

MARIA ODETE DE VASCONCELOS

Contribuição ao Estudo Antropológico do Doador Renal
(Pesquisa em um grupo de Doadores Renais do Recife)

Recife, 1995



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Mestrado em Antropologia

Contribuição ao Estudo Antropológico do Doador Renal
(Pesquisa em um grupo de Doadores Renais do Recife)

Dissertação que apresenta ao Departamento de Ciências Sociais do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Antropologia (UFPE) para obtenção do grau de Mestre.

ORIENTAÇÃO: PROFA. DRA DANIELLE PERIN ROCHA PITTA
CO-ORIENTAÇÃO: PROFA. DRA. MARTA REGUEIRA TEODÓSIO

MARIA ODETE DE VASCONCELOS

1995

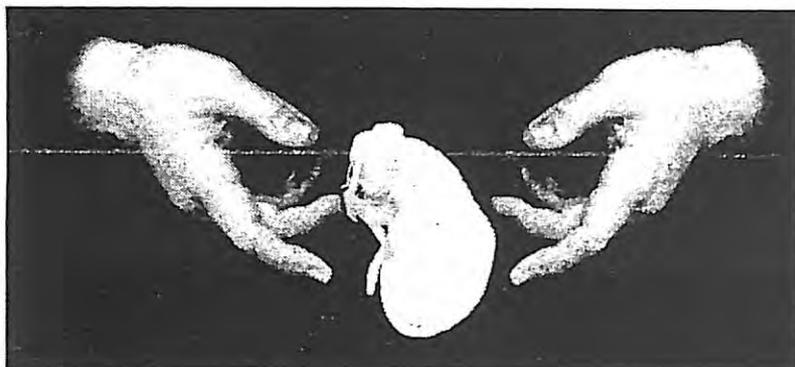
PE-00021922-3

Universidade Federal de Pernambuco
BIBLIOTECA CENTRAL
CIDADE UNIVERSITÁRIA
CEP, 50670-901 - Recife-Pernambuco-Brasil

845 / 11 / 93 / 96

A CERVO: 169142

IV 06



Dedicatória:

À Naíde,
Mulher, cientista e cidadã:
um exemplo a ser seguido.

*Sabemos que a idéia que
perturba é sempre mal
acolhida, e que nossas
proposições nos valerão o
desfavor de todos aqueles
para quem o conceito
atual de ciência parece
absoluto e eterno.*

Edgar Morin

Meus Sinceros Agradecimentos:

Aos Doadores Renais.

À Profa. Dra. Danielle Perin Rocha Pitta, orientadora e amiga, que acompanhou as primeiras idéias, a execução deste trabalho, e viabilizou uma convivência amena e enriquecedora, exercendo ao mesmo tempo a crítica necessária e elucidativa.

À Profa. Dra. Marta Regueira Teodósio, a quem devo meu convívio no mundo do nefropata, povoado evidentemente pelo Doador Renal, e sem a qual os aspectos nefrológicos e imunológicos desta Dissertação não teriam tomado corpo. Sua co-orientação eficiente e fraternidade manifesta, foram fontes de estímulo. Sua formação médica não impediu a demonstração de sensibilidade e valorização do social.

Ao Prof. Dr. Roberto Mauro Cortez Motta, Coordenador do Mestrado em Antropologia, mestre e amigo, pelo constante estímulo, cobranças sutis, e bibliografias sobre sacrifício cedidas com prazer.

À Profa. Dra. Gisélia Potangy, pelo papel que desempenhou na minha retomada à Antropologia.

Ao Dr. Rui de Lima Cavalcanti Neto, por me ceder, com presteza, parte da bibliografia especializada em Transplante Renal.

À Dra. Hélia Maria Cannizzaro, pelas instigantes discussões, críticas salutares, e por me ter feito ver a beleza do método e a eficácia do cumprimento da disciplina, sem deixar de salientar a correção ortográfica do texto. Sem a sua ajuda operacional teria sido mais difícil terminalizar esta etapa de vida.

Ao Depto. de Histologia e Embriologia, do Centro de Ciências Biológicas da UFPE, na pessoa do Prof. Dr. Paulo Padovan, que me permitiu conciliar as minhas atividades didático-funcionais com as obrigações de aluna do mestrado em Antropologia.

A todos os professores do Mestrado em Antropologia, bem como aos funcionários Elizabeth Jaques Carneiro Leão, Regina Salles de Souza Leão, Sóstenes da Silva Santana, Maria Auxiliadora Pereira Rosas cuja colaboração e urbanidade sempre se fizeram presentes.

Aos Profs. Drs. Philippe Jouron e Brigitte Fourestié, colaboradores em traduções, e que em conversas informais e através de uma leitura crítica alargaram meus horizontes, aprofundando minha visão sobre o problema pesquisado.

A Profa. Dra. Hulda Helena Stadtler, pelas sugestões na etapa final deste trabalho.

A Ívson Ferreira e Profa. Silvia Martins, amizade e convivência para toda vida, construídas durante os anos de realização do Mestrado.

À Profa. Grázia Cribari, pela colaboração especial, fazendo uma leitura de conteúdo e alertando para aspectos formais do trabalho.

À Zulêica Dantas Pereira, estimuladora e presente desde o “engatinhar” da pesquisa de campo.

À Marion Quadros e todos os componentes do “petit comitê”: Lady Selma Albernaz, Kátia Medeiros, e Clélia Moreira Pinto. Um agradecimento muito especial pela solidariedade e generosidade, expressos no momento doloroso de minha vida que testemunharam.

Ao Sr. Enio Mariz, amigo e irmão, principal contato com a maioria dos doadores.

À Leticia e Verônica Santos, pelo empenho em compensar uma enorme ausência, com suas presenças constantes e meigas.

