vezes, elaborar o conteúdo transmitido. As novas racionalidades fundam verdades que atuam no nível da legitimação e do convencimento. Mas acreditar que a decisão é particular faz parte da ilusão que, de acordo com Foucault (2008b), é própria da razão. Estabelecida a doutrina, a vigilância não ocorre

mais somente no âmbito das listas. É incutida pela propaganda, pelas “discussões” promovidas pelos órgãos responsáveis, pelos representantes dos órgãos governamentais, pelo CFM e pelos discursos de parte dos médicos.

Desde 1997 (mais veementemente depois de 2001) as pessoas estão em vigilância constante quanto ao que se refere aos transplantes, em sua individualidade e totalidade. Observei que há elementos de um poder pastoral quando o assunto é a doação de órgãos, de forma a conduzir em direção a salvação, por meio da doação, para fortalecer a totalidade. Em nome da fraternidade, são fortalecidas e reificadas as relações de poder. Há, inclusive, uma força que submete as pessoas ao policiamento até mesmo de seu próprio devir. Se mediante a racionalidade o Estado é meio e fim, num universo menor, os transplantes, analisados por essa mesma ótica, também são meio e fim. São meio porque a partir deles se estabeleceram novas verdades, sobre a morte e sobre a vida, sobre a saúde, sobre a cura e o tratamento. São fim porque as verdades são endereçadas a efetivação das cirurgias. As verdades instauradas por essa nova prática possibilitaram a emergência de outras mais ou, ainda, legitimou práticas já recorrentes.

Aos indivíduos com interesses próprios, que ao mesmo tempo estão inseridos em uma população e, que, por sorte, não precisam se submeter a um transplante, restam as populações dos doadores e não doadores. Receptores, doadores, não doadores e indivíduos em lista, todos em suas respectivas populações. Todos sob a vigilância, membros de uma sociedade de controle. Nesse sentido, e procurando avançar um pouco mais nas discussões propostas, dou continuidade às análises me aprofundando um pouco mais nos aspectos da biopolítica como uma estratégia que se apropria da gestão dos transplantes.

## 5.2 OS TRANSPLANTES E A BIOPOLÍTICA

Lembrando o que Foucault (2008a) apontou a apropriação do biológico como uma nova forma para alcançar e manter o poder sobre os indivíduos, vou tomar os transplantes de órgãos como uma estratégia biopolítica. Essa estratégia cobre o sujeito, em sua superfície, do orgânico ao biológico, e do corpo à população, por meio de um jogo duplo das tecnologias de disciplina e regulamentação, como requer a política sobre a vida. O que está em voga, com relação aos transplantes, é o sujeito biológico, que passa a ter sua vida gerida a partir de uma série de normas e prescrições, ficando sob a tutela do Estado, já que no Brasil, o SNT é

gerenciado em seu âmbito. Além de ter o seu organismo submetido às disciplinas, os sujeitos que fazem parte das listas de espera são agrupados e transformados em dado populacional. Como apontado por Foucault (2000a), a norma é o elemento comum entre a disciplina e o biopoder.

No poder disciplinar a norma é direcionada ao corpo, enquanto no biopoder a população é o objetivo. Tanto os transplantados quanto os que aguardam nas listas de espera são submetidos à disciplina. Primeiro por meio das regras que precisam ser cumpridas para se tornarem elegíveis, como não estar debilitado, não ter nenhuma infecção, não ser alcoólatra e não ser acometido por certos tipos de doença mental. Depois, pelas prescrições pós-transplantes, terapias medicamentosas e cuidados diversos. É normalizado enquanto população quanto ao ser inscrito na lista, quando faz parte do grupo de casos mal ou bem-sucedidos, enquanto vive e quando morre (mede-se a durabilidade dos transplantes). Os demais sujeitos, doadores em potencial, também estão sujeitos a esse jogo duplo. Têm que estar em condições apropriadas para a doação, não podendo apresentar infecções, não ter sido acometido por algum tipo de câncer, não ser portador da síndrome de Guillain-Barré, não ser portador do vírus HIV, hepatites B e C, diabetes, epilepsia, doenças autoimunes e sexualmente transmissíveis e, em caso de doadores mortos, ser avaliado de acordo com o protocolo de ME. Mas também são normalizados quanto à sua decisão de doar ou não. No caso de doadores vivos, além de todas as doenças mencionadas, precisa ter mais de 18 anos e ser juridicamente capaz, ter um receptor determinado, ser parente de até quarto grau e, em caso de não parente, ter autorização judicial. Como pode ser observado, há uma população de doadores, ainda que em potencial, que é normalizada.

A norma também implica sobre as táticas para garantir a vida e evitar a morte. Hoje, mais do que nunca, há uma série de prescrições sobre como ter uma vida saudável – ainda que na medicina prevaleça a vertente curativa – e, na esfera dos transplantes, isso não é diferente. Tenho que ser “saudável” para doar e para receber, a fim de tentar garantir certo sucesso no procedimento, garantir algum tempo de vida e, assim, evitar a morte. Há uma vasta legislação sobre o que é ou não permitido em termos de transplantes, a fim de proteger a vida dos sujeitos saudáveis, proibindo, por exemplo, que esse indivíduo comercialize um órgão e comprometa sua saúde. Os pacientes em situações clínicas consideradas inadequadas para o transplante são preservados a fim de evitar a antecipação da morte. Isso mostra como o fazer viver e deixar morrer precisa da norma para ser instrumentalizado. Pois a regulamentação evita as práticas consideradas de risco.



A vida, valorizada conforme a racionalidade econômica precisa ser preservada, desde que isso implique em resultados economicamente positivos em termos de governamentalidade. Pois a questão da desocupação dos leitos de UTI é um bom exemplo de que não há um sentido linear na biopolítica. É a potência de vida do sujeito que define se ele pode morrer ou se deve viver. Um dos critérios de distinção entre ME e estado vegetativo é a irreversibilidade, isto é, a impossibilidade de ter o quadro revertido. Não há mais potência, nem física e nem biológica. É permitido morrer. No mundo indexado à empresa esse processo representa o sentido de utilidade. Por mais que o indivíduo em estado vegetativo tenha mínimas chances de ter o quadro revertido, há alguma possibilidade de que ele retorne e, ainda, não foi construída nenhuma verdade que descarte, completamente, essa expectativa.

Para Rodrigues e Junges (2015) o nivelamento da morte encefálica à morte do organismo é o meio necessário para permitir a doação. Pois facilita a aceitação da sociedade e normaliza a busca e a extração de órgãos de pessoas que ainda tem funções cardíacas. Os autores argumentam que a ME não surgiu sob o âmbito dos transplantes, mas foi essa conexão política que a estabeleceu tal como ela é. E isso também gerou conflitos de interesse uma vez que, novamente, colocam vida e morte lado a lado. A aceitação da ME como uma verdade incorre em não se opor às políticas vigentes e, com isso, instituir problemas que seriam considerados um retrocesso para a prática de transplantes. Mas essa morte estranha representa a materialidade funcional e mesmo quando não há nenhum questionamento sobre sua verdade, ela não soa tão bem se pensada em termos de biopolítica.

Outra característica que pude observar quanto aos transplantes é a não exclusividade do Estado sobre a regulamentação, em especial no caso da ME, em que o Estado divide essa responsabilidade com o CFM e, paralelamente, as normas vão sendo adequadas e instrumentalizadas. Mas pode haver conflito, como no caso da exigência legal quanto à necessidade de haver um médico neurologista ou neurocirurgião para atestar a ME. Enquanto o Estado, representado pelo judiciário, fazia essa exigência, o CFM, por uma questão de classe, insistia que não era necessário nada mais do que o diploma de medicina para que o médico pudesse diagnosticar a ME. Na última movimentação do processo promovido pelo CFM consta que o juiz responsável confirma a exigência pleiteada pelo Estado. A biopolítica é a estratégia que permite e impede e, ao permitir faz incidir o poder positivo, incitando o aumento da potência de quem foi impedido, dando a oportunidade de que novas lutas sejam travadas, mas também que novas táticas sejam desenvolvidas.

Contudo, essa potência que resultada da subjetividade e da capacidade inventiva do sujeito parece desaparecer em algumas situações, nas quais são adotadas táticas que não

deixam espaço para qualquer alteridade. Essa confusão, que ora faz da biopolítica uma estratégia de proteção da vida, ora a constitui como uma política que suprime as formas de vida que são dispensáveis ou perigosas para a sociedade. Para Esposito (2010) esse conflito é o enigma da biopolítica que ele definiu como paradigma da imunidade, segundo o qual as táticas são modificadas de acordo com as prioridades imunitárias. Isso significa que as estratégias podem se adequar conforme o grau de comprometimento da vida e o risco para a população. Partindo dessa acepção, entendo que a institucionalização da ME pode ser considerada uma tática que é utilizada como um agente imunitário, tanto quando indica o doador, como quando é utilizada para legitimar a suspensão de procedimentos de suporte terapêutico. A doação serve a proteção da vida do receptor do órgão e a não doação interrompe o resto de vida que há no corpo biológico do doador perdido, mas com o intuito de liberar recursos que precisam ser utilizados para a manutenção de outras vidas, o que, para Esposito, é uma proteção negativa da vida.

Como apontam Rodrigues e Junges (2015), o transplante é um tratamento para prolongar a vida com mais qualidade e exige cuidados contínuos e que requerem o uso de medicamentos para o resto da vida, substituindo, assim, uma patologia incontrolável por um problema sobre o qual se tem algum controle. Manutenção e controle da vida. É a sobrevida como tema da biopolítica. É a vida biológica sendo estendida e a vida do sujeito monitorada para que ele não se torne um risco para si mesmo. Observam-se, aqui, as táticas usadas para conformar uma sociedade de segurança e normalização, em que a biopolítica está inserida nos cálculos do governo ou o contrário. Os saberes médicos são dispostos como táticas que seguem uma racionalidade de mercado e a população é uma causa preciosa, por isso proteger a maioria é proteger o próprio Estado de possíveis desventuras que pudessem torná-lo frágil economicamente.

Os gastos com os transplantes também são uma forma de economizar vidas e recursos. Essa intervenção Estatal, no sentido de atingir e manter certos limites atribuídos a população, está pautada em escolhas alternativas, como discutido por Foucault (2008a). Essas escolhas, no âmbito dos transplantes, são as decisões tomadas em relação à hierarquização da lista, as escolhas em interromper o suporte artificial para os indivíduos com ME, àquelas que determinam quem pode e quem não pode doar ou receber órgãos. Normalizar, nesse sentido, é escolher uma opção em detrimento de outras. E, obviamente, são levados em conta os mecanismos necessários para garantir a segurança dos fenômenos econômicos, em função do estabelecimento e reprodução do capitalismo, fundado na diferença e na universalidade, simultaneamente. A normalização contribui para a instauração dos regimes de verdade, que,

no caso dos transplantes, podem ser exemplificadas pelo estabelecimento da ME e também pela doação de órgãos como um imperativo para o exercício da solidariedade.

A estruturação utilizada pela governamentalidade para a coordenação dos processos relacionados aos transplantes de órgãos declara a adesão do Estado em relação aos modelos empresariais. O estabelecimento dos fluxos, processos e organogramas hierárquicos (Figuras de 03 a 09), fundado no aparato burocrático, é a assunção de que se deve gerir a vida e a morte num sentido de obter eficiência, presente na racionalidade econômica. A formatação do SNT é construída no sentido de maximizar a produtividade, diminuir as perdas e os custos, e aumentar os resultados, representados pela corrida para o aumento do número de doadores efetivos, transplantes realizados e o aumento do tempo de sobrevivência dos pacientes transplantados.

No cerne da biopolítica, os indivíduos, constituídos em população, têm a sua subjetividade e os processos que lhes são inerentes sob o jugo da racionalidade econômica. Podem ser contabilizados e avaliados em relação ao seu custo-benefício. A cada ano, ao lançar o Registro Brasileiro de Transplantes, a ABTO aponta novos desafios e as possíveis estratégias para a superação dos mesmos. Esse material é um compilado de estatísticas, onde só os números (Quadros 06 a 08) interessam. A linguagem econômica também alcançou os transplantes e termos como meta, acréscimo, decréscimo e taxa são amplamente aplicados nos levantamentos anuais da ABTO, como pode ser observado no recorte abaixo:

Em 2016, a taxa de doadores efetivos cresceu 3,5%, atingindo 14,6 pmp; (acrécimo foi menor que a previsão, revista em 2015, de 15,1 pmp), 3,4% abaixo do objetivo para o ano. Analisando a previsão para as taxas de doação de cada estado, observamos que atingiram ou ultrapassaram a meta para o ano, os três da Região Sul, e também MS, PA, BA, CE e PB e que nenhum estado da Região Sudeste atingiu o objetivo proposto. Portanto, a Região Sul (30,1 pmp) distanciou-se da Sudeste (15,5 pmp), enquanto as regiões Nordeste (9,9 pmp) e Centro Oeste (9,6 pmp) estão próximas. A Região Norte (3,5 pmp), embora crescendo, pois tinha 1,1 doador pmp em 2009, necessita apoio, principalmente para os estados que ainda não efetivaram doadores e não realizaram transplantes de órgãos sólidos (RR, TO e AP). Os estados de maior destaque na procura foram: SC (36,8 pmp), pela taxa semelhante à dos países com melhor desempenho no mundo, e PR (30,9 pmp), pelo rápido crescimento de 42% neste ano. O objetivo para 2017 é atingir a taxa de 16,6 doadores pmp no Brasil (ABTO, 2016b),

As taxas são calculadas tendo como referência o índice pmp (por milhão de população), demonstrando a correlação com a problemática populacional, que é objeto da biopolítica. Esse processo de racionalização dos problemas biológicos do indivíduo enquanto população foi apontado por Foucault (2008a) como o cerne da nova razão de Estado, o neoliberalismo, essa racionalidade econômica chamada mercado. Para o autor, essa nova

razão que orienta o Estado afeta a sociedade em níveis que não pertencem ao mundo econômico, mas que é a base para a governamentalidade neoliberal, que universaliza a economia a todos os setores da vida.

Sob essa nova governamentalidade, que aglutina os fundamentos de individuação e universalidade, as liberdades e os saberes são estimulados e pesquisas são empenhadas em âmbito acadêmico. E algumas também estão incluídas na lógica de mercado, no mais profundo dos sentidos. Os autores visam contribuir para o alcance de melhorias no processo organizacional e produtivo do SNT, tais como a proposta de Pestana et al (2013) quanto à possibilidade de aplicação do sistema *lean* ao processo produtivo relacionado aos transplantes. Ou, ainda, o levantamento sobre a economia – finanças – gerada pela realização de transplantes em substituição aos demais tratamentos, apresentado por Silva et al (2016), cujos resultados podem ser vistos abaixo:

Quadro 14 – Ponto de Equilíbrio e Economia Entre os Transplantes e Outras Terapias Renais

<b>Tipo de Procedimento</b>	<b>Ponto de Equilíbrio</b>
Hemodiálise X Transplante com doador vivo	2 anos e 4 meses
Hemodiálise X Transplante com doador falecido	2 anos e 8 meses
Diálise Peritoneal X Transplante com doador vivo	1 ano e 9 meses
Diálise Peritoneal X Transplante com doador falecido	2 anos
<b>Tipo de Procedimento</b>	<b>Economia por Paciente</b>
Hemodiálise X Transplante com doador vivo	45.600,87
Hemodiálise X Transplante com doador falecido	37.083,63
Diálise Peritoneal X Transplante com doador vivo	82.309,04
Diálise Peritoneal X Transplante com doador falecido	73.791,80
<b>Tipo de Procedimento</b>	<b>Economia Total Para o País</b>
Hemodiálise X Transplante com doador vivo	7,3 bilhões
Hemodiálise X Transplante com doador falecido	5,9 bilhões
Diálise Peritoneal X Transplante com doador vivo	13,2 bilhões
Diálise Peritoneal X Transplante com doador falecido	11,8 bilhões

Adaptado de Silva et al (2016)

Esses valores são referentes à comparação entre os gastos com transplantes e os gastos com as demais terapias renais por um período de quatro anos. O ponto de equilíbrio representa o tempo que levará para que os custos dos transplantes estejam equiparados ao custo médio das demais terapias. E a economia total gerada por um período de 4 anos se refere ao contingente de 100 mil brasileiros que são submetidos às terapias renais substitutivas por ano, a uma taxa de crescimento de 20% ao ano. Esse quadro foi inserido aqui para ilustrar o alcance que a estratégia biopolítica tem em relação ao que não deveria ser pensado em termos de mercado. Os outros valores, apresentados anteriormente, são ilustrativos sobre alguns custos que compõem o tratamento de substituição renal (transplante), tais como medicamentos, procedimentos cirúrgicos, despesas hospitalares e exames. Esses valores foram obtidos através de consulta ao DATASUS, que disponibiliza uma tabela de valores pagos por procedimentos (Quadros 09, 10 e 11).

Pesquisas epidemiológicas (TERRA; COSTA, 2007; FARIAS; MENDONÇA, 2010; MATOS; LUGON, 2010; ALVES et al 2012) têm relacionado os transplantes como a melhor opção para o doente renal. No trabalho realizado por Farias e Mendonça (2009), foram acompanhados 45 pacientes transplantados e 46 em hemodiálise, com o objetivo de medir a diferença na qualidade de vida entre ambos por meio de análise estatística, utilizando os softwares Statistica 6.0 e o SPSS 13.0. Com um escore médio de 15,91 para pacientes transplantados e 12,71 para indivíduos em hemodiálise e uma confiabilidade  $p=0,0001$ , as autoras apontam que

[...] o transplante de órgãos sólidos representa a melhor opção terapêutica, considerando custos e melhoria na QV do paciente. Por essa razão, o transplante renal é o tratamento mais adequado para a IRC, tanto do ponto de vista médico quanto social e econômico (FARIAS e MENDONÇA, 2009, p. 575).

Outros trabalhos (TERRA; COSTA, 2007; ALVES et al, 2012; MENDONÇA et al, 2014) também mencionam as vantagens do tratamento de substituição em relação à diálise. Embora a primeira menção seja em relação à melhora na qualidade de vida do paciente, esses trabalhos indicam o menor custo monetário em relação aos transplantes. Observa-se que a questão custo-benefício está intimamente ligada ao aspecto econômico. Farias e Mendonça (2009), apesar de parecerem mais preocupados em medir a qualidade de vida, também fazem essa correlação. A qualidade de vida aqui parece um instrumento legitimador das práticas de transplantes. Longe de querer questionar qual é, de fato, o melhor procedimento em termos de ganho para o sujeito, o que analiso neste momento é a convergência de interesses e a

legitimação de certos discursos. Pois esse mesmo trabalho traz também a seguinte informação:

[...] complicações crônicas tendem a ser frequentes, com implicações sérias, como a perda ou a disfunção do órgão transplantado em cerca de 40% a 70%, mesmo na sobrevida do paciente (FARIAS e MENDONÇA, 2009, p. 575).

Diante de informações como esta, resta uma dúvida, pois, se o custo-benefício é maior, como 40% a 70% das pessoas transplantadas (rins) perdem a função do órgão ou até ele mesmo? Bem, alguns trabalhos também mostram que a sobrevida global de pacientes em hemodiálise fica entre 16% e 37%. Em relação aos transplantados, Angeles (2009) aponta que o risco de morte aumenta 5% a cada ano de sobrevida e num tempo médio de cinco anos o índice de sobrevivência fica entre 82% e 90%. Se no início do tratamento a taxa de sobrevida é maior para o paciente em diálise, após 5 anos os pacientes transplantados que sobrevivem têm uma expectativa de vida maior. Entretanto, sobre os transplantados, Farias e Mendonça (2009, p. 575) também apontam que:

[...] o fato de sobreviver às vezes por longos períodos não significa "viver bem". Esse problema, tão comum nos nossos dias, tem impulsionado a busca por respostas para as dúvidas sobre os avanços tecnológicos, em que o fato de simplesmente manter o paciente vivo já sana a responsabilidade do profissional no processo saúde/doença.

Observa-se, nesse contexto, que a sobrevida, não importando as condições, é o objetivo das políticas de saúde que se referem aos transplantes. Esse elemento é fundamental em biopolítica, visto que as pessoas são reduzidas à estatística. É o montante que importa e, se isso puder ser conciliado à economia de recursos, melhor ainda. O gerenciamento dos processos relacionados aos transplantes representa uma obra-prima da biopolítica. E, se algo der errado, a culpa é de quem manuseou o produto das cirurgias de substituição, já que:

[...] o uso contínuo dos novos imunossuppressores e o crescente número de cirurgias realizadas, o manuseio clínico desse paciente passou a ser a etapa mais importante para garantir a sobrevida, em longo prazo, dos órgãos transplantados (FARIAS e MENDONÇA, 2009, p. 575).

É interessante notar que a sobrevida aqui está relacionada ao órgão transplantado. O período relacionado ao pós-transplante é como uma fase em que se testa não só a validade do órgão, como também a capacidade de conservação do produto.

A magnitude do problema dos renais crônicos e a importância atribuída a esse tipo de transplante, são de grande significância para o paciente, para sua família e, conseqüentemente, para a sociedade. Devemos, entretanto,

apreender como essa modalidade terapêutica pode afetar a qualidade de vida. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem identificar as áreas de intervenção e planejamento das suas ações e, dessa forma, desenvolver atividades educativas que visem aperfeiçoar os cuidados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes (FARIAS; MENDONÇA, 2009, p. 575).

A importância de citar esse artigo aqui, entre tantos outros lidos e referenciados, reside no fato de que ele alcança diferentes resultados encontrados de forma fragmentada na maioria dos trabalhos. Nele são percebidos elementos que remetem à biopolítica em vários aspectos. A já citada sobrevida, em números registrados, a questão custo-benefício, o problema da qualidade de vida, a angústia de quem espera por um órgão, a questão da tecnologia e do pessoal. Em todos os trabalhos que li sobre o tratamento de substituição renal ou hemodiálise e diálise tive a impressão de que um rim é objeto de desejo entre os pacientes, mesmo entre os que têm boas respostas com as outras formas de tratamento. Eles vivem de um possível devir de retomarem as suas vidas, tal como antes, e têm, em alguns casos, uma ideia quase fantasiosa de que terão uma vida sadia em todos os níveis. Mas, em grupos na internet de pessoas que já receberam o órgão, vi alguns depoimentos como “Não há um único dia que eu não penso sobre quando meu rim transplantado vai desistir (Eu recebi um rim há 8 meses de doador vivo relacionado).”

Outro importante aspecto relacionado ao tratamento pós-transplante e os índices de sobrevida é a situação socioeconômica dos pacientes. Szuster et al. (2012) e Teixeira et al. (2015) apontam que os maiores índices de sobrevida são observados em regiões com maior IDH e região em que o transplantado reside, bem como o seu grau de instrução e renda e as condições familiares. A região onde se concentra a maior taxa de sobrevida é a sudeste e a região norte apresenta os piores índices. Quanto mais pobre a região ou os indivíduos, maiores são os números relacionados ao óbito tanto do pós-transplantado quanto dos pacientes renais que fazem terapias dialíticas. Freitas et al (2014) e Bonfadini et al (2014) apontam que os fatores econômicos influenciam mesmo no processo de constituição da patologia e que a maior parte dos doentes renais em condição terminal são de classes mais carentes, o que, para os autores, pode estar relacionado com as condições alimentares consideradas insatisfatórias.

Como aponta Foucault (2008a), as novas formas de controle que se fazem por meio da biopolítica estão imbricadas no solo econômico. Fruto de um neoliberalismo que restringe os indivíduos mais pobres à sua funcionalidade econômica. Quanto mais longe dos privilégios capitalistas, mais longe de adquirir adequadas condições de saúde, entre tantas outras coisas.

Para Foucault (2008a; 2008b) as economias de mercado são as bases para o surgimento de novas formas de controle em relação aos sujeitos e das populações. Cuidar da vida, ou mesmo da morte em função da sobrevivência, configura uma estratégia biopolítica que viabiliza ou controle de partes distintas da população, por meio de uma segmentação cada vez mais especializada e normalizada.

Dentro do próprio SNT há uma segmentação que, se por um lado parece inevitável, tendo em vista as particulares necessidades dos indivíduos, por outro segue à risca o modelo hierárquico do mundo corporativo. Além disso, considerando as questões socioeconômicas que assolam as diferentes regiões do país, há uma semelhança também em relação às grandes empresas. As centrais demoraram mais tempo para chegar às regiões mais pobres e, mesmo estando presentes em todas elas, estão sujeitas a uma série de restrições em termos de estrutura e tecnologia nas regiões mais carentes. Outra característica mais comum nestas regiões é que o SUS não disponibiliza de leitos suficientes para a realização de transplante e, por isso, a maior parte dos transplantes é realizada em instituições privadas. Tendo em conta que mais de 90% dos procedimentos de transplantes são realizados com recursos do SUS, é interessante pensar como ele gera receita para as instituições privadas. Outra importante finalidade neoliberal é promover saúde econômica para o mercado, nesse caso, ao mercado da saúde privada. Aliás, duplamente, já que os planos de saúde não cobrem os transplantes na maioria dos casos e, ainda assim, têm um número expressivo de adeptos.

Mas a característica biopolítica do Brasil é um tanto confusa, já que ora tem um alcance significativo em relação aos serviços prestados à população, ora se limita às questões de mercado. Há nuances do liberalismo clássico e sombras do neoliberalismo. Não sou capaz de definir qual é a predominância nesse sentido, uma vez que vi as duas correntes impregnadas em diferentes etapas do processo de gestão dos transplantes. Nesse sentido, Foucault (2008a) fornece uma interessante perspectiva ao afirmar que, por meio da biopolítica, a gestão pública pode abdicar das políticas sociais se isso for necessário para a integração do Estado numa política econômica de mercado. Para o autor, esse cálculo econômico define os limites necessários para melhor adequar os regimes de poder. E esse duplo sentido, assistindo à população e ao mercado, na verdade só dissimula a mais conveniente forma de regulação dos processos populacionais, assegurando a vida conforme a economia.

O Estado, agora no mercado, é impactado e beneficiado por ele, já que compartilham da mesma lógica. Além das instituições hospitalares, o SUS também é responsável, financeiramente, pela maior parte da distribuição da medicação imunossupressora, dos procedimentos pós-transplantes e das equipes. É difícil compreender exatamente quem regula



os valores de mercado. Embora os transplantes estejam sob a tutela do Estado, o pagador, a maior parte das instituições que realizam as cirurgias são privadas, mas credenciadas pelo SNT, assim como os profissionais sem, no entanto, haver a necessidade de estabelecer convênio com o SUS. Esses hospitais (empresas) têm uma demanda financiada pelo Estado com a garantia de custeamento governamental, mas não seria plausível que fossem criados leitos no SUS para comportar os transplantes? Difícil saber, talvez isso indique mais uma tática da estratégia de um Estado (neo)liberal, que busca o estabelecimento das empresas privadas e a redução da máquina pública.

Essa presença dos fenômenos capitalistas em todas as esferas da vida social promove um domínio com contornos sutis, fruto das estratégias cada vez mais elaboradas e sofisticadas que colocam tudo em um mesmo plano. A racionalidade econômica está tão emaranhada e impregnada nos mais diversos contextos, que se torna cada vez mais difícil identificar os regimes de poder. Isso faz com que todas as pessoas estejam à sombra da biopolítica e, ao mesmo tempo, contribuindo para que ela se fortaleça, como afirma Pelbert (2007). Para o autor, todas as pessoas estão sujeitas a uma vida de baixa intensidade, à sobrevivência, o que as paralisa em certos sentidos. Nesse sentido, se satisfazem com o que o capital pode oferecer e rebaixam a sua própria existência. É o Estado liberal incrementando as relações de produção capitalista. Vejo tudo isso incrustado no sistema de transplante brasileiro, que está no mercado e para o mercado. As intervenções e manipulações sob sua chancela não estão limitadas ao corpo, mas são positivadas a partir dele. Limitam a humanidade, fazendo regressá-las ao seu primórdio material.

Outro nicho beneficiado pelo Estado, a partir das políticas de transplantes, é o mercado publicitário. Desde 2001 são gastos milhões de reais em campanhas para incentivar a doação de órgãos. Essa data que marca o significativo investimento nesse tipo de publicidade está relacionada ao fato de ser este o ano em que a doação presumida foi extinta. Essa foi uma perda importante para o SNT, pois a doação presumida requeria que o sujeito se manifestasse contrário a doação em seu documento de identidade, como já mencionado aqui. Este fato dificultava um pouco a decisão em não doar os órgãos após a morte. Obviamente esse não é o único motivo para o aumento do número de campanhas e montante investido em publicidade, mas interessantemente, as campanhas eram menos frequentes anteriormente. De qualquer forma, incentivar a doação tem sido uma ação frequente, mas como é possível ver no decorrer desse texto, há outras questões que não têm sido enfrentadas com o mesmo interesse, tais como o investimento em leitos e formação de pessoal no que compete à abordagem das famílias dos doadores potenciais. De acordo com Teixeira e Baêta (2004) muitos órgãos

doados são desperdiçados por causas que dizem respeito à falta de estrutura e lentidão no processo de diagnóstico da ME, comunicação à família e notificação das centrais.

Investir em propaganda parece a melhor tática, uma vez que aumenta o número de órgãos disponibilizados, otimizando a oferta sem aumentar os custos com a estrutura. Outra vez, parece a máxima do fazer mais com menos. Além disso, a publicidade alcança um número maior de pessoas com menor investimento. Como as pessoas são pensadas em termos de população, essa tática tem um efeito mais pulverizado. Outro aspecto é que somente sabem sobre as reais condições sobre a estrutura para a efetivação das cirurgias de transplantes quem trabalha em hospitais credenciados e quem precisa do transplante (e seus familiares), ou seja, um número pequeno se levada em conta toda a população brasileira. Ainda assim, os que conseguem o transplante ficam imensamente agradecidos e contribuem para publicidade, como é possível ver na Figura 25.

A publicidade como forma de alcançar o maior número de adeptos por parte do governo não é uma novidade, mas, no caso dos transplantes, é mesmo uma tática muito eficiente no ponto de vista que considera a biopolítica e suas possibilidades estratégicas. Uma campanha tão específica e com um foco tão abrangente é realmente a evidência do que parece um paradoxo. Esse alcance do individual e coletivo, simultaneamente. Essas propagandas me remetem ao que Foucault (1979) escreveu sobre as pressões que interferem nos movimentos da vida e da história. Para o autor, elas são parte do que constitui a biopolítica, estimulando ações que figuram no arbítrio das cifras, no que chamou de limite da fronteira biológica, no qual a humanidade, enquanto espécie, constitui-se um material político e econômico. Nesse sentido, os saberes são instrumentos de estratificação que alimentam as estratégias biopolíticas a partir dos segmentos designados por ela.

Fundada nos saberes e nas verdades que pretende estabelecer, no âmbito da biopolítica são distribuídas as obrigações no tempo e no espaço. Esse espaço liberal, no qual os humanos, a ciência, as escolas, as empresas e o governo estão no mesmo limiar. O econômico desmantelou as barreiras. Essa ambiguidade medida que agrega para segregar é um mecanismo de controle. A publicidade é uma dessas forças direcionadas à população, que, a partir dos aparelhos de produção e reprodução, restringe e uniformiza. A biopolítica permite transposição de interesses e a redistribuição de verdades criadas a partir desses interesses, constituindo, assim, a linha necessária para a planificação da humanidade. A publicidade, no âmbito dos programas de saúde, muitas vezes reformula os conteúdos que poderiam causar alguma espécie de afrontamento e os utiliza como instrumento, contribuindo para o contínuo

aperfeiçoamento dos regimes de poder. A hegemonia desses aparelhos se faz pelo alcance que têm, alimentando-se das forças dos afrontamentos latentes e das inquietações obscurecidas.

Os apelos publicitários se constituem nesse contexto dos transplantes como instrumentos que respondem às necessidades biopolíticas da forma mais abrangente possível. Os apelos, extremamente chamativos em alguns casos, fazem valer a lógica da doação acima de qualquer coisa. Tiram a responsabilidade do Estado, na mesma medida em que direcionam as energias para o indivíduo, mas sob o argumento do cuidado, da solidariedade. Se pessoas morrem na fila dos transplantes é porque você, cidadão comum, não contribuiu para que isso fosse evitado. A Campanha da ATX – Bahia é talvez a mais impactante e criativa nesse sentido (Figura 26), e inova ao conciliar as temáticas vida e morte ao anunciar a questão da doação na seção de obituários, indicando cada vida que foi perdida por não haver órgãos suficientes no mercado. Cada um dos anúncios do obituário traz uma história sobre alguém que morreu porque não foram doados mais órgãos. Ou seja, a morte anunciada nesse obituário é a do paciente em espera.

Mas, de certa forma, todas as campanhas cumprem o seu papel. Passando por anúncios com crianças que foram salvas porque pessoas doaram os órgãos (Figura 20), até anúncios com latões de lixo ao lado de uma criança (Figura 23), indicando que, ao não doar, os órgãos estão sendo mandados para o lixo, deixando de salvar vidas. As campanhas mostram o quanto eu e você somos egoístas. E elas alcançam os mais variados públicos. Contribuindo, assim, para o gerenciamento das populações, preocupando-se com a sua saúde e bem-estar, a fim de preservar a vida por meio de uma política de policiamento, que se estende à população, uma vez que é policiada e que também polícia os seus iguais. Como já mencionado, táticas como essas se fundam em saberes variados e são eficazes ao coordenar os movimentos centralizando informação, normalizando pelos meios mais variados e dando suporte para as campanhas tidas como orientadoras, mas que são, em suma, uma forma de convencimento da população. É a medicalização e homogeneização das populações por meio das quais o biopoder se instaura sob a espécie humana, partindo do indivíduo para o indivíduo, mas alcançando populações (FOUCAULT, 1979).