Eternamente à minha mãe, que já não está mais aqui para me escutar, de quem recebi a energia e o desejo de construir e me construir.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT.....	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABTO.....	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
DNA.....	Ácido Desoxirribonucleico
EEUU.....	Estados Unidos da América do Norte
EPM.....	Escola Paulista de Medicina
HLA.....	Antígenos Leucocitários Humanos
MPAS/MEC.....	Ministério para Assuntos da Saúde. Ministério de Educação e Cultura
RNA.....	Ácido Ribonucleico
UTI.....	Unidade de Tratamento Intensivo

Observação: as palavras asteriscadas são conceituadas no Glossário e as frases aspeadas em itálico são citações

A apresentação das citações bibliográficas no texto está de acordo com a NBR 10520/outubro de 1988 (origem: ABNT - 14:01.01-005/84 (NB-896)). As normas para publicações mencionadas na tese estão de acordo com a NBR 6023/agosto de 1983 (origem: ABNT 68-89). As normas para o resumo estão de acordo com a NBR 6028/maio de 1989 (origem: projeto- NBR 6027/87). As regras de Dissertação de tese para obtenção do grau de mestre obedeceram ao parecer 977/65, Art.9º, do Conselho Federal de Educação.

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS	PÁGINA
FIGURA 1 - Sereias-pássaro. Cliché de Capitel da Igreja de Saint-Loup de Naud. Cliché: Hubert Josse	59
FIGURA 2 - Gravura do século XVII de Ateão surpreendendo Artemisia no banho. Cliché: J.L. Charmet.....	61
FIGURA 3 - Fotografia de quadro a óleo de Santa Ágata, de Zurbarán.	66
FIGURA 4 - Fotografia de quadro a óleo dos Santos Cosme e Damião, de Rincon Fernando.....	67
FIGURA 5 - Dafné com ramos de Loureiro saindo da cabeça. Cliché: E. Lissing.....	71
FIGURA 6 - Fotografia de Dr. Alex Carrel. Cães com patas dianteiras transplantadas. Cliché: Biblioteca Nacional de Paris.....	76
FIGURA 7 - Fotografia do Dr. Demikhov com cão apresentando uma segunda cabeça implantada.....	77

LISTA DE TABELAS

TABELA	PÁGINA
TABELA 1 - Distribuição dos Transplantes Renais em Relação ao Doador, no Brasil (1987-1993).....	13
TABELA 2 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Sexo.....	117
TABELA 3 - Distribuição das Doadoras da amostra segundo Receptor.....	118
TABELA 4 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Idade.....	126
TABELA 5 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Cor.....	129
TABELA 6 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Grau de Instrução	130
TABELA 7 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Salário.....	133
TABELA 8 - Distribuição dos Doadores da amostra segundo Religião.....	140

SUMÁRIO

Agradecimentos

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras e Tabelas

Resumo

Página

INTRODUÇÃO.....	09
1 - PROBLEMATIZAÇÃO E APROXIMAÇÃO TEÓRICA.....	23
2 - METODOLOGIA.....	38
3 - PARA UMA HISTORIOGRAFIA DO TRANSPLANTE.....	56
3.1 Do Sonho à Realidade.....	56
3.2 Quando Rejeição não é Desamor.....	88
4 - TRANSPLANTE: LEI, ÉTICA E RELIGIÃO.....	98
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	115
5.1. A Identidade Visitada.....	116
5.2. A Máscara Desvendada.....	138
5.3. A Imagem Encontrada.....	172
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	214
Abstract.....	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	220
ANEXOS.....	229

Glossário

Roteiros de Entrevistas

Xerox de Jornais e Revistas

RESUMO

Esta Dissertação tem como objetivo o estudo do doador renal, enquanto indivíduo contextualizado na sociedade e as maneiras como ele representa a dádiva, buscando correlacioná-la com sua biografia. Procura identificar de que modo o dom do rim influenciou no seu cotidiano e sua visão de mundo, e analisa os motivos que impulsionaram a doação. Na pesquisa, é dada ênfase à investigação das imagens mais representativas que compõem seu universo simbólico.

Foi realizada uma etnografia, e esta foi submetida a dois tipos de interpretação: uma análise compreensiva dos dados etnográficos, e uma análise simbólica dos discursos. Na primeira estratégia metodológica, a realidade objetiva tornou-se evidenciada e foi então submetida a um tratamento analítico que possibilitou interpretar algumas correlações entre o doador e suas categorias sociais, suas relações familiares, e suas relações com o receptor. Na segunda, foi detectado como as imagens se organizam em torno da dádiva, e o imaginário simbólico pesquisado permitiu vislumbrar de que maneira ele é utilizado para manter os ajustes biopsicossociais, que conferem um equilíbrio dinâmico ao doador.

A metodologia empregada permitiu revelar tendências indicativas de que coexistem vários impulsos motivadores, que somados elaboram a força motriz do dom. Em suma, sustenta-se, aqui, que através do discurso do doador renal (linear ou simbolicamente interpretado), é possível sugerir que as razões que levam ao dom extrapolam as explicitamente representadas e valorizadas pelo senso comum.

A análise apresentada, neste trabalho, está baseada numa pesquisa realizada entre doadores renais e técnicos relacionados com o transplante no Recife, entre os anos de 1993 e 1994.

INTRODUÇÃO

O Transplante¹ de tecidos ou órgãos é um procedimento terapêutico utilizado para substituir tecidos e órgãos lesados, irremediavelmente, devido a doenças e/ou traumatismos. Os transplantes possibilitam a substituição de estruturas do corpo definitivamente lesadas. Portanto, aumentam as expectativas de vida dos pacientes portadores de tecidos e órgãos considerados funcionalmente insuficientes, e cuja incompetência fisiológica não responde aos tratamentos clínicos. Por outro lado, os tratamentos clínicos aplicados aos doentes renais crônicos², levam a um grande dispêndio de tempo em serviços dialíticos, e não impedem que intercorrências os levem aos frequentes internamentos hospitalares.

O emprego da prática médica do transplante tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Atualmente, os transplantes são realizados em unidades médicas da maioria das capitais brasileiras, desde que possuam centros médicos com recursos humanos e tecnológicos que os viabilizem.

Dentre os diversos órgãos transplantáveis (coração, fígado, medula óssea, pele, córnea), o rim é um dos mais frequentemente realizados e com ótimas respostas de enxerto³, possibilitando uma razoável sobrevida para o receptor*.

Existem substâncias que são excretadas pela urina, após a filtração do sangue realizada pelos rins. Se os dois rins se encontrarem incapacitados para realizar suas várias funções⁴, e dentre elas a de filtração, as substâncias tóxicas serão retidas

¹ Transferência de células, tecidos ou órgãos de um ser vivo para outro, provenientes do mesmo ou de outro organismo.

² Portadores de lesões renais irreversíveis.

³ Denominação dada ao material retirado de um ser vivo e introduzido em outro.

⁴ Afora a função hemofiltrativa*, na qual os rins eliminam através da urina vários resíduos do metabolismo, o excesso de água, de sais e outros elementos; eles também participam da manutenção da pressão arterial*.

no sangue em quantidades superiores àquelas compatíveis com o equilíbrio fisiológico do organismo. Esta condição, se for cronicamente instalada, determinará o aparecimento de uma constelação de sinais* e sintomas* que culminará com a morte.

A medicina conta com duas modalidades terapêuticas que substituem a função renal: as dialíticas e as transplantadoras. As terapias dialíticas são medidas terapêuticas que realizam a filtração do sangue (extra ou intra-corporeamente), e permitem desintoxicações intermitentes ou contínuas dos portadores de insuficiência renal⁵. As terapias dialíticas não curam os rins doentes, apenas retiram as substâncias tóxicas do sangue dos pacientes. Estas terapias permitem uma razoável sobrevida, e minimizam as restrições dietéticas que os portadores de insuficiência renal são obrigados a cumprir. Elas também possibilitam uma relativa readaptação funcional e social do paciente, além de melhorar sua qualidade de vida. Assim, a maioria dos pacientes que são submetidos a esses tratamentos continuam exercendo suas atividades profissionais, o que os possibilitam continuar sendo membros participantes da sociedade, enquanto indivíduos produtivos. Essas terapias dialíticas, por viabilizarem uma maior sobrevida aos pacientes renais (às vezes por longos anos), tornam a espera de um transplante renal possível e suportável.

Os tratamentos dialíticos podem ser intermitentes (sessões realizadas duas ou três vezes por semana, nas quais o paciente vai a um serviço dialítico submetendo-se à filtração do sangue intoxicado, durante um período que varia de cinco a dezesseis horas, dependendo do tipo de diálise) ou contínuas (nas quais a filtração é permanente ou quase, e apenas um controle ambulatorial periódico deve ser feito). As primeiras podem ser de dois tipos: Hemodiálise⁶ e Diálise peritoneal⁷. As diálises contínuas podem ser do tipo CAPD⁸ ou do tipo "home dialysis"⁹.

⁵ Redução da função renal, causada por várias doenças.

⁶ Processo de retirada de substâncias tóxicas acumuladas no sangue do insuficiente renal, através de rim artificial.

Na América Latina, 88.8% dos pacientes renais crônicos terminais, isto é, aqueles que são portadores de insuficiência renal bilateral irreversível, usam a hemodiálise como modalidade terapêutica, enquanto na Europa, este percentual representa 83.15%. Estes dados revelam a escolha deste método terapêutico, tanto nos países de primeiro mundo quanto naqueles em desenvolvimento. Na Europa, quando este percentual leva em conta o número de pacientes transplantados, o valor cai para 57.68% (Martins, 1994, pp. 45-52). Na Europa, 13% dos pacientes renais são submetidos a CAPD, e na América Latina o percentual é de 11.2%. Portanto, neste caso, também, não há diferença significativa. A "home dialysis", praticamente inexistente no Brasil, atinge, entretanto, percentuais de 15% no Canadá e Austrália (Martins, 1994, pp. 45-52).

É necessário uma participação bastante ativa do paciente nos processos dialíticos contínuos, seja este tratamento controlado ambulatorialmente com frequência, ou não. No processo dialítico contínuo o paciente deve possuir excelentes noções de higiene, além de exigir, dele, um ambiente doméstico asséptico (para evitar infecções). Este fato, juntamente com um alto senso de responsabilidade para consigo mesmo, e da necessidade de uma personalidade participativa, poderiam tornar as terapias dialíticas contínuas menos escolhidas (no Brasil, apenas 3.1% estavam sendo submetidos a CAPD em 1992)¹⁰.

Portanto, a Hemodiálise se constitui o tratamento clínico de eleição, para renais crônicos, na maioria dos países.

⁷ Filtração do sangue através da membrana peritoneal que recobre as vísceras abdominais.

⁸ Sigla de **continuous ambulatory peritoneal dialysis**. Processo de filtração do sangue que usa o peritônio como fronteira separadora, porém é realizada manualmente pelo próprio paciente que se desintoxica por períodos de tempo muito mais demorados do que pela hemodiálise (da qual fica liberado).

⁹ Diálise praticamente sem acompanhamento ambulatorial, na qual o paciente tem um papel ativo.

¹⁰ Dados do V Registro Brasileiro Diálise e Transplante Renal (1993, p. 33).

O transplante renal pode ser realizado a partir de dois tipos de doadores: vivos e cadáveres.

Os doadores vivos¹¹ pertencem a uma das duas condições: são relacionados com seus receptores por consanguinidade e/ou aliança, ou não são. São considerados doadores cadáveres aqueles que por vontade própria, expressada antes de morrer ou decisão dos familiares, tornam disponíveis seus órgãos e tecidos para transplantes. Estes, frequentemente, são indivíduos que morrem por acidentes, suicídios, ou assassinatos. Seus órgãos devem ser sadios e eles, obviamente, não devem estar infectados com moléstias transmissíveis.

Na Europa, dentre todos os pacientes renais, 30.62% estão com enxertos funcionantes, e na América Latina o número é de 5.4% (Martins, 1994, pp. 45-52).