Sob a concepção das campanhas, são as pessoas as responsáveis por matar e fazer viver (Figuras 16 e 17). A morte é também fonte de vida e isso é comunicado constantemente em cartazes ou vídeos que mostram que é possível uma continuidade a partir de outra vida. Como na Figura 17, em que Bia vive em FaBIAno ou no vídeo em que o cachorro reconhece o dono morto na pessoa transplantada. Ou, ainda, no cartaz em que consta a frase, “Doe Órgãos! Deixe a sua marca, multiplique vidas.” (Figura 18). Um elemento liberal em

campanhas que “promovem a solidariedade”. Se morrer, a culpa é sua, se viver você é o herói. Afinal é tão simples (Figura 24) dar o que você não usa mais (Figura 15). Esse emaranhado vida-morte-vida é muito bem trabalhado pelas táticas publicitárias. E é a dádiva da biopolítica! Então, como ir contra ela? Através da subjetividade, no micro, talvez. Quanto ao Estado, segue sendo esse veículo que objetiva os regimes de governo nas pessoas e a partir delas. Sob ele são desenvolvidos os novos modos de governar, os dispositivos necessários para isso, os domínios dos corpos e o controle populacional. Essa é a biopolítica, a governamentalidade que fortalece o Estado, absorvendo os interesses e servindo ao capital (FOUCAULT, 1977) ou, como sugere Passos (2008), é o caminho para o governo, entendido como uma tecnologia humana que se articula e dispõe de técnicas específicas do liberalismo para modificar, enriquecer e transformar o governo dos homens, conduzindo a vida do outro sob a presunção de liberdade e do liberalismo econômico.

De acordo com Pruinelli e Kruse (2011), os discursos de mídia (Figura 11) servem ao propósito da governamentalidade impulsionando ações que se autocontrolam, classificam, ordenam e distribuem. A mídia torna a estatística palpável, capaz de reivindicar a vida como objeto de lutas políticas. O que se diz na vida passa a ser, em grande parte, um falso representativo do que é a vida em geral. A vida medida, instrumentalizada, sob o domínio dos cálculos e de procedimentos de poder e saber, que não apenas a controlam, mas modificam os seus processos. A biopolítica parece suprimir o antigo dilema corpo-mente-espírito, já que reduz o humano ocidental a uma espécie viva num mundo vivo. É um corpo material, precisa de condições materiais de existência, tem probabilidades de vida e morte, tem saúde individual e coletiva. E o biológico, tão natural, emerge na política como campo de controle, saberes e possibilidades para as intervenções do poder. Para os autores, os anúncios sobre a importância da doação de órgãos, bem como os discursos jornalísticos fabricam doadores, conduzem e modelam ações, podem ser táticas e podem ser estratégias, dependendo do contexto e do conteúdo. Quando estratégicos, se utilizam de uma teia de táticas em que o simbólico é matéria-prima e produto final. Esses instrumentos intimam os sujeitos e deixam pouca margem para a recusa, porque são dotados de verdades e não doar não é uma opção, já que esta é a coisa certa a fazer.

Todo esse processo elaborado, simbólico e, ao mesmo tempo, objetivado é o que é porque sob a biopolítica o Estado só é se for no plural (FOUCAULT, 2008a). Ou seja, a biopolítica é a assunção do Estado sobre suas fragilidades, sobre sua fluidez. É o fim da crença na soberania. A biopolítica é a nova arma contra a qual se deve lutar. Ela permite produzir benéficos, mas é melhor que não haja ilusão, porque ela também possibilita o

encobrimento e a dissimulação das verdadeiras necessidades, apropriando-se de circunstâncias diversas para reformular as estratégias de governo e novas formas de poder. No caso dos transplantes, é a própria noção de natureza, que é dissimulada, a fim do estabelecimento de uma economia política, sendo o que Foucault (2013a) definiu como a face invisível da ação para desenvolver novas formas de governamentalidade, capaz de concentrar interesses, instituições, procedimentos, análises e cálculos que tornam viáveis o exercício de formas rebuscadas de poder.

A organização dos transplantes no Brasil constitui-se como um misto de objetivismo e simbolismo. Onde tudo é planejado e contribui para as novas tecnologias de governo. A estrutura e o desdobramento hierárquico do SNT (Figura 06) demonstram a organização para estender o alcance das populações por meio de instrumentos que outrora eram de domínio do mercado. E não foi apenas o saber médico que ganhou espaço ao contribuir para o estabelecimento de novas relações de poder. Os saberes da engenharia (Figura 07, 08 e 30), da biologia (Quadros 03, 04 e 05), da medicina (Quadros 03, 04 e 05), da informática (os aparelhos e os sistemas de informação – Figura 29), da mecânica (as máquinas para suporte artificial da vida), da administração (Figuras 08, 09, 28 e 30), da economia (Quadro 14), da pedagogia (em todas as campanhas há um caráter pedagógico de reprodução social e cultural, bem evidente nas Figuras 14 e 16), do direito (Quadro 02), da religião, dos saberes populares e do humor (Figura 21) foram todos incorporados pelo sistema. Todos eles servem de base para a adoção de esquemas contrários a opressão declarada. Embora os discursos busquem retificar saberes e práticas como legítimos ou ilegítimos, eles estão realmente imbricados nas perspectivas de surgirem lutas e reivindicações, demonstram o alerta da governamentalidade em relação às possibilidades de sujeição ou subversão.

Sob a perspectiva da biopolítica também há um prazo de validade. E não, não se trata da finitude inevitável, mas da validade em tempo medido antecipadamente e delimitado em uma data. Tanto para receber os transplantes, quanto para doar (Quadro 12) há o estabelecimento da idade mínima e máxima. Esse requisito está relacionado ao custo-benefício para o paciente e para o Estado. De acordo com Esposito (2010), as prescrições são parte de um tratamento específico da biopolítica em relação à degeneração biológica dos sujeitos, decadência, deterioração e degradação. Para o autor os sujeitos não são nem animais e nem humanos para o propósito da governamentalidade e a biopolítica é o ponto de encontro entre as práticas ideologizadas, a norma biológica e a norma político-jurídica. Os grupos são conceitos burocratizados que visam balizar as práticas sociais em relação a condição biológica

dos sujeitos, que são dispostos quanto à sua forma, condição, expectativa e capacidade de sujeição ou subversão às prescrições (Figura 30).

Como já mencionado, não se trata de um posicionamento estático e a coadunação dos indivíduos para a governamentalidade vai ser readequada a cada vez que esses sujeitos desenvolverem táticas para superar as prescrições e normalizações. A comercialização de órgãos e tecidos é um exemplo de subversão das normas, mas, ao mesmo tempo, tem algo em comum com a biopolítica, pois está pautada nas bases capitalistas. A partir desse tráfico surgiram, inclusive, movimentos em prol da comercialização, hoje ilegal na maior parte do mundo. É quase um contrassenso, subversão que não subverte tanto assim, já que cumpre os mesmos propósitos do liberalismo. Ao traficar órgãos os sujeitos que o fazem também consideram a humanidade como meio e fim, como material, objeto. Cada um é também um número para o traficante, mas as normas agem, nesse sentido, com um caráter imunitário, de tentar coibir o tráfico porque há um risco para a população e para a governamentalidade. Os apelos ao direito de vender um rim, por exemplo, é uma reivindicação que ocorre nos EUA, o berço do neoliberalismo. Por ora, esse movimento parece não ter adeptos suficientes para reorganizar as coisas em relação às regras para a doação de órgãos, mas por lá eles até mesmo nomeiam essa possibilidade. O indivíduo que vender um rim não será um vendedor propriamente dito, ele será um *rewarded donor* e essa ação não será entendida como uma relação comercial, mas como uma *rewarded gifting*. Talvez por lá as coisas sejam mais palatáveis porque a venda de alguns tecidos e a submissão aos testes para a área da farmacologia já acontecem de forma remunerada.

Outra coisa que a comercialização ilegal tem em comum com a biopolítica é que os sujeitos são mensurados conforme suas forças, seu potencial. Onde há mais pobreza a vida vale menos e, como no caso do sistema legalizado, nesse os mais pobres também são mais afetados. Se inicialmente o tráfico de órgãos me parecia inacreditável, por ora ele me parece apenas um fruto da biopolítica, aquilo que não deu muito certo para a governamentalidade, mas que serve muito bem ao capital. Mas foi a partir da biopolítica que essa possibilidade emergiu. Pois ao tratar os indivíduos como números e matéria ela faz amenizar o escândalo da venda de órgãos. Foi a biopolítica a estratégia que delineou a regulamentação, os discursos e o controle e, aos indivíduos, cabe reinventar e criar formas de subversão, quebrando regras e ultrapassando limites. Se, como outrora pensou Foucault (1979) a biopolítica era uma possibilidade de exercer a subjetividade, atualmente ela representa cada vez mais a mudança do autor em relação a sua perspectiva sobre a biopolítica, essa elaborada e sofisticada estratégia em função do neoliberalismo (2008a).

Obviamente não estou colocando o tráfico de órgãos como uma forma de exercício da biopolítica, mas como um produto dela. Vale lembrar, ainda, que, os sujeitos que vendem seus órgãos não podem ser colocados na sacola dos traficantes. Eles são vítimas do liberalismo econômico. São pessoas em condições de precariedade, na maioria dos casos. Os estudos de Scheper-Hughes (2000; 2001; 2003; 2004; 2014) mostram que os países mais pobres são os mais afetados por essa prática. Os sujeitos cooptados pelos traficantes estão comumente em situação de miséria e vender um órgão é uma saída para a sobrevivência (Figura 31). Ironicamente, e de forma cruel, esse mesmo sujeito acaba por piorar ainda mais sua condição de existência. Contudo, as pessoas não devem se enganar e pensar que a comercialização de órgãos acontece apenas longe do alcance da biopolítica, ao contrário, alguns autores (DAVIDSON, 1996; 1998; RIBEIRO, 2004; VELOSO; AGUIAR, 2005; SEGATTO, 2006; SALES; ALENCAR, 2008; BARCELOS, 2009) puderam observar que essa prática ocorre muitas vezes em função da normalização. Como no caso da doação por pessoa que não tem grau de parentesco com o receptor, mas é simulada uma relação e juridicamente viabilizada a efetivação do processo legal. Há, ainda, pessoas que vendem um órgão por ver nisso uma possibilidade de conseguir um dinheiro ao qual ela não teria acesso de outra forma, como o caso dos primos de Recife, que não apenas acharam que a venda foi justa como afirmaram que se sentem parte de um avanço. Os primos ganharam juntos U\$ 16.000,00, conforme depoimento prestado à CPI do Tráfico de Órgãos.

Outro aspecto que beneficia o tráfico é o silêncio em torno desse tipo de crime. O não dizer sobre isso permite o seu avanço na medida em que não se investiga o que não existe e, se ninguém fala, se o discurso não identifica, a prática não é real. Ao menos não no âmbito da biopolítica. Pois, como se sabe, mencionar e admitir o tráfico é desacreditar a política vigente. Isso enfraqueceria as táticas empenhadas no processo dos transplantes e causaria um imenso dano para a governamentalidade. O silenciar também pode estar ligado à questão da imunidade, uma vez que admitir a existência do comércio de órgãos impactaria no número de doações e geraria um déficit muito maior do que o que já existe e isso seria um risco com o qual a estratégia vigente não está programada para lidar, ao menos não por enquanto. Esse silenciamento é parte da sutileza da biopolítica, aperfeiçoada em suas táticas que fazem com que as ações governamentais se potencializem cada vez mais. Mas o neoliberalismo é mesmo assim, supõe uma liberdade inexistente e serve à burguesia que, no caso do tráfico, é quem mantém o esquema. São os clientes, mas não são vistos como algozes, afinal, estavam lutando pela vida. Mas essa classe se apoia nos regimes de poder para manter seus próprios interesses. À burguesia, danem-se os degenerados, eles não servem ao capital. E se o mundo é um

mercado e as pessoas são os produtos, vender um rim não parece estar tão em desacordo com a moralidade.

No mundo moderno, o corpo está sujeito ao biopoder e à biopolítica. Morte e vida estão no mesmo arcabouço e o poder biopolítico sobre a vida, à mercê do Estado, valoriza como bem, sob o domínio da tanatopolítica, esse conjunto de dispositivos que entrelaça medicina e direito por meio de tecnologias da vida ou da morte. Essa morte que agora é também um produto e é preciso legislar sobre ele. A morte agora é dividida. Há tipos de morte, como há tipos de vida. A morte pode ser declarada e, assim, permitir o gerenciamento dos corpos que, de acordo com Rodrigues e Junges (2015), traz em si a ambiguidade da biopolítica que faz morrer e faz viver, fortalece critérios como o de ME, mas também salva vidas a partir desse mesmo elemento. Mesmo assim, para os autores, (bio)ética e biopolítica não se conciliam, já que a biopolítica generaliza e, por isso, descaracteriza o sujeito em sua essência, sendo o que consideram ser a mais extrema e agressiva manifestação da política. Seguem afirmando que o papel da ética, no âmbito da biopolítica, é o da resistência. Mas e os sujeitos, e o cuidar de si? É sobre isso que discorro a seguir.

### 5.3 OS TRANSPLANTES, A BIOPOLÍTICA E O CUIDADO DE SI

Se as lutas potencializam os sujeitos, requerendo novas práticas de governo, os sujeitos, por sua vez, também seguem reescrevendo suas práticas cotidianas. É um constante ir e vir, no qual os indivíduos, remetidos ao liberalismo econômico, seguem elaborando suas condutas a partir dos desdobramentos da biopolítica. As novas formas de pensar sobre si mesmo e construir novas possibilidades, no entanto, estão submetidas à coletividade, em nível macro. No microuniverso, porém, cabe aos sujeitos encontrar possibilidades para sua subjetivação. Para Foucault (2011) é isso que provoca os sujeitos em seus princípios éticos, mobilizando-os para as lutas contra a classificação. Essa busca pela diferenciação é estimulada sob a luz da governamentalidade, que, como já mencionei aqui, incorpora as diferenças e alimenta novas estratégias para que elas se dissipem. Mas, de acordo com o autor, a estética da existência permanece e o sujeito é a fonte para a reformulação de si mesmo. A biopolítica, que nos limita à existência biológica, também exclui a subjetividade à medida que nos classifica e categoriza.



Contudo, no cotidiano, longe dos holofotes biopolíticos, o sujeito talvez tenha alguma possibilidade para se reinventar. Esse processo é o que Foucault (2011) definiu como o cuidado de si ou as práticas de si mesmo. Quando possível, os indivíduos que a desenvolvem amenizam em alguma medida, as técnicas que lhes regram a vida e a morte. Essa mínima liberdade concedida ao sujeito por meio da biopolítica adequam as prescrições à realidade e criam possibilidades dentro de alguns limites. No âmbito dos transplantes os sujeitos são classificados conforme sua patologia, antes e depois de passarem pela cirurgia de implante. No período que antecede os procedimentos cirúrgicos, o indivíduo é inscrito em uma lista conforme a sua necessidade específica e de acordo com os critérios que antecedem sua existência no sistema. Ele precisa cuidar de si de tal forma que a ele não cabe a hipótese de não estar apto a receber o órgão do qual precisa caso ele surja. Seu corpo é sua responsabilidade. Se a cirurgia dá certo foi um sucesso da medicina, se dá errado, a culpa é desse sujeito displicente e da equipe de enfermagem e dos familiares que não fizeram o seu trabalho adequadamente.

Observa-se, aí, que mesmo o cuidado de si pode estar sob a inscrição da biopolítica. Mesmo quando são mencionados os cuidados de prevenção para que as pessoas não desenvolvam patologias que possam lhes empurrar para as filas dos transplantes, nos discursos, aparece a culpa do indivíduo. O indivíduo que não se alimenta adequadamente, aquele que abusa do sal, que não faz exercícios, que se permite viciar em açúcar. Esse indivíduo não sabe cuidar de si. É dele a culpa desse cenário caótico das listas para transplantes. De um lado estão os doadores que não se efetivam, do outro os pacientes que não se adequaram as demandas para um corpo saudável. Nesse contexto, o cuidar de si é a soma dos processos disciplinares destinados ao corpo individual, mas considerados a partir de uma universalização. As prescrições observadas em todo o processo saúde-doença são objetivas e deterministas. Se o sujeito fizer isso ele morre, se não fizer aquilo, também. Cada vez mais as políticas que se ocupam do sujeito biológico têm definido também os seus cuidados sobre si mesmo. Assim, até o campo da subjetividade está impregnado da biopolítica.

Os discursos relatados por sujeitos entrevistados por Arruda e Renovato (2012) mostram a naturalização daquilo que não é natural. Por meio das táticas empenhadas pela biopolítica os indivíduos internalizam uma responsabilidade da qual dependem diuturnamente as suas vidas. Pacientes transplantados trazem relatos interessantes sobre o cuidado que têm que ter em relação ao uso da medicação. Para eles a medicação é a representação da liberdade, uma vez que se sentem libertados das amarras da diálise, que não os permitia viajar e realizar

outras atividades visto a frequência com que precisavam ir até os centros de tratamento. Assim, como apontam os pesquisadores, os medicamentos são incorporados as atividades cotidianas como uma obrigação que tende a ser como uma prática naturalizada. Abaixo apresento um recorte deste trabalho, onde os autores trazem fragmentos dos discursos dos entrevistados, nos quais é evidenciada a obediência assumida por esses pacientes.

Agora eu sei que não deve ficar sem tomar todos os dias. Esse aí é sagrado. [...] tinha o horário desde o hospital. Eu obedeci esse horário até hoje. Tomo todos eles: ciclosporina eu tomo a dose de 75 miligramas diária de manhã. E o myfortic® eu tomo três vezes ao dia de 8 em 8 horas 500 miligramas. O prednisona 7,5, uma vez ao dia e o razilez® 150 uma vez ao dia também. Então, desde o primeiro dia a gente já vem se associando a ele e da melhor forma possível. Eu tomo ele 8 horas da manhã e 8 horas da noite. Então isso já é um hábito. Se eu saio já levo comigo e se eu vejo que é um horário que eu não vou retornar em casa, e se viajo também já vou com toda a medicação. É raro passar um dia ou meio dia sem essa medicação, então, já ficou meio que natural no meu dia a dia (ARRUDA; RENOVATO, 2012, p. 159-160).

O cuidado de si também figura nas estratégias diárias que os indivíduos têm para manter o cumprimento das prescrições. Pois se por um lado eles são bombardeados com os avisos e cobranças quanto à importância do uso correto das medicações, por outro, nem sempre esses sujeitos têm o acesso a essas substâncias de forma satisfatória. Mas os sujeitos conseguem se reorganizar e, por meio das relações estabelecidas a partir das suas experiências como transplantados, esses indivíduos se mantêm no que consideram ser o caminho certo para uma vida mais digna e livre. Nos relatos apresentados por Arruda e Renovato (2012) um dos pacientes afirma que conta com a ajuda de conhecidos que são enfermeiros para conseguir os remédios e procura ter sempre uma caixa a mais porque sempre falta e ele não pode correr o risco de ficar sem. Outro entrevistado conta que deveria tomar três doses diárias de uma medicação específica, mas que não tem conseguido mais do que dois comprimidos por dia, então ele pega uma caixa no estado de origem (Mato Grosso) e outra em São Paulo. E um terceiro sujeito relata que se ficar dois dias sem conseguir a medicação dá um jeito de procurar outro transplantado e pedir emprestado e quando o Estado volta a fornecer ele devolve.

Está aí uma construção de possibilidades que parece escapar à biopolítica, mas é resquício de uma inadequação de suas táticas. Pois um sistema que dispõe de tantos recursos para promover a doação e viabilizar as cirurgias acaba falhando no fornecimento da medicação. Mas tudo bem se a coisa não der certo no período pós-transplante, a culpa é do sujeito que não se cuidou da forma adequada. É aí que o sujeito toma posse de si mesmo e, com as armas que tem, corre em busca de soluções alternativas. Reinventa suas relações e,

assim, cumpre os que precisa ter consigo. Essas práticas caracterizam o que Foucault (2011) aponta como sendo um descolamento necessário da existência individual para a coletiva, já que o conforto da individualização, principalmente nos casos citados acima, traria o desgaste do isolamento, no qual ele ficaria desamparado em relação à medicação. Isso resultaria no que o autor definiu como a aplicação de uma pena do sujeito a si mesmo, por não cumprir as prescrições que possibilitariam a sua vida individual. O isolamento não é uma opção para os transplantados, nem mesmo em relação aos cuidados de si. As prescrições que orientam as ações e requerem obediência reúnem interesses individuais e coletivos, onde a liberdade também é tática da biopolítica.

O contexto dos transplantes faz com que os sujeitos estejam entre o biopoder e o cuidado de si, mas sob o alcance da governamentalidade. Isso limita as possibilidades de resistência porque a sobrevivência por si só já se constitui como um dispositivo normalizador para o sujeito. Sob a perspectiva de Foucault (2014c) isso poderia ser considerado um regime de poder onde há um sentido positivo, em que dominação e subjetivação coabitam o mesmo contexto. Nesse meio dos transplantes os sujeitos são convocados a cuidarem de si e estabelecerem relações que os fortaleça, numa dinâmica que corresponda ao mundo econômico, já que ao submeterem seus corpos aos regimes de saúde são menos perigosos para si mesmos e para a governamentalidade.

Curioso que esse mesmo Estado que não fornece a medicação em quantidade suficiente tem um jornal digital que traz matérias sobre transplantes com alertas do tipo “tudo isso poderia ser evitado se cuidasse do corpo e da saúde preventivamente” ou em um texto intitulado “Não sofra, nem morra antes da hora, monitore sua pressão regularmente (MOISÉS, 2016). Isso é biopolítica. É o que faz do corpo o invólucro natural para as normas, para as diferenças e para a igualdade. O corpo é o insumo e o produto da biopolítica, e o cuidado de si situa-se nas contradições e na naturalização. A origem biológica, a biotecnologia e a possibilidade de consertar o corpo requerem novas formas de pensar a sobre si mesmo. A cena dos transplantes é um exemplo muito evidente de todo esse processo. Quanto ao devir dos sujeitos, mesmo disso a biopolítica se apropria. Na fila para o transplante de rim, por exemplo, os sujeitos sonham e se imaginam após a realização do transplante, fantasiam uma vida até mesmo melhor do que a que tinham antes da doença e o rim novo é uma idealização do devir (TERRA; COSTA, 2007; TERRA et al, 2010).

A vida é então transmutada a partir das técnicas vigentes e o sujeito é levado às novas proposições, novos anseios e desejos que outrora não eram sequer imagináveis por ele. A partir das novas condições de existência o indivíduo se reelabora e cria soluções para sua nova

condição, busca alternativas de sobrevivência dentro de seus limites e, fornece, mesmo que sem querer, subsídios para a economia política. No mundo dos transplantes novas identidades são fixadas. Criam-se novas formas de se pensar os sujeitos e a vida. O próprio indivíduo passa a contabilizar o que tem em termos de vida. Vive a partir do que lhe resta, faz planos em relação às estimativas que lhes foram informadas. Não se chamam mais Fernanda ou Roberto, são sujeitos em lista de espera, são renais, cardíacos, pulmonares, hepáticos. São transplantados, crônicos, terminais. E embora sigam cuidando de si, agora o fazem sob essas denominações, inclusive referindo-se a si mesmos a partir delas.

Atualmente, estão sendo reivindicados aos transplantados os mesmos direitos dados as pessoas portadoras de deficiência. O argumento em torno desse movimento é o de que a pessoa transplantada tem uma deficiência orgânica e as constantes consultas e exames aos quais precisa se submeter o impedem de ter uma vida considerada normal. A solicitação é para que a definição de deficiência, adotada pela Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), incorpore os transplantados e que assim possam ser pensadas políticas públicas que possibilitem a eles a volta ao mercado de trabalho (AVILA, 2016). E assim segue o fluxo das artes de viver, que Foucault (2011) apontou como um movimento construído a partir de práticas racionais e voluntárias que orientam as ações sobre o si e sobre os outros. Novas questões e novas reivindicações dos sujeitos e do mercado.

Nas listas, esse outro segmento do mundo dos transplantes, esse lugar abstrato que reúne indivíduos em condições tidas como semelhantes, também figura a reinvenção cotidiana. As listas também inferem adesão às regras de conduta e à normalização. E há, também, as particularidades que permeiam a vida na lista. No caso dos transplantes de coração e pulmão, por exemplo, é preciso que o tamanho do órgão seja compatível ao tamanho do corpo de quem vai receber o enxerto. Mais uma daquelas especificidades que impedem o adequado acompanhamento do fluxo das listas, ao mesmo tempo em que deixa o doente com a constante preocupação e incerteza sobre a possibilidade real de um dia realizar um transplante. Como pode ser lido no caso publicado pela BBC:

A espera de Duda se torna ainda mais particular por suas peculiaridades: o pulmão precisa ser pequeno, de alguém com até 1,40 m de altura. Para complicar ainda mais seu caso, ela está entre os 6% de pessoas no mundo que tem sangue B+, o que reduz, e muito, as probabilidades de encontrar um doador compatível (BBC, 2016).

O corpo que possibilita também é que obstrui as possibilidades ocasionadas pelo avanço tecnológico. E a prescrição também cabe nos critérios biotecnológicos, classificando ainda mais os sujeitos. Pequenos, médios, homens, mulheres, brancos e negros. É a ciência

reificando as diferenças. A diabete diabetes tipo 2, que pode ocasionar a doença renal terminal, é 4 vezes mais frequente em negros e, por questões de compatibilidade, faltam doadores negros e indígenas para medula óssea (BRASIL, 2001b). Mais uma vez é possível perceber a biopolítica recorrendo a ciência para classificar e distinguir. Tudo bem que as questões científicas sejam de fato relevantes para os procedimentos terapêuticos, mas há sempre algo a se pensar, como o fato de que a parcela mais pobre segue figurando nas zonas mais difíceis. Até os cuidados consigo e as práticas de privação devem ser classificadas, a raça X tem mais tendência a ter a doença Z e a raça Y tem mais chances probabilísticas de desenvolver a doença H. Os sujeitos têm impregnados em si mesmos a problematização constante de sua existência.

Como visto em Foucault (2011), o conduzir de si próprio não escapa às interferências do ambiente social e requer que os sujeitos sejam capazes de pensar sobre si também a partir dos outros, cuidando-se e cuidando do outro. Sua especificidade é a diferença em relação aos demais, é o que o faz parte e sobra. Identificar-se é renunciar e a categorização biológica dos sujeitos acaba dando uma forcinha para o processo de segregação dos indivíduos. E o que os une não é uma questão de solidariedade ou fraternidade, mas de manter-se e apropriar-se daquilo que for importante para a constituição enquanto sujeito. Os regimes de verdade delimitam a vida e organizam a biopolítica, fazendo com que cada indivíduo seja motivo para a problematização. É o que Foucault (2001) descreveu como sendo uma espécie de estética da existência reprodutora de políticas da morte e da vida, da juventude e da velhice da saúde e da doença. Nesse sentido, o cuidado de si, embora forneça alguma capacidade para a autorreinvenção, não é a oposição à biopolítica, já que pode ser tomado por ela. Esse aspecto é percebido no âmbito dos transplantes quando os sujeitos reinventam o que não está prescrito (a falta da medicação imunossupressora, por exemplo) para atender à prescrição.

Em um estudo realizado por Sousa et al (2012) foi abordado o tema “cuidado de si” em transplantados de córnea. Os levantamentos dos autores revelaram que os indivíduos assumem uma significativa transformação em relação aos cuidados que tinham consigo mesmos antes e depois do transplante. Os entrevistados relataram que antes do adoecimento dos olhos não tinham uma preocupação significativa em relação à própria saúde e, embora se cuidassem em aspectos gerais, não mantinham qualquer cuidado específico com os olhos e a visão. Após o transplante, no entanto, os entrevistados disseram que cuidavam e valorizavam os novos olhos, pois não queriam perdê-los novamente. Os autores concluíram, então, que o cuidado de si no contexto pós-transplante passa pela reconstrução de concepções sobre saúde e da própria percepção de si mesmo e do que é cuidar de si. O transplante desperta o que os

autores chamaram de uma consciência sobre a influência dos hábitos pessoais em relação à saúde e o bem-estar. Para eles o cuidado é uma atitude inerente ao ser humano e não o exercitar é fonte de preocupação com o senso de responsabilidade com o outro e consigo mesmo. Longe de concordar ou discordar dos autores, é disso que se alimenta a biopolítica no que compete ao cuidar de si. O biopoder faz dessa postura estética, que é fonte de subjetivação para os sujeitos, mais um material que servirá ou será impactado pelas táticas de governo.

A arte de viver não escapa aos códigos e às prescrições e está repleta de singularidades caras à biopolítica que, por meio das táticas que empenha, alcança a fluidez necessária para a governamentalidade no mundo moderno. Ao definir o que é certo, o que é melhor para a saúde dos sujeitos, as políticas públicas alcançam as populações e satisfazem, por meio da estética da vida, os interesses econômicos da sociedade. Sob o espaço da biopolítica o cuidado de si perde a sua condição subjetiva e ganha contornos utilitaristas, nos quais a noção de saúde está de acordo com as práticas neoliberais. Afinal, nesse mundo economicamente constituído o sujeito é meio, é recurso. Precisa ser conservado para que tenha uma longa vida produtiva. Ao adequarem os seus corpos aos padrões científicos que determinam o que é e o que não é saúde as pessoas estão, como aponta Pelbart (2007), promovendo a longevidade e o equilíbrio necessário ao capital, que vive do consumo e no consumo, que adequa as normas da cultura e faz da vida um espetáculo, no qual o cuidado deve obedecer a uma espécie de bioascese pela qual se firma a estética da existência, em que é sumário conservar e manter o corpo material. Assim, como diz Foucault (2013c), o aperfeiçoamento de si mesmo acaba por consumir a existência e empobrecer a arte de viver.

No caso dos transplantes, o processo de reformulação da vida humana é, por si só, a materialidade à disposição da governamentalidade. O cuidado de si e as experiências individuais são organizados em função do mundo exterior, perpassado pelo biopoder. Os transplantes inscrevem nos sujeitos a política em sua excelência. E as práticas do si mesmo, mais do que em muitas esferas da sociedade, nesse contexto, servem aos regimes de poder como pilar para as táticas sobre a existência. Os transplantados, para cuidarem de si mesmos precisam conhecer, aperfeiçoar e transformar sua própria vida a partir do mundo exterior, sendo capaz de apreender sua nova condição de vida e caminhar para a obediência ou transgressão das normas. Se para transgredir, como diz Foucault (2008b; 2010), é preciso se colocar em prova, então os transplantes são a máxima representação das possibilidades de transgressão. Onde aquilo que é necessário para se manter a própria vida supera as normas e

os padrões moralizantes. Prova disso é a existência do tráfico de órgãos, que serve e é mantido pelos sujeitos que transgridem em prol de si mesmos, de sua permanência no mundo.

Contudo, o cuidado de si também se tornou interessante para a governamentalidade e por meio da biopolítica, as táticas disciplinares, dissimuladas, alcançam os sujeitos também nesse nível. Tão pertencente ao íntimo, o cuidado de si torna-se estratégia para a biopolítica. Há uma sensação de confusão ao pensar que é a chance de alguma liberdade real e lugar para a experiência subjetiva, ao mesmo tempo em que serve ao biopoder como fonte de reformulação e foco de táticas que vão novamente mitigar os sujeitos. Em relação aos transplantes, o cuidado de si está para a biopolítica como a biopolítica está para a governamentalidade.

A seguir faço minhas últimas análises sobre a complexidade que envolve os transplantes de órgãos e as práticas relacionadas a essa mudança que é, ao mesmo tempo, fruto da biotecnologia, dos saberes e campo fértil para o exercício da biopolítica.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que a sociedade moderna convencionou considerar como avanço, principalmente no sentido de tentar evitar a morte ao máximo possível, as técnicas e as descobertas que viabilizaram os transplantes são, sem dúvida, parte de um avanço biotecnológico fundado na constante negação quanto à finitude. Não é por acaso que esta tese faz parte de um projeto sobre a morte, já que a morte, tão imbricada na vida, é o fio condutor para que seja possível alcançar alguma compreensão sobre os processos de transplantes, o que aqui se fez sob a perspectiva da biopolítica. No começo deste trabalho eu queria entender o tráfico de órgãos para transplantes e, como mencionei algumas vezes, as minhas pesquisas me levaram a outros caminhos.

Essa nova direção que precisei tomar foi orientada pelo objetivo de desvelar os elementos que conciliam a biopolítica em torno dos temas relacionados aos transplantes de órgãos no Brasil. Para isso, busquei: *a)* contextualizar a questão dos transplantes, e as possibilidades tecnológicas e legais que essa inovação científica incita na sociedade; *b)* apresentar os pressupostos teóricos que orientariam a pesquisa, trazendo conceitos e explicações que orientaram o curso desse trabalho, isto é, sobre a biopolítica, trabalhada em Foucault; *c)* coletar e analisar materiais que continham informações sobre o tema, tais como a mídia impressa e eletrônica, processos judiciais outras formas de comunicação registrada, ou não, que pudesse contribuir para o desvelar proposto; e, *d)* construir um *corpus* de conhecimento para a área dos estudos organizacionais no que compete a gestão dos transplantes no Brasil.