Na Europa, em 1991, ocorreram 11.524 transplantes, dos quais 10.720 foram devidos às doações de cadáveres e somente 804 foram realizados a partir de doadores vivos, o que representa uma média de 17 / milhão de habitantes (Martins, 1994, pp. 45-52).

No Brasil, o V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante Renal¹² (1993) que oferece dados coletados de pacientes receptores de transplante renal, através de questionários enviados aos centros de diálise e transplante do país, desde janeiro de 1987 até abril de 1993, revelam o número de 6.139 pacientes transplantados. Dentre esses pacientes, 57% receberam rim de doador vivo e 43% de doador cadáver. Dos 57% de doadores vivos, 92% eram parentes consangüíneos dos receptores (Tabela 1).

Esses dados indicam uma diferença significativa entre os dois continentes, não só no percentual correspondente ao transplante de modo geral, mas no que diz respeito ao tipo de doador.

¹¹ Pessoa que, através de cirurgia, permite que um dos seus dois rins seja retirado e colocado em outro indivíduo. este portador de doença renal crônica.

¹² Publicação de dados referentes aos procedimentos dialíticos e transplantes renais, realizados em âmbito nacional, organizada e editada pelo Centro de Informática em Saúde Pública da Escola Paulista de Medicina, com o apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia e patrocínio do Ministério da Saúde.

Tabela 1 - Distribuição dos Transplantes Renais em relação ao Doador no Brasil (1987-1993)

<u>Doador</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Vivo	3485	57.4
Cadáver	2584	42.6
TOTAL	6069	100

Fonte: adaptação do V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante (1993).

Tal diferença pode ser analisada considerando os seguintes aspectos:

- a medicina de alto custo que representa a terapia transplantadora;
- a inexistência de centros administradores de captação e redistribuição de órgãos de cadáveres, e dentre eles rins;
- a ausência de campanhas frequentes de conscientização da população que estimulem a doação de órgão, a partir de cadáveres;
- a falta de uma legislação facilitadora para realização de transplantes a partir de órgãos de cadáveres, fatos estes que ocorrem na Europa¹³.

O tamanho da população de doadores vivos revela sua importância, e confere até certo ponto legitimidade, pelo menos virtual, ao interesse para estudá-la sob diversas perspectivas.

Cabe à medicina estudar o doador renal nos aspectos intimamente relacionados com o transplante: do ponto de vista de aceitação ou rejeição do enxerto, das suas viabilidades clínicas pré e pós-cirúrgicas, entre outros. E, as ciências sociais

¹³ Estas considerações devem levar em conta que as terapias dialíticas também representam uma medicina de alto custo no Brasil. por exemplo, em janeiro de 1995 os valores para Hemodiálise e Diálise peritoneal eram de R\$ 73,50 e R\$ 80,53 por sessão (para a Previdência Social). Fato que têm estimulado o aparecimento de um empresariado médico, específico para tratamentos dialíticos.

devem estudar o doador renal no sentido de contextualizá-lo na sociedade na qual está inserido, como se comporta este doador segundo categorias como sexo, classe social, religiosidade, entre outras. Além de tentar cercar os valores culturais, procurar ver quais as correlações existentes entre estes valores e a doação, e tentar integrar os aspectos sociais aos biológicos.

Por outro lado, o número de novos casos de pacientes renais crônicos cresce na Europa, EEUU, Austrália, e Japão, e isto também se dá no Brasil. Em parte, como consequência da precisão atual dos diagnósticos, e em parte pela ausência de uma ideologia profilática efetiva e generalizada (fato bem evidente no Brasil). Logo, é possível que o número de transplantes tenda a aumentar, tornando ainda maior a necessidade de doadores renais, sejam eles vivos ou cadáveres. Realidade que possivelmente aumentará o contingente de doadores (e entre eles, os doadores vivos).

Para contextualizar o parágrafo acima, existia no Brasil, em 1992, 3.434 pacientes renais crônicos terminais, submetidos aos diversos tipos de tratamentos dialíticos, o que representa 39,0% de pacientes por milhão da população (população em 1992=149.69 milhões)¹⁴. Pacientes, esses, inevitavelmente dependentes de tratamento dialítico para sobreviverem, e a maioria deles expectante de um transplante renal.

O estudo do doador vivo, sob a ótica antropológica, enfatizando aspectos psico-sócio-culturais, além de contextualizá-lo socialmente, com certeza revelará dados que poderão refletir alguns ângulos da cultura na qual ele está inserido. Este tipo de investigação, também, poderá evidenciar os fatores que influenciam o seu gesto dativo.

¹⁴ Dados do V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante (1993, p. 33).

No cenário do transplante participam vários personagens e dentre eles de maneira mais ativa, pelo menos três especificamente, se interrelacionam de modo mais íntimo. Cada um deles, e as relações entre eles, mereceriam um olhar e um pensar antropológico.

Do transplante participam com maior evidência o receptor (motivo maior do transplante), o doador vivo ou morto (viabilizador da substituição), e o médico (operacionalizador do transplante). Sem esquecer o papel da família, seja ela do doador vivo (que sempre é a do receptor), ou a do cadáver, que via de regra, é outra que não a do receptor e frequentemente (sem o concurso do morto) é responsável pela decisão de doar seus órgãos.

Este estudo visou compreender alguns aspectos antropológicos de um desses três personagens: o doador renal vivo, e nele houve a preocupação de tentar estabelecer o desenho do seu imaginário, principalmente aquele imaginário correlato aos motivos que impulsionaram o dom¹⁵.

O interesse por temas relacionados com elementos do cenário que compõe o transplante nasceu de experiência profissional (em clínica hemodialítica do Recife), durante seis anos, que permitiu um convívio bastante intenso com pacientes renais crônicos submetidos ao tratamento dialítico, bem como com seus familiares.