Ao tentar contextualizar os transplantes de órgãos busquei informações que me colocassem a par do que esse tema representou ao longo dos anos. Com base nos materiais que encontrei percebi que embora seja recente a prática dos transplantes, o tema já acompanha a sociedade há muito tempo, começando pelos registros de implantes dentários feitos ainda na era pré-colombiana até a efetivação das práticas tais como são realizadas hoje. Desde o primeiro registro encontrado, até os dias atuais, são mais de 4.000 anos de história, perpassada pela incansável tentativa de driblar a condição limitada à matéria e à sua finitude. Encontrei informações sobre tentativas concretas para compensar alguma perda do organismo e também algumas lendas em torno do tema.

Já nos últimos dois séculos foram empreitadas tentativas mais próximas ao que se tem hoje e no século XX, em especial, foram alcançados os maiores avanços, os que permitiram



que os transplantados tivessem, de fato, um aumento em sua sobrevida. E não foram apenas os avanços nas técnicas cirúrgicas que mudaram o *status* dos transplantes, mas também os avanços farmacológicos e da física. Embora já tivesse ocorrido um implante ósseo bem-sucedido ainda no ano de 1880, somente em 1936 foi realizado o primeiro transplante (de rim). E foi só na década de 1960 que os transplantes possibilitaram aos transplantados uma sobrevida que pudesse ser contada em anos. Desde então, os avanços biotecnológicos são constantes e o palco em que figuram os transplantes ainda segue em construção.

Das preocupações científicas, os transplantes passaram a ser, também, objeto para o direito. Realizar um transplante não implica somente em pegar um órgão aqui e colocá-lo ali. Não se trata de aproveitar uma parte de alguém que está morto em alguém que está vivo. Cada cirurgia de transplante implica em morte ou risco de morte. E até aí, parece tudo muito simples, afinal a pessoa já está morta mesmo, então qual é o problema? Pois bem, o conceito de morte foi modificado e com o advento dos transplantes a morte encefálica ganhou o *status* de morte definitiva. Outro aspecto problemático aos olhos do direito são as cirurgias para transplante intervivos. No âmbito do direito o tema ganhou grandes proporções e as discussões permanecem, seja no que se refere à morte ou a doação, aliás, essa segunda concentra as maiores preocupações.

O indivíduo que doa, no caso dos transplantes *post mortem*, é o indivíduo que não tem mais direito, já que esse cessou com a sua morte e, então, quem doa é a família, herdeira por direito. Família esta que está em luto. Já o indivíduo que doa para os transplantes intervivos não tem o direito de decidir por si só se pode ou não se desfazer de um rim ou de parte do fígado. Afinal, também se coloca em risco ao optar por fazê-lo. Mas o direito regulamentou essa prática indicando quem poderia ou não doar um órgão em vida. Entretanto, o direito não pôde sozinho dar conta de regular a morte, e foi aí que a medicina precisou assumir, também, a responsabilidade para normalizar, o que, no caso do Brasil, está sob o jugo do CFM, que determina o protocolo mínimo para o diagnóstico de ME. Isso mesmo, descobri que a morte, agora, também pode ser diagnosticada como uma patologia qualquer. Essa complexidade envolvendo a biotecnologia, a medicina, o direito e o governo – pois é esse último quem legisla – gerou uma demanda muito especial.

Os doentes do coração, dos rins, dos pulmões, do pâncreas, do fígado, e de qualquer patologia para a qual possa ser indicado o transplante como tratamento, não entram mais na fila para a morte. Agora eles têm uma lista de espera para confortá-los. Não são todos os que estão nessa condição que chegarão a realizar um transplante, mas essa possibilidade, ao mesmo tempo em que assusta e põe medo, possibilita o sonho de um dia recuperar alguma

saúde e a vida. Essa evolução dos transplantes transformou a forma de ver a vida e a morte. Arrisco dizer que talvez os transplantes representem um arquétipo entre o que era a vida antes e o que ela é hoje, em termos de saúde e morte.

O caso específico dos transplantes intervivos ainda tem um problema a mais. O sujeito que espera por um órgão que pode ser doado por um indivíduo vivo, além de sentir na pele o peso da doença, pode, em muitos casos, sentir, também, o peso da responsabilidade em colocar alguém de seu convívio em risco para salvar a própria vida, ou, ainda, sentir a falta de empatia caso ninguém à sua vontade manifeste a vontade de lhe ajudar. E ainda têm os transplantados que se sentem culpados por não se sentirem bem com o órgão novo. Em minhas aventuras atrás de informação sobre transplantes me deparei com uma blogueira que fez o transplante renal e que afirma não levantar mais a bandeira dos transplantes porque se pudesse voltar atrás, não o faria. Mas essa situação é muito específica para os casos renais, visto que, mesmo a diálise sendo um tratamento sofrido, ainda assim é uma opção em relação aos transplantes, o que não ocorre nos casos dos doentes cardíacos, hepáticos e pulmonares, por exemplo. Em meio a isso tudo, percebi que uma coisa era certa, as relações sociais foram sendo modificadas a partir dos avanços biotecnológicos.

Depois de imergir nesse contexto, eu precisava de uma teoria que me permitisse analisar a problemática com a qual me deparava. A partir da vivência no doutorado e sob a orientação do Professor Carrieri optei por recorrer aos trabalhos de Foucault, mais especificamente ao conteúdo dos seus livros “Vigiar e Punir”, “A Vontade de Saber”, “Em Defesa da Sociedade”, “Segurança, Território e População” e “Nascimento da Biopolítica”, todos eles trabalhados em disciplinas que cursei no decorrer do processo de doutoramento. Somente ao final desse trabalho eu entendi qual seria a contribuição Foucaultiana para as minhas análises., pois o tema transplantes de órgãos é repleto de possibilidades enquanto ainda não se conhece o que há por trás da gestão e das campanhas que ocorrem sob essa bandeira. Mas, quando terminei – ainda que considere que só fiz esboçar parte do que é esse universo – de tentar organizar o que coletei sobre os transplantes de órgãos, conclui que ele só era o que era porque estava pautado em uma política da vida. Soube, então, que era esse o suporte teórico sobre o qual me valeria.

Assim, seguindo as orientações que recebi durante a defesa do projeto de tese para ficar apenas com uma perspectiva de análise, optei por lançar um olhar embasado no conceito de biopolítica. Li novamente o livro “Nascimento da Biopolítica” e, ainda assim, não compreendi exatamente o que ela era. Decidi então tentar compreender qual foi o trajeto do autor e me deparei com trabalhos que me orientaram nesse sentido. Pude compreender que

primeiro era necessário saber que a biopolítica é fruto do que se tornou a governamentalidade. Quando Foucault diz que vai falar sobre a biopolítica, nos anos de 1978 e 1979, ele já o tinha feito anteriormente, mas num percurso construtivo para o conceito que ele ampliou. O autor buscou explicar por que os governos passaram a se interessar pela vida sob um novo viés. Contextualizou a mudança da razão de Estado, agora permeado pela congruência neoliberal. Mas para isso era preciso compreender antes o que é o neoliberalismo. Isso só seria possível se fosse entendido primeiro o liberalismo.

Ao final dos estudos que empreitei no sentido de alcançar o que o autor pretendeu construir sobre o conceito de biopolítica tive a noção de que ela é produto do capitalismo que se expandiu para as esferas do Estado. Em síntese, o autor partiu do entendimento do liberalismo como um movimento de resposta aos excessos de governo e que tinha como propósito a redução da máquina pública sem, contudo, excluir do Estado as responsabilidades fundamentais em torno da segurança, da saúde e da estrutura. Ademais, embora pautado nas fundações capitalistas, os governos, na perspectiva liberal, consideraram que aquilo que era do social, deveria permanecer no social. Em outras palavras, os liberais não pretendiam alcançar a vida privada ou a vida em espécie dos indivíduos, ao menos não enquanto houvesse uma estratégia declarada.

Ao desenvolverem o seu próprio conceito de liberalismo, os norte-americanos acrescentaram ao ideal clássico a ideia de darwinismo social. Sob essa perspectiva, a racionalidade capitalista alcança todas as nuances da vida. E se o Estado também serve a essa mesma lógica, em nome de uma governamentalidade (arte de governar), ele precisa, outrossim, alcançar essas mesmas esferas. A estratégia para fazê-lo constitui-se como biopolítica e agrega saúde, doença, vida e morte e tudo o que decorre desses e para esses fenômenos. Abrande os indivíduos em seu estado material e segmentado em populações. A biopolítica serve à racionalidade atual do Estado, econômica e instrumentalista, e veicula táticas que alcançam os sujeitos e os coopta para instituir novos regimes de poder. A biopolítica alcança a dominação pela adesão, partindo da presunção da liberdade e fortalecendo a racionalidade econômica. É estratégia que se pauta na sobrevivência, na segurança e no controle das populações, burocratiza a vida e a morte e as transforma em dados (FOUCAULT, 1979; 2000a; 2008a; 2008b).

Ao organizar as minhas percepções sobre a biopolítica trabalhada em Foucault (1979; 2008a; 2008b) retomei as análises sobre os transplantes e procurei identificar as táticas para segmentar as populações sob esse prisma, bem como a apropriação da vida cotidiana a partir das táticas empenhadas. Compreendi que os transplantes envolvem complexidades imbricadas

no que é a nova razão do Estado. A burocratização do processo de gestão do SNT, a normalização de tudo o que se refere aos transplantes e à doação de órgãos, bem como as práticas de saúde pelas equipes profissionais e pelos sujeitos correspondem ao ideal biopolítico. A vida indexada ao modelo empresarial ganhou contornos produtivistas, mas não mais simplesmente em relação à ação, e sim à sua condição de espécie. Cada um é um número que compõe as estatísticas, elemento fundamental para a biopolítica, pautada em estudos epidemiológicos e amostragens. A biopolítica é, também, a economia da vida, que também está no âmbito do “fazer mais com menos”.

Nesse sentido, os transplantes me mostraram que a vida está, sim, a mercê de uma governamentalidade. Mas, embora vários aspectos da biopolítica brasileira aplicada aos transplantes demonstrem uma ligação muito próxima com o neoliberalismo, observei que há também elementos do liberalismo clássico. A gestão dos transplantes no Brasil é neoliberal no sentido dos investimentos no mercado, na computação da vida em números e na responsabilização dos sujeitos, mas ainda financia os sistemas de saúde, mesmo que isso signifique financiar as empresas de saúde. Outro aspecto que considerei relevante foram as campanhas em prol da doação de órgãos. Questões profundas como o sentimento de solidariedade e empatia são apropriados pela biopolítica e devolvidos como táticas de cooptação dos sujeitos para servirem a lógica governamental. O foco nas doações não seria um problema se ele não dissimulasse outros problemas, tais como as condições estruturais e a falta de investimentos em qualificação e informação do pessoal de saúde, ou, ainda, como consequência disso, o desperdício de órgãos doados.

A biopolítica requer uma regulamentação que não está mais sob a exclusividade do Estado e do direito, e sobre os transplantes isso é evidente na medida em que o CFM é quem regulamenta parte do que é ou não considerado correto e legal. Medicina e direito estão a cargo da nova razão de estado, mas o saber médico se fortalece a medida que ultrapassa a técnica e se estende à normalização. As pessoas que figuram no mundo dos transplantes são reduzidas às categorizações. Elas compõem os grupos dos doentes renais, dos doentes cardíacos, dos doentes hepáticos e assim por diante. São grupos que ainda são separados conforme a fase em que estão, transplantados ou em lista de espera. As listas também tornam a classificar e reificar e as orientações pós-transplantes permitem a apropriação dos cuidados de si para que continuem incidindo sobre os sujeitos os regimes de poder.

A biopolítica dos transplantes parte do sujeito e volta para ele. Parte de suas necessidades ocasionadas pela doença e por suas condições particulares, coaduna-os em populações e lhes devolve a lógica sob a qual devem seguir. E o que parece escapar à

biopolítica, como o tráfico de órgãos, é, na verdade, fruto dela. É a forma como se gerencia os processos de transplantes que permite os desvios, sejam eles a torção nas listas de espera ou a compra e venda de órgãos. Até as táticas dos sujeitos que lutam para manterem-se sob as prescrições, tidas como condicionantes da sobrevivência, obedecem à ordem biopolítica, beneficiando a governamentalidade no sentido de permitir que se faça menos alcançando mais. Por fim, os aparelhos de mídia, os discursos e as mais variadas formas de disciplinar os sujeitos cumprem bem o papel como tática biopolítica que, para seguir no projeto de economicização do humano, requer disciplina e regulamentação. A disciplina incide sobre o sujeito e a norma sobre as populações. No âmbito dos transplantes a disciplina está relacionada ao cuidado de si e as normas sobre todos aqueles que, de alguma forma, coabitem algum grupo populacional segmentado a luz da biopolítica, isto é, todos os doadores (efetivos ou potenciais), receptores (em lista ou transplantados) e profissionais.

Quanto à construção de um *corpus* de conhecimento para a área de Estudos Organizacionais, espero ter contribuído no sentido de possibilitar o alcance de algumas questões intrínsecas ao mundo dos transplantes. Embora já existam trabalhos voltados para a proposta de melhoria na gestão dos transplantes (PESTANA et al, 2013; SANTOS et al, 2016), o que pretendi realizar não ocorre no mesmo sentido. A ideia aqui foi a de colaborar com um olhar crítico sobre uma prática atual, complexa e fértil para a pesquisa. A qual tem se apropriado dos conhecimentos da área da Administração sem que os estudiosos da área tenham participação dos processos de gestão empenhados nesse segmento da área da saúde. Tentei, ainda, responder ao que considero um compromisso político, sob o qual é preciso denunciar, fazer ver e incutir discussão e reflexão. Espero ainda ter clarificado a semelhança que o tema estudado tem em relação ao mercado, quanto às regras, à lógica econômica, à segmentação, à produtividade, às metas, à publicidade e aos objetivos. Aliás, espero ter esclarecido que é a recorrência desses aspectos que tornam os transplantes passíveis de estar sob a estratégia biopolítica, que se faz para um governar que indexa a vida e os indivíduos às regras da empresa.

Como em outros contextos, as práticas estudadas revelaram a disseminação de modelos capitalistas e, por isso, excludentes. Cooptam e transformam em vítima aqueles com maiores dificuldades de acesso aos recursos econômicos. Como visto nos trabalhos estudados, os mais impactados no mundo dos transplantes são os menos abastados economicamente, tanto em relação às possibilidades de sobrevivência quanto no que se refere à venda de órgãos. No contexto dos transplantes, a vulnerabilidade dos sujeitos dominados pela lógica vigente não é de interesse do mercado e, como já citei, a ética e biopolítica são incompatíveis. Optei por

fazer esta tese por acreditar que o olhar exclusivo sobre os modelos de gestão faz eximir as responsabilidades que cabem a vocês e a mim enquanto sujeitos pesquisadores e professores. Talvez nem sempre seja possível, mas me sinto na obrigação de contribuir para um pensar crítico e, considero que essa tese possa ser frutífera nesse sentido.

Compreendi que elementos como o trabalho e emprego, a geração de riquezas e a eficiência das organizações perpassam a prática dos transplantes. Os impactos sociais das políticas públicas que se apropriam da realidade cotidiana daqueles que habitam os espaços categorizados pela política afetam a sociedade de forma severa e leva os indivíduos – na ânsia por satisfazerem suas necessidades – a adotarem atitudes extremas, como no caso do tráfico, que, de alguma forma, afeta e é afetado pela economia. Conforme indicado anteriormente, o olhar à luz da biopolítica revela uma realidade em que as relações econômicas se sobrepõem aos aspectos mais particulares dos sujeitos. É nesse sentido que os pesquisadores da área de Estudos Organizacionais devem se atentar às questões fundadas no desenvolvimento de melhores condições de trabalho e distribuição de riquezas, auxiliando nos processos de gestão e colaborando com investigações que denunciem as reais condições econômicas da população.

Ao propor uma contribuição a partir de um olhar mais amplo sobre as dinâmicas que perpassam o mundo social, considero que as organizações são como reflexos dos processos psíquicos e intrapsíquicos dos indivíduos, que projetam suas angústias e anseios nas organizações das quais fazem parte, da mesma forma como são impingidos por elas. Nesse sentido, considero que as práticas dos sujeitos são medidas conforme a potência do sujeito, testada a cada vez que um novo regime de poder é lançado sobre ele. A diferença que percebo na biopolítica em relação às outras estratégias governamentais é a capacidade de se apropriar tanto da docilidade quanto da resistência dos sujeitos. Assim, orientada pela perspectiva foucaultiana, tentei ir além de uma crítica sobre ideologia, acreditando na possibilidade de ampliação da compreensão da realidade, perpassada e construída cotidianamente sob a espiral indivíduo-sociedade-indivíduo.