A nossa atividade neste serviço dialítico, dentre outras, era oferecer suporte psicoterápico à população de pacientes renais crônicos submetidos às terapias dialíticas. Alguns desses pacientes (pelas suas condições clínicas e por disponibilidade de doadores potenciais) encontravam-se passíveis de um transplante renal, e todos (mesmo os clínicamente e etariamente considerados não transplantáveis, ou aparentemente sem doadores disponíveis) mantinham acesa a chama da esperança de vir a se

¹⁵ Ou dádiva, embora teoricamente voluntária, sendo na verdade um ato de doação que implica em troca, submetida às regras de reciprocidade obrigatória (Oliveira & Fernandes, 1979, p.30).

submeterem a um transplante renal. O acompanhamento psicoterápico era extensivo aos familiares dos pacientes (pelo menos àqueles envolvidos com seu paciente e com o serviço), e alguns deles se colocavam disponíveis à doação.

Algumas vezes, se fez necessário fornecer para os técnicos do serviço (médicos e paramédicos) voz e técnica, no sentido de ajudá-los a administrar o "stress" resultante do exercício cotidiano da especialidade. Assim, ficou evidente, nesse convívio hospitalar, que o universo humano circulante de uma clínica dialítica (principalmente pacientes, familiares de pacientes, e técnicos) é submetido às situações de exceção, que requerem uma circulação de afetos e emoções muito intensa entre eles.

Por longos períodos (anos até), o dia a dia do serviço implica, para todos eles, uma forma relacional muito rica a despeito de ser exaustiva e traumatizante. A observação desta vivência deixou muito claro que estes sentimentos, estas relações, e as representações surgidas ali dentro e a partir dali, não ficavam seqüestradas intra-muros da clínica, mas acompanhavam os pacientes e seus parentes para os seus núcleos familiares. Além do que, as ocorrências vivenciadas lá fora, especialmente entre a família e o doente, chegavam até o serviço e se constituíam argamassa para elaboração dos fenômenos comportamentais e das relações sociais ocorridas intra e extra-clínica.

Aquela observação participante (que embora não seja material para esta Dissertação), nos despertou potencialmente o interesse que se atualiza agora.

Durante aquele trabalho foi percebido que existe, constelando o transplante renal, um pano de fundo muito pluralizado. Plural, quanto aos vários elementos que dele participam (desempenhando papéis diferenciados) e interagem. Plural, quanto as diversas faces pelas quais pode ser focado: representações, motivos, conflitos, entre outras, e todas elas carente de estudo.

O transplante e todas as suas implicações (médicas, legais, éticas, religiosas, psicológicas, comportamentais), e os atores que dele participam, merecem e carecem da atenção reflexiva da Antropologia.

Surgia então, desde aquela época, a necessidade e o desejo de pesquisar alguns aspectos sócio-culturais do doador renal, considerando que a objetividade da ciência médica com seus números e percentuais ou as técnicas psicoterápicas, eram elementos redutores e não permitiriam uma aproximação maior do perfil do doador renal. Pelo menos enquanto revelação, de um desenho desse doador, que somasse a psiquê com suas representações e as influências culturais que compunham o seu todo.

Esta Dissertação se propõe estudar antropologicamente o doador renal, contextualizando-o na sociedade, enfatizando o seu imaginário, mas sem deixar de lado a possibilidade de situar historicamente o transplante renal (razão da existência do doador) e considerar também os aspectos mais marcantes da rejeição do órgão transplantado.

Os dados médicos, conclusivos e válidos, citados nesta introdução, descrevem alguns aspectos do transplante e da rejeição do rim transplantado, mas não respondem às inquietações surgidas durante o período da vivência experimentada acima, principalmente inquietações com doadores potenciais.

Os dados oficiais deixam claro que a maior frequência (quando a opção terapêutica é a transplantadora) dos enxertos renais vem de doadores vivos, e dentre estes, de parentes consanguíneos.

Uma primeira curiosidade foi buscar os motivos que levam a doação renal, e quais as pulsões subjetivas e/ou sociais que estariam, ou não, fornecendo coerência ao dom. Relendo as fichas, e outros materiais daquelas antigas interações

psicoterápicas com doadores renais potenciais, e refletindo sobre seus conteúdos, pareceu evidente que somente uma abordagem antropológica poderia fazer realçar as pistas indicadoras dessas questões.

Este estudo foi realizado considerando os aspectos que se seguem:

-A dádiva, bastante estudada por Mauss (1974, pp. 37-184), implica no surgimento de um contrato legitimado por trocas. A doação renal que se apresenta à primeira vista como voluntária, pelos laços de consanguinidade existentes entre os atores, é revestida virtualmente de obrigatoriedade. A aceitação da dádiva é concretamente obrigatória, considerando que o rim representa para o receptor a própria vida. Enfim, a retribuição torna-se vital para que a virtude do ato do dom não fique estagnada e mantenha-se circulante, reafirmando, inclusive, as relações sociais dos envolvidos no evento;

-A reciprocidade, como salienta Lévi-Strauss (1976, pp. 92-107; 519-537), é o princípio que dá norte às dádivas, e muitas vezes ela é gerenciada pela busca do poder, emoção, prestígio e simpatia, como elementos de retorno;

-E através desse olhar antropológico, um estudo do imaginário do doador renal permitirá vislumbrar o seu universo simbólico. A imaginação simbólica, objeto de estudo do imaginário, é uma força poderosa e dinâmica que organiza e dá homogeneidade às representações, além de interferir nas réplicas pragmáticas ofertadas pela percepção (Durand, G., 1989, pp.17-37). Este último caráter da imaginação, o do dinamismo reformador do percebido, constitui-se na base de todo psiquismo. Estudando a imaginação simbólica, pelo viés antropológico, é possível desvendar os intercâmbios ocorridos (que existem e são incessantes) entre as imposições subjetivas do indivíduo e as intimações objetivas que o sócio-cultural (e o próprio cosmos) impõem a ele (Durand, G., 1989, pp.37-46). Este é o conceito do *trajeto antropológico*, melhor conceituado no corpo da Dissertação, que será

vislumbrado através do estudo da imaginação simbólica e indicará as relações existentes entre o sócio-cultural e cósmico, dinamicamente organizado no doador renal estudado nesta Dissertação, no que tange aos motivos que o levou ao dom.