A intenção em dar lugar às reflexões críticas me fez compreender que a governamentalidade, por meio da biopolítica, é a reificação da nova racionalidade do Estado, que agora concilia liberdade e subversão com disciplina e normalização. É essa a estratégia que demarca com clareza as mudanças nas formas do poder. Olhar para a Administração sob esse aspecto pode ser interessante no sentido que possibilita um maior alcance para os estudos que tem como objetivo compreender o universo em que se concretizam as mais variadas formas organizacionais, buscando apreender a complexidade e a transposição das

práticas governamentais e individuais, colocando em suspenso, questões como a instrumentalidade, a normalidade, a subjetividade e a universalidade.

Especificamente sobre o comércio ilegal de órgãos, viabilizado pela nova lógica governamental, entendo que a contribuição ocorre porque traz à tona a necessidade de olhar para práticas veladas, inadmitidas como reais, que figuram um mercado intrinsecamente ligado às questões econômicas. Percebo que o mundo ordenado pelo nexos econômico ultrapassa as organizações formais e que práticas ainda não discutidas pela administração poderiam proporcionar novos conhecimentos e novas possibilidades no âmbito dos Estudos Organizacionais. O comércio de órgãos humanos está intimamente ligado aos problemas gerados a partir do estabelecimento do capital. Está diretamente relacionado à pobreza e à má distribuição de renda. No mais, a questão dos transplantes perpassa todos os níveis da sociedade, uma vez que alcança a todos os seres vivos, doadores em potencial e, por que não, receptores em potencial. Nesse universo circulam saberes e verdades que merecem ser conhecidas porque interferem nas práticas da vida ordinária.

Ao final desse trabalho compreendi que dominação e subversão se desenvolvem lado a lado. Uma está atrelada a outra e, as sofisticações dos regimes de poder não permitem, que, muitas vezes seja compreendido o alcance do poder na vida das pessoas. Entendi que o liberalismo, em especial o neoliberalismo, afastou os indivíduos das lutas a partir do momento que incorporou as necessidades e as colocou a favor deles em certas situações, mas sempre objetivando a estabilidade econômica. Tentei, ao longo desse percurso, enxergar possibilidades concretas de subversão, bem como quis acreditar que há ainda muito espaço para a subjetividade e para a construção de si mesmo. Mas não posso afirmar que estou certa sobre isso. Acredito que as pessoas têm escolhas, que não conhecem todas as possibilidades porque, assim como eu, são impedidas sem nem sequer se dar conta disso. Dentro do microuniverso é possível alguma alteridade subjetiva, sempre é. Mas está cada vez mais difícil superar os enlaces submetidos em nome de um bem comum, que de comum só tem o capital, e que de bem não tem nada. Ao menos não nos moldes atuais. Assim, posso concluir que minha tese se confirmou, pois, no mundo dos transplantes a biopolítica não se limitou ao controle da vida e da morte, mas se estendeu à vida econômica, ao mercado no sentido mais comum da palavra. Os procedimentos relacionados aos transplantes e o que deles decorre obedecem a uma lógica produtivista e, portanto, mercantilista.

Não vislumbro, em curto prazo, uma abertura para a reinvenção em amplitude, enquanto sociedade, mas acredito na crítica, no fazer diário, na coletividade real e concreta e não na segmentação estatística. É no coletivo que vejo alguma possibilidade. E como aponta

Esposito (2010), é a vida que sempre leva as pessoas a superarem os obstáculos que se oponham a sua continuidade, é ela que as coloca em movimento para o constante exercício de ir além de delas mesmas e dos outros. Apesar das forças que as assaltam, a vida não tolera limites e está em constante sobrepujamento. Ela permite transgredir, elaborar e reelaborar tudo o que lhe impuser perigo. Isto posto, nada é irrevogável ou acabado. Como a vida, tudo está em suspenso e creio que as pessoas não sejam dominadas, mas que apenas estejam assim por algum tempo.

E como a vida é um incessante ir e vir, tudo o que dela decorre não poderia ser diferente. E este trabalho está sob esta perspectiva. É um trabalho inacabado, incompleto porque não alcança todas as possibilidades que o tema consente. Os limites dessa pesquisa são muitos, a começar pelo fato de que acabou ganhando um feitiço exploratório. Em mim, tudo aqui se instalou como uma novidade, o que me encantou, mas também me impossibilitou desenvolver algumas discussões que pretendia. Queria ter percorrido mais cuidadosamente a cena do tráfico, como também gostaria de ter tido a oportunidade de realizar uma etnografia com os sujeitos em fila de espera, com os transplantados e até com os seus familiares. Adoraria, ainda, investigar mais a fundo o cotidiano dos profissionais que trabalham com os transplantes, tais como as equipes de enfermagem, os cirurgiões, os intensivistas e os neurologistas.

Também gostaria de realizar entrevistas com familiares de pessoas que tiveram os órgãos doados, pessoas que pretendem doar seus órgãos após a morte, pessoas que doaram um órgão em vida e pessoas contrárias a doação. Apreciaria fazer uma pesquisa completa sobre os anúncios e os demais discursos veiculados na mídia. Por fim, teria sido interessante um estudo sobre a bioética. Contudo, essas arestas apontadas aqui se constituem, simultaneamente, como as limitações dessa pesquisa e como possibilidades para investigações futuras. Cada qual dessas oportunidades renderia trabalhos que imagino bem interessantes, que permitiriam novos olhares e novas experiências. Contribuiriam para um maior aprendizado sobre o tema e para o alcance de novos olhares e novas percepções. Como toda pesquisa, o que deixei de fazer aqui permitiria ampliar os horizontes sobre o tema, construir opiniões, confirmá-las e modificá-las na medida em que fosse alcançando novas descobertas. É sob essa inspiração que me despeço.



## REFERÊNCIAS

ABADIE, A. GAY, S. The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: a cross-country study. **Journal of Health Economics**. v. 25, n. 4, p. 599-620, 2006.

ABTO. I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos de Órgãos Tecidos da ABTO. **Anais...** Campos do Jordão, 2003.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes**. Ano IX, n. 2, 2003.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. Ano 7, n. 3, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Manual de transplante renal**. São Paulo: Grupo Lopso de Comunicação, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. Ano 8, n. 2, 2005.

\_\_\_\_\_. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. Ano 9, n. 3, 2006.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes**. Ano XIII, n. 2, 2007.

\_\_\_\_\_. XIII Campanha nacional de doação de órgãos e tecidos. **Cartaz**, 2011.

\_\_\_\_\_. Campanha nacional de doação de órgãos e tecidos. **Folder**, 2012.

\_\_\_\_\_. Campanha de doação de órgãos. **Cartaz**, 2013.

\_\_\_\_\_. Campanha nacional de doação de órgãos e tecidos. **Folheto Semana Nacional de Doação**, 2014.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes**. Ano XX, n. 4, 2014.

\_\_\_\_\_. Campanha de doação de órgãos – 2015. **Folheto**, 2015.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes.** Ano XXI, n. 4, 2015.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes.** Ano XXII, n. 3, 2016a.

\_\_\_\_\_. **Registro brasileiro de transplantes.** Ano XXII, n. 4, 2016b.

\_\_\_\_\_. Campanha nacional de doação de órgãos. **Folheto**, 2016c.

\_\_\_\_\_. **Manual de transplante renal:** período pós-transplante. s. d. Disponível em <[http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual\\_transplante\\_pos.pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/manual_transplante_pos.pdf)> Acessado em 21 de março de 2017.

ADNEWS. **Anúncios em obituário de jornal promovem doação de órgãos**, 2015. Disponível em <<http://adnews.com.br/publicidade/anuncios-em-obituario-de-jornal-promovem-doacao-de-orgaos.html>> Acesso em 12 de abril de 2017.

ADVERSE, H. Para uma Crítica da Razão Política: Foucault e a Governamentalidade. **Revista Estudos Filosóficos.** São João del-Rei. n. 4, 2010. p. 1-25.

ALMEIDA, D. D. M. (Org.). **Corpo em Ética.** 2ª. ed. São Bernardo do Campo: Editora UESP, 2003. v. 1. 247p.

ALMEIDA, D. D.; FLORES-PEREIRA, M. T. As corporalidades do trabalho bailarino: entre a exigência extrema e o dançar com a alma. **Revista de Administração Contemporânea.** v. 17, n. 6, p. 720-738. Rio de Janeiro, nov./dez. 2013.

ALVES, M. et al. Sobrevida de hemodialisados e sua associação com os polimorfismos dos genes da ECA e do Angiotensinogênio. **Revista brasileira de cardiologista,** v. 25, n. 6, p. 447-455, 2012.

AMBAGTSHEER, F. A criminological perspectiva: why prohibition of organ trade is not effective and how the declaration of Istanbul can move forward. **American Journal of Transplantation.** v. 12, n. 3, p. 571-575. 2011.

ANDERSEN, M. H. et al. Living donors' experiences 1 wk after donating a kidney. **Clinical transplantation,** v. 19, n. 1, p. 90-96, 2005.

ARAÚJO, A. Q. Valva ou válvula? **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 79, n. 5, p. 550-551, 2002.

ARCANJO, R. A.; OLIVEIRA, L. C.; SILVA, D. D. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 119-125, 2013.

ARENDT, H. **As origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

ARRUDA, G. O.; RENOVARO, R. D. Drug utilization in renal transplant patients: medication practices and representations. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 157-164, 2012.

ATX – BA. **Campanhas de doação**. Salvador: ATX – BA, 2007. Disponível em <<http://www.atxbahia.com.br>> Acessado em 13 de abril de 2017.

ARCHER, L. Homem renovável. **Da genética à bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2006, p. 315-337.

AUDOIAN-ROUZEAU. Massacres: o corpo e a guerra. In: **História do Corpo**: 3. As mutações do olhar. Petrópolis: Editora Vozes, 2011. p. 365-416.

AVILA, A. C. C. Retorno dos transplantados ao trabalho: uso de vagas para deficientes orgânicos pela equiparação aos deficientes físicos. **Jurídico Certo**. Online. 2016. Disponível em <<https://juridicocerto.com/p/ccavila/artigos/retorno-dos-transplantados-ao-trabalho-uso-de-vagas-para-deficientes-organicos-pela-equiparacao-aos-deficientes-fisicos-2259>> Acessado em 03 de maio de 2017.

ÁVILA, G. N. et al. Comércio de órgãos humanos: até onde vai a autonomia do indivíduo? **Direito & Justiça**, v. 34, n. 1, p. 22-40, Porto Alegre, Jan./Jun. 2008.

BACAL, F. et al. W. II Diretriz brasileira de transplante cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 1, p. 16-73, 2010.

BAHIA. Lista de espera: como funciona a “fila única”? **Secretaria da Saúde**, 2017. Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/index.php?option=com\\_content&view=article&id=92&Itemid=223](http://www.saude.ba.gov.br/transplantes/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=223)> Acessado em 07 de abril de 2017.

BARCELOS, M. R. D. **Integridade da pessoa**: fundamentação ética para a doação de órgãos e tecidos para transplantação. 2009. 196 p. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009a.

BARCELOS; M. R. D.; NEVES, M. P. Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de soliedariedade. **Revista Portuguesa de Bioética**: cadernos de bioética. Ano XIX/48. n. 7, p. 23-42, Maio, 2009b.

BARRI, Y.; PARKER, T.; KAPLAN, B. GLASSOCK, R. Primum non nocere: is chronic kidney disease staging appropriate in living kidney transplant donors? **American Journal Transplantation**, v. 9, n. 4, p. 657-660, 2009.

BARROS, A.; CARRIERI, A. P. O cotidiano e a história: construindo novos olhares na Administração. **Revista de Administração de Empresas**, v. 55, n. 2, p. 151-161, 2015.

BARROS, A. Antecedentes dos cursos superiores em Administração brasileiros: as escolas de Comércio e o curso superior em Administração e Finanças . **Cadernos EBAPE.BR**, v. 15, n. 1, p. 88-100, 2017.

BARROS, J. P. P. Biopolítica e educação: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. **Educação e Realidade**, v. 38, n. 1, p. 361-381, 2013.

BARONE, M. Transplante de pâncreas: a cura? **Transplante de Pâncreas**, 2014. Disponível em <<http://www.transplantedepancreas.com.br/content.asp?IDConteudo=1691>> Acessado em 11 de abril de 2017.

BBC. **Pobres vendem órgãos para pagar dívidas de microcrédito em Bangladesh**, 2013.

Disponível em

<[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/10/131028\\_bangladesh\\_orgaos\\_fl](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/10/131028_bangladesh_orgaos_fl)> Acessado em 30 de outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. **‘Meu sonho é respirar sem aparelhos’**: o drama da fila de transplante de pulmão, 2016. Disponível em <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38659795>> Acessado em 05 de maio de 2017.

BENZEL, E. C. et al. The apnea test for the determination of brain death. **Acta Naesthesiol Belg**, v. 71, p. 191-194, 1989.

BERNARDES, A. R. B.; ALMEIDA, C. G. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos no hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, v. 18, n. 2, p. 34-64, 2015.

BENDASSOLI, P. F. Doação de órgãos: meu corpo, minha sociedade. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 1, p.71-92, 1998.

BERLINGUER, G.; GARRAFA, V. **O mercado humano**: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. 2a Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

BERNARDES, A. R. B.; ALMEIDA, C. G. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos no hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG. **Jornal brasileiro de transplantes**, v. 18, n. 2, p. 34-64, 2015.

BEZERRA, M. B.; CARMO, N. A.; MACEDO, M. F. Transplantes gonadais: estado da arte. **Ciência animal**, v. 22, n. 1, p. 325-338, 2012.

BONFADINI, G. et al. Doação e fila de transplante de córnea no Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 73, n. 4, p. 237-242, 2014.

BORGES, R. C. B. Autonomia Privada e Negócio Jurídico. **Revista do Curso de Direito da Unifacs**, v. 2, p. 250-289. Porto Alegre: Síntese, 2005.

\_\_\_\_\_. **Direitos de personalidade e autonomia privada**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

BOS. **Doação de Órgãos**. Cartão de Doador de Órgãos. 2017. Disponível em <[http://ares.hosbos.com.br/bos\\_novo/bos/campanhahomologacaoteste.php](http://ares.hosbos.com.br/bos_novo/bos/campanhahomologacaoteste.php)> Acessado em 24 de maio de 2017.

BRANCO, G. C. A seguridade social em Michel Foucault. **Ecopolítica**, v. 5, p. 76-89, 2013.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de fevereiro de 1997a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 de julho de 1997b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 901, de 16 de agosto de 2000. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de agosto de 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humana para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**. Seção Extra, p. 6. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e legislação correlata. **Legislação brasileira sobre doação de órgãos humanos**. Brasília: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações, 2002.

\_\_\_\_\_. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Campanha vai estimular doação de órgãos. **Ministério da Saúde**, 2003a. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/node/39562>> Acessado em 12 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Campanha vai estimular doação de órgãos. **Ministério da Saúde**, 2003b. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/node/39562>> Acessado em 12 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs. Sistema Nacional de Transplantes. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2003c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 de setembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, 23 de fevereiro de 2006.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007. Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores

que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.601, de 21 de outubro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de outubro de 2009a.

\_\_\_\_\_. Informe-se sobre o processo de doação de órgãos e tecidos. **Portal Brasil**, Brasília, 2009b. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/informe-se-sobre-o-processo-de-doacao-de-orgaos-e-tecidos>> Acessado em 23 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de outubro de 2009c.

\_\_\_\_\_. Falhas prejudicam funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes. Tribunal de Contas da União. **Revista do TCU**, p. 10-11, jan./abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Transplantes: sobre o Sistema Nacional de Transplantes. **Portal da Saúde**, Brasília, 2014a. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1-coluna-2/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 12 de dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Doação de órgãos – 2014. **Portal Brasil**, 2014b. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias/16547-doacao-de-orgaos-2015>> Acessado em 12 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Doação. **Portal Brasil**, 2014c. Disponível <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/368-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/12-transplantes/13418-area-do-paciente>> Acessado em 08 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 356 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas em procedimentos para organização e funcionamento dos serviços de transplante de órgãos”. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2014d.

\_\_\_\_\_. Brasil é destaque no contexto mundial de doação de órgãos. **Agência Brasil**. Brasília, 2015a. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-09/brasil-e-destaque-no-contexto-mundial-de-doacao-de-orgaos>> Acessado em 12 de dezembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Doação de órgãos – 2013. **Portal Brasil**, 2015b. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias/8569-doacao-de-orgaos>> Acessado em 12 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Doação de órgãos – 2015/2016. **Portal Brasil**, 2015c. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/campanhas-publicitarias?start=36>> Acessado em 12 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. **Ministério da Saúde. Estatísticas**. Brasília, 2015d. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes>> Acessado em 12 de fevereiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Entenda as etapas do processo de doação de órgãos. **Portal Brasil**, 2016a. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/06/entenda-as-etapas-do-processo-de-doacao-de-orgaos>> Acessado em 10 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Transplante de Córnea. **Portal Brasil**, 2016b. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21683-transplante-de-cornea>> Acessado em 13 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Transplantes de Órgãos. **Portal Brasil**, 2016c. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21682-transplante-de-orgaos>> Acessado em 07 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Saiba quais são os critérios da lista de espera por transplantes. **Portal Brasil**, 2016d. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/saiba-quais-sao-os-criterios-da-lista-de-espera-por-transplantes>> Acessado em 07 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Decreto nº 8.783, de 6 de junho de 2016. Altera o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 de junho de 2016e.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes. **Portal Brasil**, 2017a. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.



\_\_\_\_\_. Central de Notificação de Transplantes. **Portal Brasil**, 2017b. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos. **Portal Brasil**, 2017c. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Grupo de Assessoramento Estratégico. **Portal Brasil**, 2017d. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Câmaras Técnicas Nacionais. **Portal Brasil**, 2017e. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Organização de Procura de Órgãos e Tecidos. **Portal Brasil**, 2017f. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Portal Brasil**, 2017g. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Bancos de Tecidos. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Portal Brasil**, 2017h. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/transplantes/sistema-nacional-de-transplantes>> Acessado em 17 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatórios. Habilitações, 2017i. Disponível em <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Habilitacoes.asp?VEstado=00&VTipo=H](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes.asp?VEstado=00&VTipo=H)> Acessado em 06 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia**. Doação de Órgãos. Folhetos Informativos, 2017j. Disponível em <<https://www.into.saude.gov.br/conteudo.aspx?id=123>> Acessado em 11 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Como é feita a doação. **Instituto Nacional de Câncer**. Redome. 2017k. Disponível em <<http://redome.inca.gov.br/doador/como-e-feita-a-doacao/>> Acessado em 17 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. **Consulta à Situação no Cadastro Técnico de Rim**. 2017k. Disponível em <<https://snt.saude.gov.br/consulta/ConsultaReceptorRI.aspx>> Acessado em 01 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. 2017l. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Acessado em 23 de maio de 2017.

BROTAS, C. L. C. Questões contemporâneas acerca do patenteamento de células-tronco. **Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia**, v. 41, n. 1, p. 27-54, 2013.

BUDIANI-SABERI, D.A.; DELMONICO, F. L. Organ trafficking and transplant tourism. **American Journal of Transplantation**, v. 8, n. 5, p. 925-929, 2008.

BULÇÃO, I. M. A. **Criação de órgãos para transplantes e a lei da biossegurança**. Monografia de graduação. Unifacs, 2006.

CABANA, R. D. P. L.; ICHIKAWA, E. Y. As Identidades Fragmentadas no Cotidiano da Feira do Produtor de Maringá. **Organizações & Sociedade**, v. 24, n. 81, p. 285-304, 2017.

CAMARGO, S. M. et al. Complicações relacionadas à lobectomia em doadores de transplante pulmonar intervivos. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 34, n. 5, p. 256-263, 2008.

CAMARGO, V. P. et al. Transplante renal: um caminho para a vida ou um passo para a morte? **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 515-524, 2011.

CAMARGO, P. C. L. B. et al. Transplante pulmonar: abordagem geral sobre seus principais aspectos. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v. 41, n. 6, p. 547-553, 2015.

CAPONI, S. et al. **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: Liberars, 2013.

CARDOSO, A. **Responsabilidade civil e penal dos médicos nos casos de transplantes**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

CARNEIRO, E. F. V. Biodireito: um caminho sem volta – um olhar para os transplantes de órgãos. *Laboratório. Justitia*. v. 64, n. 197, p. 352-372, 2007.

CARRARA, E. S. Descriminalização do crime de compra e venda de órgãos e tecidos humanos. In: **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, XVI, n. 109, Fev. 2013. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12840](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12840)>. Acessado em 11/12/2013.

CARVALHO, F. I.; MIZIARA, C. S. M. G. Crianças anencefálicas e doações de órgãos: questões legais e éticas no Brasil. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 17, n. 1, p. 3-11, 2012.

CARVALHO, W. Central de Transplantes: profissionais serão capacitados. **Roraima**, 2015. Disponível em <[http://www.portal.rr.gov.br/site/?governoderoraima=noticias\\_ver&id=831](http://www.portal.rr.gov.br/site/?governoderoraima=noticias_ver&id=831)> Acessado em 02 de fevereiro de 2016.

CATÃO, M. **Biodireito**: transplantes de órgãos humanos e direito de personalidade. São Paulo: Madras, 2004.

CHAVES, A. Direito à vida e ao próprio corpo: intersexualidade, transexualidade, **Transplantes**. 2ª edição, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

CFM. Resolução CFM nº 1.480/1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 de agosto de 1997.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM nº 1752/2004. Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de setembro de 2004.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1.826/2007. Procedimentos de suporte terapêutico. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de dezembro de 2007.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1949/2010. Revoga a Resolução CFM nº 1.752/04, que trata da autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de julho de 2010.

COHEN; C.; BUCCI, D. A doação compulsória de órgãos e os prisioneiros condenados à morte: uma análise do ponto de vista da bioética. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 383-396, 2011.

COIMBRA, C. G. Morte cerebral. Falhas nos critérios de diagnóstico. **Ciência Hoje**, v. 27, n.161, p. 26-30, 2000.

\_\_\_\_\_. Morte encefálica em xeque. **Revista dossiê Ajuris**, ano 1, n. 2, p. 17-27, 2007.

\_\_\_\_\_. Apneia na morte encefálica. Disciplina de neurologia experimental. **Departamento de neurologia e neurocirurgia**, 2011. Disponível em <<https://web.archive.org/web/20110611070110/http://www.unifesp.br/dneuro/apnea.htm>> Acessado em 02 de abril de 2017.

COLLIER, S. J. Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da governamentalidade. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 10, n. 5, p. 245-284, 2011.

COMORETTO, N.; CENTENO, C. Palliative care: seeing is believing. **Journal of palliative medicine**, v. 20, n. 2, p. 205-206, 2017.

COSTA, S. I. F. Anencefalia e transplante. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 1, p. 10, 2004.

COURTINE, J. J. O corpo anormal. In: **História do Corpo: 3. As mutações do olhar**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011b. p. 253-340.

CUNHA, S. M. F. V.; **Razão e Loucura A perspectiva arqueológica de Michel Foucault**. 141 fls. Dissertação de Mestrado em Filosofia Moderna e Contemporânea apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Porto. 2002.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: recusa das famílias. **Revista texto e contexto em enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 728-735, 2010.

DALE, K. **Anatomising embodiment and organization theory**. Basingstoke: Palgrave, 2001.

D'ANGELES, A. C. R. “**Análise de sobrevida em indivíduos submetidos ao transplante renal em hospital universitário do Rio de Janeiro**”. 2009. 72f. Dissertação. Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

DANNER, F. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, n. 4, p. 143-157, 2010.

DAVIDSON, J. Sex tourism in Cuba. **Race and class**, v. 37, n. 3, p. 39-48, 1996.

\_\_\_\_\_. **Prostitution: power and freedom**. London: Polity Press, 1998.

DINIZ, D. As fronteiras da pesquisa antropológica: ética, autonomia e tráfico de órgãos. In: **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 215-219, Rio de Janeiro, jan./fev. 2001.

DINIZ, F. R. A.; OLIVEIRA, A. A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**, v. 2, n. 3, p. 143-158, 2014.

DINIZ, M. H. **O estado atual do biodireito**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

ESPOSITO, R. **Bios: biopolítica e filosofia**. Edições 70: Lisboa, 2010.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora UNB, 1992.

\_\_\_\_\_. **Media Discourse**. London: Edward Arnold, 1995.

FAVERO-FILHO, L. A. et al. Hyperthermia induced after recirculation triggers chronic neurodegeneration in the penumbra zone of focal ischemia in the rat brain. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 41, p. 1029-1036, 2008.

FARIAS, G. M.; MENDONÇA, A. E. O. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós transplante renal pelo “WHOQOL-BREF”. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 574-583, 2009.

FERNANDES, P. M. P.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 51-52, 2010.

FERREIRA, I. R. et al. Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 190-203, 2015.

FLORES-PEREIRA, M. T; CAVEDON, N. R. Os bastidores de um estudo etnográfico: trilhando os caminhos teórico-empíricos para desvendar as culturas organizacionais de uma livraria de shopping center. In: **Cadernos EBAPE**. v. 7, n. 1, p. 156-168. Rio de Janeiro, mar. 2009.

FOLHA DE CERES. **Campanha incentivativa a doação de órgãos**. 25/09/2014. Disponível em <<http://www.folhadeceres.com/noticias/descricao/658-campanha-incentiva-a-doacao-de-orgaos.html>> Acessado em 12 de abril de 2017.

FOUCAULT, M. (1963) **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

\_\_\_\_\_. (1964) **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. (1976) **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Verdade e subjetividade. **Revista de Comunicação e linguagem**, n. 19, p. 203-223, 1993.

\_\_\_\_\_. (1971) **A ordem do discurso**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

\_\_\_\_\_. (1975-1976) **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**, (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000a.

\_\_\_\_\_. (1966). **As palavras e as coisas**. São Paulo, Martins Fontes, 2000b.

\_\_\_\_\_. (1975-1975) **Os anormais**. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. (1961) **História da Loucura na Idade Clássica**. 8 ed Trad. José T. Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

\_\_\_\_\_. (1954-1988) **Ditos e Escritos IV: estratégia, poder-saber.** 2 ed. Manoel B. da Motta (Org.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. (1978-1979) **Nascimento da biopolítica.** Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. (1977-1978) **Segurança, Território, População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. (1977) **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** Um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault. Trad. Denize Lezan de Almeida. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

\_\_\_\_\_. (1975) **Vigiar e Punir.** Petrópolis: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. (1969) **A arqueologia do Saber.** 8 ed. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a.

\_\_\_\_\_. (1973) **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau, 2013b.

\_\_\_\_\_. (1966) **O corpo utópico, as heterotopias.** São Paulo: n-1 Edições, 2013c.

\_\_\_\_\_. (1971-1978). **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz & Terra, 2014a.

\_\_\_\_\_. (1984) **História da sexualidade II: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz & Terra, 2014b.

\_\_\_\_\_. (1984) **História da sexualidade III: o governo de si.** Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz & Terra, 2014c.

FORMAN, A. S.; CHOU, J. STRICHARTZ, G. R.; LO, E. H. Farmacologia da neurotransmissão GABAérgica e Glutamatérgica. GOLAN, D. E. et al. **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FREITAS, I. G. S. Perfil dos transplantados renais do Brasil: uma revisão integrativa. **EFDeportes.com – Revista Digital**, ano 18, n. 190, 2014. Online. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd190/perfil-dos-transplantados-renais-do-brasil.htm>> Acessado em 03 de maio de 2017.

FREIRE, I. L. S. et al. M. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 837-845, 2015.

FRINHANI, F. M. D. Tráfico de pessoas e estruturas de poder econômico e social. **Espaço Jurídico**. Joaçaba. v. 12, n. 1. p. 95-110. Jan./Jun. 2011.

GALLO, S. Governamentalidade democrática e ensino de filosofia no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Pesquisa**, v. 42, n. 145, p. 48-65, 2012.

GARCIA, G. G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 1, p. 1-7, 2012.

GARCIA, V. D. et al. Morte encefálica. In: GARCIA, C. D. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015.

GARCIA, V. D.; FARACO, B. R. Alocação de órgãos e tecidos. In: GARCIA, C. D. **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015.

GHODS, A. J.; SAVAJ, S. Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation. **Clinical Journal American Society Nephrology**. v. 1, n. 6, p. 1136-1145, Nov. 2006.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, S. D.; MIRANDA, L. L. Biopolítica e confissão: cenas do grupo terapêutico com pacientes obesos. **Psicologia e Sociedade**, v. 24, edição especial, p. 94-103, 2012.

GUERÓN, R. O ódio e o medo como dispositivos de controle. In: Surveillance, Security and Social Control in Latin America, 2009, Curitiba. **Anais...** Surveillance, Security and Social Control in Latin America, 2009.



HACHEM, D. W.; PIVETTA, S. L. A biopolítica em Giorgio Agamben e Michel Foucault: o estado, a sociedade a sociedade de segurança e a vida nua. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, v. 10, n. 10, p. 340-361, 2011.

HARDING, J. Data doublés and specters of performance in the bit parts of surveillance. In: WILMER, S. E.; ZUKAUSKAITE, A. **Resisting Biopolitics**: philosophical, political, and performative strategies. Cap. 10. London: Routledge, 2015.

HELLMANN, F.; FINKLER, M.; VERDI, M. Mercantilização de órgãos humanos para transplantes intervivos sob a ótica da bioética social. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**. Florianópolis. v.9, n.2. p.123-138. Jul./Dez. 2012.

HOSPITAL EVANGÉLICO. **Banco de pele humana**. 2013. Disponível em <<http://www.evangelico.org.br/index.php/banco-de-pele-humana>> Acessado em 16 de abril de 2017.

IPIRANGA, A. S. R.; LOPES, L. L. S. O Organizar da Estética Espacial: Uma História Táctil da Praça dos Leões. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, v. 12, n. 1, p. 130-153, 2017.

JAFAREY, A. et al. Asia's organ farms. **Indian Journal of Medical Ethics**, v. 4, n. 2, p. 52-53, 2007.

JERET, J. S.; BENJAMIN, J. L. Risk of hypotension during apnea testing. **Arch. Neurol**, v. 51, p. 595-599, 1994.

JUSTIÇA FEDERAL. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Ação ordinária contra a União Federal. Processo nº 1998.34.00.000964-7/DF**, de autoria do Conselho Federal de Medicina, tendo como réu a União Federal, de 14 de janeiro de 1998.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Apelação cível. Processo nº 1999.01.00.012693-8/DF**, de autoria do Conselho Federal de Medicina, tendo como réu a União Federal, de 24 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional Federal da Primeira Região. **Embargos de declaração em apelação cível. Processo nº 0009844-43.1999.4.01.0000/DF**, de autoria do Conselho Federal de Medicina, tendo como réu a União Federal, de 10 de fevereiro de 2017.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

\_\_\_\_\_. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1980.

LEITE, R. C. C. **Transplantes de órgãos e tecidos e os direitos da personalidade**. São Paulo: J. de Oliveira, 2000.

LEITE, F. Campanha vai estimular doação de órgãos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 de novembro de 2003, Cotidiano: Saúde. São Paulo, 2003.

LIMA, E. D. R. P.; MAGALHÃES, M. B. B.; NAKAMAE, D. D. Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 5-12, 1997.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2012a.

LIMA, C. R. P. O valor do corpo e as leis do Mercado. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, v. 106-107, p. 159-178, 2012b.

LIMA, F. J. G. Biopolítica e nazismo: algumas considerações a partir de Espósito e Foucault. **Revista Portuguesa de Filosofia**, v. 70, n. 4, p. 853-870, 2014.

LIMA, A. Tocantins realiza primeiro transplante de córnea do serviço público de saúde. **Tocantins**, 2016. Disponível em <<http://to.gov.br/noticia/2016/12/19/tocantins-realiza-primeiro-transplante-de-cornea-do-servico-publico-de-saude/>> Acessado em 16 de janeiro de 2017.

LOBO, R. H. História da loucura de Michel Foucault como uma “história do outro”. **Veritas**. Porto Alegre. v. 53, n. 2, Abr./Jun. 2008. p. 51-72.

LOPES, J. A. Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979). **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n. 2, p. 262-273, 2014.

LOPES, S. T.; SILVA, V. S. O processo de doação e transplante. **Manual do Núcleo de Captação de Órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT**. Barueri, 2014. p. 5-9.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUKACHEWSKI JUNIOR, W.; BARRETO, W. P. Doação de órgãos e partes do corpo. In: **Revista Jurídica Cesumar** – Mestrado. v. 11, n. 1, p. 145-167, Jan./Jun. 2011.

MACHADO, P. Compreender o tráfico de pessoas: do global ao local. **Tráfego Desumano**. Coleção Direitos Humanos e Cidadania. Cadernos de Administração Interna. p. 9-22. Coimbra, 2010.

MANFRO, R. C.; CARVALHAL, G. F. Simpósio sobre transplantes: transplante renal. **Revista AMRIGS**, v. 47, n. 1, p. 14-19, 2003.

MARINHO, A. Um estudo sobre a fila para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, 2006.

MARQUES, F. S.; BARBOSA, M. D. P.; RIBEIRO, I. M. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: motivos de não autorização. **Cadernos de Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 93-100, 2013.

MARTINS, G. P. C. Foucault e a crítica da razão. **Revista Aulas**. n. 3. p. 1-23. Mar. 2007.

MATO GROSSO. Avaliação da política de saúde de Mato Grosso: 1995-1998. 2 ed. **Mato Grosso**, Cuiabá, 2000.