Nas referências, em que constam estudos que se aproximam da preocupação básica deste trabalho, são citadas: a dissertação apresentada, no mestrado de Antropologia Social da Universidade do Rio Grande do Sul, sobre a construção social da doença renal e as representações edificadas em torno do transplante (Borges, 1995); relação do doente entre hemodiálise e transplante (Roazzi et al., 1990); um estudo sobre transplante renal através de doadores pais, enfatizando os aspectos técnicos (Araújo et al., 1985); trabalho estudando transplante renal a partir de doadores não relacionados, no qual o autor toca de raspão nos temas sócio-culturais (Janhez et al., 1993); trabalho que se reporta ao direito à saúde e ao transplante (Moulin, 1993); estudo sobre as questões éticas e legais do transplante (Bernheim, 1993); considerações sobre transplante e religião (Dinechin, 1993; Quere, 1993; Boubakeuer, 1993); e considerações pertinentes em torno da ética que envolve a dádiva de partes do corpo humano. A escassez de bibliografia relacionada com estudos sob a ótica antropológica em doadores de órgãos, e especificamente em doadores renais, contribuiu para fortalecer a intenção de realizar esta Dissertação.

O trabalho foi dividido em capítulos. O primeiro pretende situar o objeto de estudo, estabelecendo a problematização e se acercando das hipóteses, sejam elas geral ou operacionais. Assim, na **Problematização e Aproximação Teórica**, serão abordadas as teorias que contribuíram para interpretar os dados encontrados no trabalho de campo.

No segundo capítulo, **Metodologia**, o objeto de estudo é circunscrito e os procedimentos metodológicos são descritos, levando em consideração as dificuldades e facilidades experimentadas no trabalho de campo.

O terceiro capítulo, **Para uma Historiografia do Transplante**, persegue o transplante no seu contexto histórico e está subdividido em dois sub-capítulos: o primeiro, **Do Sonho à Realidade**, tenta rastrear a idéia do transplante, pinçando exemplos de seres com modificações morfofisiológicas no corpo, desde os tempos fundadores. Este, relaciona a ingerência nas forma e fisiologia de figuras da mitologia indo-greco-latina, bem como, na mitologia indígena brasileira. Os exemplos citados foram todos eles de receptores, exatamente pelo fato de que na literatura pesquisada são os que mereceram destaque descritivo maior (talvez pelos poderes que adquiriram após implantação, e também porque os doadores daqueles tempos eram animais filogeneticamente* inferiores, ou vegetais). Entretanto, para que tais enxertos tenham existido um doador se fez necessário, mesmo que tenha sido águia, touro, leão, cabra ou ramo vegetal. Por outro lado, ainda que os relatos mitológicos salientem apenas receptores, e esta pesquisa esteja intimamente relacionada com o doador, e se a proposta deste capítulo é percorrer no tempo a história do transplante de um modo geral, e o renal de modo particular, não poderia deixar de abordar os eventos que dessa ou daquela maneira se relacionassem com ele.

Alguns dos milagres cristãos mais significativamente associados ao transplante, também são enfatizados, neste primeiro sub-capítulo. A existência de tais relatos ressaltam a importância no cristianismo da utilização curativa do transplante.

Em se tratando de uma Dissertação que aborda um objeto de pesquisa (doador renal) e que pode ser analisado, pelo menos, por duas ciências: Antropologia e Medicina, pareceu necessário e lógico discorrer, também, sobre os passos percorridos pela última, ao longo dos anos, para viabilizar o transplante. De início, a

necessidade pode ser expressa pelo fato de que esta Dissertação, embora essencialmente antropológica, se prestará também à consulta por pessoas da área médica, e esta lógica é apoiada pelo fato de que a interdisciplinaridade se caracteriza, exatamente, em não desprivilegiar conhecimentos de áreas aparentemente divorciadas, mas pelo contrário, procurar estabelecer pontes entre tais conhecimentos, que resultem numa tentativa de aproximação da verdade holística. Assim, este capítulo, acompanha os passos das primeiras incursões científico-metodológicas realizadas nos estudos sobre transplante, até nossos dias.

A segunda parte deste capítulo, denominada **Quando Rejeição não é Desamor**, reporta-se ao fenômeno da rejeição imunológica* do rim implantado. Nos pareceu importante levantar este problema pelas mesmas razões acima referidas, isto é, reafirmar a interdisciplinaridade da Dissertação. Por outro lado, acreditamos que não se pode estudar a doação de órgão, sem levar em consideração sua antítese (rejeição). Neste sub-capítulo, em linguagem o mais laica possível, as razões biológicas da rejeição são levantadas e correlacionadas com aspectos sócio-culturais.

O quarto capítulo, **Transplante: Lei, Ética e Religião**, faz uma incursão nos aspectos legais e de como a lei, amparada moralmente por uma bioética, se comporta em face ao transplante. Aborda também, a atitude das religiões em relação ao transplante de órgãos.

O quinto capítulo, reporta-se ao lançamento dos **Resultados e Discussão** dos dados coletados, segundo está explicitado na Metodologia. Ele contém três partes: na primeira, **A Identidade Visitada**, a amostra trabalhada é posta segundo uma categorização convencional; na segunda, **A Máscara Desvendada**, os discursos dos doadores são interpretados, e os dados relacionados com os motivos da doação são

são cercados; e a terceira parte, **A Imagem Encontrada**, refere-se a uma análise simbólica dos discursos dos doadores, que remete ao imaginário correlacionado com o ato da doação renal.

As **Considerações Finais**, sintetizam resumidamente os achados e indicam tendências que respondem às proposições que justificaram a pesquisa.

Seguem-se **As Referências Bibliográficas** e o **Anexo**.

O **Anexo** é composto de um **glossário** de termos utilizados pela medicina, de **Roteiros de entrevistas** e **Xerox de jornais e revistas**.

1. PROBLEMATIZAÇÃO E APROXIMAÇÃO TEÓRICA

...As definições são dogmas; só as conclusões delas retiradas nos permitem alguma visão nova...

K. Menger

Este capítulo delimita o objeto pesquisado, justificando seu estudo. Estabelece as hipóteses geral e operacionais e apresenta os eixos teóricos que irão dar subsídios à análise dos dados encontrados.

O trabalho pretende circunscrever socialmente e estudar o doador renal vivo, antropologicamente, refletindo sobre os valores que circundam o gesto da doação e os motivos que o levam ao ato de renunciar definitivamente a um órgão sadio.

Este órgão é de importância fisiológica inquestionável, mesmo que seja duplo. A doação obriga o doador a se submeter à uma intervenção cirúrgica (que não foge aos riscos convencionais de qualquer cirurgia), aparentemente por vontade livre, e salvo prova em contrário, desvinculadamente de qualquer tipo de retorno material. Considerando ainda que, pelo menos potencialmente, este doador se tornará um deficitário, principalmente se casos emergenciais de patologia renal unilateral ou perda traumática acidental do único rim restante, vierem a ocorrer.

Inicialmente, pretendemos verificar se, nos doadores renais pesquisados, existem, ou não, indícios dos motivos que os levaram ao gesto dativo, e se estes motivos, existindo, se comportam diferentemente segundo as categorias estabelecidas no capítulo Metodologia (p.38). Em segundo lugar, pretendemos verificar se o

imaginário¹ dos doadores renais pesquisados, através do estudo das imagens simbólicas² encontradas nos discursos, reafirmam, ou não, os motivos detectáveis através da interpretação dos dados objetivos da etnografia.

O senso comum³ (fruto de um conhecimento que não é submetido ao crivo pelo qual passa a epistemologia científica), reduz a complexidade das razões fundamentais da doação, unicamente ao altruísmo⁴. Este motivo de doação está expresso nos discursos dos receptores, dos familiares dos receptores, dos nefrologistas e outros técnicos envolvidos com o transplante (estes últimos, enquanto pessoas, que simplesmente convivem e conversam com doadores), e principalmente nos discursos dos próprios doadores. A mídia exarceba e mitifica esta concepção, reproduzindo-a através dos agentes que formam opinião pública, fortalecendo e legitimando esta representação social⁵. A hipótese geral, desta Dissertação, é questionar os motivos considerados pelo senso comum.

Altruísmo, termo adotado por Auguste Comte, é utilizado como antítese de egoísmo e neste sentido, e se entendido assim, viabiliza uma teoria da conduta que o aproxima da ética. Se o altruísmo for considerado como o dever de produzir o *bem*⁶ e *impedir o sofrimento* do outro, é uma prática ética da conduta. Entretanto, convém

¹ Aqui empregado, enquanto poder dinâmico, que ao formar as imagens também é capaz de deformar as cópias fornecidas pela percepção. Logo, possuidor de um dinamismo reformador das sensações que o torna fundamento de toda vida psíquica e capaz de traduzi-la. (Durand, 1989)

² Representação de um objeto por desenho, pintura, escultura e reprodução mental de uma sensação na ausência da causa que a produziu. Do latim *imago* (Cunha, 1992), aquelas que revelam temas (desenho ou figura) dos símbolos

³ Corpo de conhecimentos fundado na tradição e enriquecido por várias observações e experiências, sancionadas pela prática (Moscovice & Hewstone 1986, p. 542).

⁴ Amor desinteressado ao próximo, abnegação. Contrário de egoísmo (Houaiss, 1979).

⁵ Aqui empregado, como “ forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, e que percebe a realidade psicológica, afetiva, e axiomática inscrita no indivíduo, reinterpretando a realidade, organizando as relações do indivíduo com o mundo, e orientando suas condutas no meio social “ (Perrusi, 1992, p. 70).

⁶ “É o que, no plano da ação e em casos determinados, é considerado como realmente preferível” (Lobo, 1989).

levantar que o *bem* depende da interpretação que lhe seja dada. Embora, para Platão, a idéia do Bem seja fonte do ser e da essência das outras idéias (Lobo, 1989), o bem poderá ser, para uns, a obrigação de possibilitar prazer (satisfação) e impedir a sensação de dor (sofrimento) aos outros. Mas, também, poderá ser considerado como a obrigação de auto-satisfazer o próprio bem estar, e impedir a si próprio sofrimento ou aflição. O bem, ainda, poderá ser a busca de conhecimentos, de experiências estéticas, e de santidade, e neste caso sua prática será exercida com um conteúdo moral.

Este trabalho levanta uma hipótese inicial de que ao lado das razões citadas (altruísmo, generosidade, solidariedade, e amor), muitas vezes super-valorizadas pelo senso comum (inclusive pelo doador), existiriam outros motivos (inconscientes ou não) que revestiriam de lógica o gesto da doação, e até certo ponto o justificaria.

Por outro lado, esta hipótese é embasada no fato de que a doação de órgão é um dos exemplos máximos do dom, pois trata-se de uma dádiva que permite a circulação de parte do organismo humano que, presumivelmente, é capaz de gerar no receptor uma vida mais saudável. Enquanto dádiva, a coisa dada é *imanada*⁷ por uma virtude que transcende ao objeto (a vida) e teria que se sujeitar as regras que envolvem o dom, e no mínimo, teria que haver um retorno simbólico de utilidade para o doador.