\_\_\_\_\_. Coordenadoria de Transplante. Secretaria de Estado de Saúde. **Mato Grosso**, Cuiabá, 2017. Disponível em < <http://www.saude.mt.gov.br/transplante>> Acessado em 12 de fevereiro de 2017.

MATOS, J. B. S.; LUGON, J. R. Esquemas alternativas de hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 114-119, 2010.

MEDEIROS, C. R. O.; SILVEIRA, R. A. Organizações que Matam: Uma Reflexão a Respeito de Crimes Corporativos. **Organizações & Sociedade**, v. 24, n. 80, p. 39-52, 2017.

MENDONÇA, A. E. O. et al. Mudanças na qualidade de vida após transplante renal e fatores relacionados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 287-292, 2014.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 3 ed. São Paulo: Petrópolis, 1994.

MOISÉS, C. Não sofra, nem morra antes da hora, monitore sua pressão regularmente. **A Tribuna**. Mato Grosso, 2016. Disponível em <<http://www.tribunamt.com.br/2016/10/nao-sofra-nem-morra-antes-da-hora-monitore-sua-pressao-regularmente/>> Acessado em 02 de maio de 2016.

MONIRUZZAMAN, M. “Living Cadavers” in Bangladesh: Bioviolence in the Human Organ Bazaar. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 26, n. 1, p. 69-91, 2012.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2009.

MOURA, L. C. Logística da Captação de Múltiplos Órgãos. **Manual do Núcleo de Captação de Órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT**. Barueri, 2014. p. 85-90.

MONTEIRO, A. M. C. et al. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 11, n. 4, p. 389-396, 2011.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 633-639, 2012.

MYERS, T. W. **Trilhos anatômicos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NATT, E. D. M.; CARRIERI, A. P. Mercantilização de órgãos humanos: esse tema interessa à administração? In: **XXXVIII Encontro da ANPAD, 2014**, Rio de Janeiro. Anais do XXXVIII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro: ANPAD, 2014. p. 1-16.

NATT, E. D. M.; CARRIERI, A. P. A Teoria da Ação Comunicativa nos estudos do corpo e corporeidade: possibilidades de avanço para a administração? **Perspectivas Contemporâneas**, v. 11, p. 55-76, 2016.

NEGREIROS, F. D. S. et al. Captação do fígado do doador para o transplante: uma proposta de protocolo para o enfermeiro. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 38-47, 2016.

NICOLUZZI, J. E. L. et al. Primeiro transplante duplo de fígado esquerdo intervivos adultos do Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 3, p. 226-229, 2012.

NIETZSCHE, F. (1882) **A gaia ciência**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

\_\_\_\_\_. (1988) **Crepúsculo dos ídolos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

\_\_\_\_\_. (1887) **A genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PANTOJA, E. Profissionais discutem implantação de comissões para transplante de órgãos: Amapá pode entrar no cenário nacional de transplante de órgãos. **Amapá**, 2017. Disponível em <[http://www.amapa.gov.br/ler\\_noticia.php?slug=2701/profissionais-discutem-implantacao-de-comissoes-para-transplante-de-orgaos](http://www.amapa.gov.br/ler_noticia.php?slug=2701/profissionais-discutem-implantacao-de-comissoes-para-transplante-de-orgaos)> Acessado em 16 de fevereiro de 2017.

PARILLI, R. A. **El derecho, loz transplantes y las transfusiones**. Buenos aires: Publifolha, 2010.

PARIZI, R. R.; SILVA, N. M. Transplantes. In: FERREIRA, S. I.; OSELKA, G. C.; GARRAFA, V. (coord.) **Iniciação à bioética**. p. 157-169. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

PASSOS, I. C. F. Situando a analítica do poder em Michel Foucault. In: PASSOS, I. C. F. (Org.) **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. p. 7-19. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

PAULA, A. P. P. Abordagem freudo-frankfurtiana, pesquisa-ação e socioanálise: uma proposta alternativa para os Estudos Organizacionais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 11, n. 4, p. 520-520, 2013.

\_\_\_\_\_. Em Busca de uma Ressignificação para o Imaginário Gerencial: Os Desafios da Criação e da Dialogicidade. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 17, n. 2, p. 18-41, 2016.

PECORINO, P. A. **Perspectives on Death and Dying**. 5 ed. Textbook Online, 2002.  
Disponível em

<[http://www2.sunysuffolk.edu/pecorip/SCCCWEB/ETEXTS/DeathandDying\\_TEXT/table\\_of\\_contents.htm](http://www2.sunysuffolk.edu/pecorip/SCCCWEB/ETEXTS/DeathandDying_TEXT/table_of_contents.htm)> Acessado em 20 de abril de 2017.

PELBART, P. P. Biopolítica. **Revista Sala Preta**, v. 7, p. 57-66, 2007.

PEREIRA, W. A. **Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. C.; SOLER, W. V. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. São Paulo: ABTO, 2009.

PESSALACIA, J. D. R. et al. Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 671-682, 2011.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 323-330, 2013.

PESTANA, A. L. et al. Pensamento *lean* e cuidado com o paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 254-460, 2013.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000.

PICON, P. D.; GADELHA, M. I. P.; ALEXANDRE, R. F. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Imunossupressão no transplante renal. Brasília: CONITEC, 2014.

PIERRO, B. Doação de órgãos: a arte de dar más notícias. **Políticas Públicas**, pesquisa Fapesp 237, p. 34-37, 2015.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

POPPER, K. R. **Conjecturas e Refutações**. 2ª ed. Tradução de Sérgio Bath. Brasília, Editora Univ. de Brasília, 1982.

PRUINELLI, L.; KRUSE, M. H. L. Biopolítica e doação de órgãos: estratégias e táticas da mídia no Brasil. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 675-681, 2011.

RAIA, S. M. A. Acertos e erros dos transplantes. **Folha de São Paulo**. Caderno Opinião. São Paulo, 20/01/1998.

\_\_\_\_\_. Ética em transplantes: bases filosóficas da ética em transplantes. **Conferência no Congresso Brasileiro de Transplantes**. Fortaleza, 2003. Disponível em <<http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=481&c=922&s=0&friendly=etica-em-transplantes>> Acessado em 23/04/2014.

\_\_\_\_\_. Desconcentração dos transplantes no Brasil. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 25/05/2011.

RAIA, S. M. A.; PADILHA, A. O desenvolvimento dos transplantes. **Folha de São Paulo**. Caderno Debates. São Paulo, 13/05/2012.

RIBEIRO, P. Relatório. Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos. **CPI – Tráfico de órgãos humanos**. Brasília, nov. 2004.

ROCHA, R. F. O anencéfalo como doador de órgãos e tecidos para transplante: possibilidades legais, morais e práticas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 2, p. 297-302, 2010.

ROCHA, J. A. **Michel Foucault: crítico-esteta-cínico mitigado**. Campina Grande: EDUEPB, 2014.

RODRIGUES, C. F. A. et al. Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista Bioethikos**, v. 7, n. 3, p. 271-281, 2013.

RODRIGUES, E. M.; JUNGES, J. R. Morte encefálica: uma discussão encerrada? **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 485-494, 2015.

ROSÁRIO, E. N. et al. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 33, p. 260-266, 2013.

ROZA, B. A. et al. Captação de órgãos para transplantes. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Ateneu, 2006.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 417-422, 2010.

ROZA, B. A. Turismo e tráfico de órgãos para transplante: aspectos conceituais e implicações na prática. **Acta paul. enferm.** v. 25, n. 6, p. 1-2, 2012.

SÁ, M. F. F. **Biodireito e Direito ao próprio Corpo**. 2 ed. São Paulo: Del Rey, 2003.

SAFATLE, V. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Scientiæ Studia**, v. 13, n. 2, p. 335-67, 2015.

SALES, L. M. M.; ALENCAR, E. C. O. Tráfico de seres humanos, migração, contrabando de migrantes, turismo sexual e prostituição: algumas diferenciações. **Novos Estudos Jurídicos**. v. 13, n. 1, p. 29-42. Jan./Jun. 2008.

SANO, R. Y. et al. Análise das córneas do Banco de Olhos da Santa Casa de São Paulo utilizadas em transplantes. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 73, n. 3, p. 254-258, 2010.

SANSON, C. A produção biopolítica é constitutiva ao capitalismo cognitivo. **Liinc em Revista**, v. 5, n. 2, p. 206-214, 2009.

SANTA CATARINA. Decreto 553, de 21 de setembro de 1999. Cria a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos do Estado de Santa Catarina e dá outras providências. **Santa Catarina**, Florianópolis, 22 set. 1999.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Transplantes**. Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Central de Transplantes de Santa Catarina. **Santa Catarina**, Florianópolis, 2016.

SANTOS, B. S. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. **Revista Direitos Humanos**. v. 2. p. 10-18. Jun. 2009a.

SANTOS, B. S.; GOMES, C.; DUARTE, M. Tráfico sexual de mulheres: representações sobre ilegalidade e vitimação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. n. 87. p. 69-94. Dez. 2009.

\_\_\_\_\_. Tráfico de mulheres para fins de exploração sexual em Portugal: um retrato empírico. OTSH (org.). **Tráfico Des Humano**. Lisboa: Cadernos da Administração Interna, 2010.



SANTOS, E. L.; SANTOS, R. S.; BRAGA, V. L. O campo científico da administração: percursos e percalços. In: IV Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração, 2014, Florianópolis, SC. **Anais...IV Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração**, SC, 2014.

SANTOS, M. C. C. L. **Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 382-387, 2005.

SANTOS, R. C. C.; MOURA, L. C.; FULLY, L. F. K. Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. **Manual do Núcleo de Captação de Órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT**. Barueri, 2014. p. 59-72.

SANTOS, R. E. A economia como crítica da razão governamental em Michel Foucault. **Kinesis**, v. 1, n. 2, p. 248-263, 2009b.

SANTOS, S. B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1-13, 2016.

SCHEPER-HUGHES, N. The global traffic in human organs. *Chicago Journals*. **Current Anthropology**, v. 41, n. 2, p. 191-224, 2000.

\_\_\_\_\_. Neo-cannibalism: the global trade in human organs. **Hedgehog Rev**, v. 3, n. 2, p. 7-52, 2001.

\_\_\_\_\_. Keeping an eye on the global traffic in human organs. **Lancet**, v. 361, n. 9369, p. 1645-1648, 2003.

\_\_\_\_\_. Parts unknown: undercover ethnography of the organ trafficking underworld. **Ethnography**, v. 5, n. 1, p. 29-73, 2004.

\_\_\_\_\_. **A world cut in two: the global traffic in organs**. California: Univ. of California Press, 2014.

SCHRAMM, F. R. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p. 519-535, 2010.

SEGATTO, C. Supermercado de órgãos. **Revista Época**, Rio de Janeiro, Edição n. 414, seção Sociedade. Medicina, 24 abr. 2006.

SÉGUIN, E. **Biodireito**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

SEHELLART, M. A crítica da razão governamental em Michel Foucault. **Tempo Social. Rev. Sociol. USP**. São Paulo. 7. (1-2). Out. 1995, p. 1-14.

SIERRA, J. C.; CÉSAR, M. R. A. Governamentalidade neoliberal e o desafio de uma ética/estética pós-identitária LGBT na educação. **Educar em Revista**, Edição Especial, n. 1, p. 35-51, 2014.

SILVA, S. B. et al. Uma comparação dos custos do transplante renal em relação às diálises no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016.

SILVEIRA, P. V. P. et al. Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 61-75, 2009.

SOUSA, C.; BARACUHY, R. Biopolítica, biopoder e cuidado de si na campanha antitabagista das embalagens de cigarro. **Ilha Desterro**, v. 68, n. 3, p. 131-146, 2015.

SOUSA, D. P.; GUIMARÃES, C. M. Doação de órgãos intervivos: atuação do enfermeiro. **Estudos**, especial, v. 41, p. 165-177, out., 2014.

SOUSA, R. F. et al. O significado dos olhos nas representações sociais de clientes transplantados de córnea e suas implicações para o cuidado de si. **Enfermafem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 202-205, 2012.

SOUZA, B. S. J.; LIRA, G. G.; MOLA, R. Notificação de morte encefálica em ambiente hospitalar. **Revista Rene**, v. 16, n. 2, p. 194-200, 2015.

SOUZA, J. D. Sobrevida dos transplantes cardíacos cresce. **Diário do Nordeste**. Caderno Cidade. Fortaleza. 01 de outubro de 2011.

SOUZA, M. H. L.; ELIAS, D. O. **Fundamentos da circulação extracorpórea**. 2 ed. Rio de Janeiro: Centro Editorial Alfa Rio, 2006.

SOUZA, S. M. M. **Bioética da proteção e equidade de acesso ao tratamento renal no Brasil, de acordo com a posse de plano de saúde privado**. 2016. 150f. Tese. Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

SPOHR, N.; BARROS, A.; GOMES, M. V. P. De quem é a Riqueza que Está Ali? Discutindo responsabilidades na Exploração de Minério no Sul Global. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 3, p. 198-200, 2016.

SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 415-424, 2012.

TEIXEIRA, A. C. B.; BAÊTA, E. M. C. Princípio da justiça e doação de órgãos e tecidos. In: CASABONA, C. M. R. **Biotecnologia, Direito e Bioética**. (Org.). Belo Horizonte: Livraria Del Rey Editora, 2004, p. 91-124.

TEIXEIRA, F. I. R. et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 64-71, 2015.

TEIXEIRA, M. A crítica à reforma psiquiátrica, da sua implantação e de seus fundamentos: os argumentos de Valentim Gentil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, v. 3, n. 2, p. 322-345, 2005.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos a hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 4, p. 533-537, 2007.

TERRA, F. S. et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: compreensão fenomenológica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

TOMFORD, W. **Muskuloskeletal tissue banking**. New York: Raven Press, 1993.

TURNER, L. Commercial Organ Transplantation in the Philippines. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 18, n. 2, p. 192-196, 2009.

VARGAS, M. A.; RAMOS, F. R. S. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 137-145, 2006.

VELOSO; K.; AGUIAR, P. Órgãos à venda na internet. In: **Folha de Pernambuco**. 2005. Disponível em <<http://www.folhape.com.br/cms/opencms/fohape/pt/Projetos/Orgaos/index.html>> Acessado em 11 de fevereiro de 2015.

VERAS, L. A medicalização do luto e a mercantilização da morte da sociedade contemporânea. **Fenomenologia e Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 29-44, 2015.

VILAÇA, M. M. V. **Relatório de Avaliação de Programa Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos**. Tribunal de Contas da União. Brasília, 2006.

VIGGIANI, T. S.; PEREIRA, M. A. S. A biopolítica e as normas *jus cogen*: instrumentos para manutenção da ordem econômica. **Revista Brasileira de Direito**, v. 11, n. 1, p. 80-89, 2015.

WATTS, China introduces new rules to deter human organ trade. **World Report**, v. 369, n. 9577, p. 1917-1918, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who guiding principles on human cell, tissue, and organ transplantation. **World Health Assembly**, Nov. 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf)> Acessado em 10 de fevereiro de 2015.

## **ANEXO**

## IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

### TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (Res. CFM nº 1.480 de 08/08/97)

NOME: \_\_\_\_\_  
PAI: \_\_\_\_\_  
MÃE: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ DIAS  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
SEXO: (M) (F)  
RAÇA: (A) (B) (N)  
Registro Hospitalar: \_\_\_\_\_

#### A. CAUSA DO COMA

A.1 - Causa do Coma:

A.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia ( )SIM ( )NÃO

b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ( )SIM ( )NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO - Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

#### IDADE INTERVALO

7 dias a 2 meses incompletos 48 horas

2 meses a 1 ano incompleto 24 horas

1 ano a 2 anos incompletos 12 horas

Acima de 2 anos 6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

#### Elementos do exame neurológico Resultados

1º exame 2º exame

Coma aperceptivo ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Pupilas fixas e arreativas ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Ausência de reflexo córneo-palpebral ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Ausência de reflexos oculocefálicos ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Ausência de respostas às provas calóricas ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Ausência de reflexo de tosse ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

Apneia ( )SIM ( )NÃO ( )SIM ( )NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS - (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de re. e transplante.

1 - PRIMEIRO EXAME 2 - SEGUNDO

EXAME DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_ NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_ END.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

D. EXAME COMPLEMENTAR - Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia Cerebral
2. Cintilografia Radioisotópica
3. Doppler Transcraniano
4. Monitorização da pressão intracraniana
5. Tomografia computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de foton único
7. EEG
8. Tomografia por emissão de positrões
9. Extração Cerebral de oxigênio
10. outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 - Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da apneia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO<sub>2</sub> de até 55 mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apneia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O<sub>2</sub> de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

- 3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.
- 3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO<sub>2</sub> atingir 55 mmHg.
- 4 - Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sanguínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.
- 5 - Em pacientes com dois anos ou mais - 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:
- 5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.
- 5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.
- 5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.
- 6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:
- 6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.
- 6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.
- 6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 h.
- 7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).