Partindo desta hipótese geral, foram estabelecidas hipóteses operacionais que permitissem estabelecer pontes entre as interpretações analíticas dos achados e a hipótese geral. Estas hipóteses nasceram de alguns pressupostos:

◆um deles, é de que a doação mobilizaria o conceito existente sobre o doador por parte do receptor, da família, e da comunidade na qual ele está inserido. Assim, o doador de rim, ao fazer a doação, passaria a ocupar uma posição

⁷ No sentido de coisa embuída e atribuidora de Mana, ou poder sobrenatural.

diferenciada perante o receptor, a família, e a comunidade, fruto de um acréscimo de prestígio;

♦ por outro lado, o doador por ter possibilitado ao receptor um retorno à vida, poderia exercer, sobre este, um poder inexistente antes do transplante;

♦ foi considerado, ainda, que a doação implica em renúncia concreta de um rim e esta renúncia passa obrigatoriamente por uma vivência cruenta (cirurgia), e assim poderia, a doação de órgão, estar mediada por uma tendência sacrificadora por parte do doador renal vivo.

Partindo desses pressupostos, a pesquisa pretende correlacionar a dádiva com a estratégia do doador (até inconsciente) para saciar carências específicas (auto-estima, reconhecimento social e familiar, exercício de poder, e sacrifício ético como forma expiatória ou propiciatória).

Para testar essas hipóteses existiu a necessidade de cotejar os dados, compreendidos e interpretados nos discursos dos doadores da amostra, com as imagens simbólicas recorrentes que apareceram quando do estudo especificamente dirigido para o imaginário, desses mesmos discursos. Considerou-se que, através das imagens evidenciadas nos discursos, seria possível fazer uma aproximação dos motivos (possivelmente encobertos, até para eles próprios) que os levaram a concretizar a doação.

A doação de rim deve ser vista como um fato social⁸, na medida em que pode ser definida como um ato exercido por um agente social⁹, e envolvida com os

⁸ “Maneiras de agir, de pensar, e de sentir exteriores ao indivíduo, dotadas de um poder de coerção em virtude do qual se lhe impõem.” (Durkheim in Rodrigues & Fernandes, 1978, p.48).

⁹ Indivíduo, enquanto partícipe das manifestações decorrentes das relações, atividades, e produtos sociais, isto é, de tudo que é resultante das interações inter-pessoais.

diversos aspectos da sociedade (legais, éticos, econômicos, e religiosos). Entretanto, a doação renal parece não ser um evento semelhante aqueles que extrapolam a consciência do indivíduo, obrigando-o a agir apenas impelido por obrigatoriedade, cumprimento do dever, ou hábito cultural. Este é, inclusive, o caráter especial do fato social, caráter pluridimensional. Ele deve ser encarado sincronicamente (levando em conta seus envolvimento econômico, jurídico, religioso, estético, técnico, entre outros), e visto diacronicamente (levando em conta estágios diferentes da biopsicologia dos agentes sociais). Logo, o fato social é, ao mesmo tempo, coisa e representação. Todos estes patamares, de apreensão do social, carecem girar em torno de uma experiência concreta e numa dada sociedade localizada tempo-espacialmente, e também em um indivíduo ou grupo de indivíduos dessa sociedade. Além do mais, como diz Lévi-Strauss, *“para compreender convenientemente um fato social, é preciso apreendê-lo totalmente, ou seja de fora como uma coisa, mas como uma coisa de que faz parte integrante a apreensão subjetiva (consciente e inconsciente) que dela faríamos se vivêssemos o fato em lugar de observá-lo como etnógrafo”* (Lévi-Strauss in Mauss, 1974, p. 17).

A doação renal mesmo sendo um evento que determina mudanças relacionais entre o doador vivo e o receptor, entre ele e a família do receptor (que também frequentemente é a dele), e ele e a sociedade, há que ser pensada, também, através de representações ou ações determinadas pelo psiquismo e consciência individuais dos doadores. Para estudar a doação, do ponto de vista da Antropologia, não devemos nos ater a vê-la como um gesto mediado por imposições culturais que dão lugar a hábitos e costumes qualificadores do agir social, até porque existem doadores renais potenciais que se negam a doar.

A doação renal, encarada como fato social, pode ser repensada em sua essência através da teoria do dom (Mauss, 1974, pp. 37-178). A teoria da dádiva explicita os mecanismos relacionados com as contratações e trocas recíprocas, surgidos por intermédio do dom aparentemente voluntário. Estes mecanismos fomentam representações sociais, além de tornar estáveis as relações sociais. Nela, fica evidente que, as dádivas, mesmo parecendo voluntárias, se submetem a uma obrigatoriedade transcendente, tanto no seu instante inaugurador quanto no seu retorno (retribuição) consequente. Através do método da morfologia comparativa, Mauss analisa as estruturas da troca nas sociedades modernas. Ele esclarece o caráter ritual da troca no sistema *pottlacht*¹⁰, fenômeno que exhibe uma obrigação recíproca de realizar o dom pelo dom, e de se exceder nesse doar. Internalizando e envolvendo a coisa dada, encontra-se o espírito ou virtude que atribui a mesma um poder simbólico de transmissão. Desse modo, aquele que recebe torna-se impotente para recusar a dádiva e obrigado a retribuí-la. Os participantes desse comércio passam a ser elementos de articulação da comunidade, fortificando a coesão social, e fomentando, inclusive, bases religiosas. A obrigação de dar e receber é revestida de uma dinâmica que resulta no fortalecimento das instituições, e não é de natureza moral. Esses sistemas de troca são encontrados em vários aspectos da vida social e cotidiana.

A obrigação de dar, de aceitar, e de devolver, explicado pelo *mana*¹¹ (em maori, *hau*) ligado ao objeto dado e que vincula os doadores e receptores a ele, pode ser um esquema aplicável à doação renal. Para tal, convém lembrar que o rim,

¹⁰ Termo da língua indígena *nootka* que significa **dar, alimentar, consumir**, e traduz a prática observada entre as tribos do noroeste da América do Norte e também na Melanésia e Papuásia. na qual a dádiva e o esbanjamento são usados como meio de adquirir prestígio e poder sociais (Mauss, 1974, pp. 43-48).

¹¹ Termo polinésio que designa um poder sobrenatural, que geralmente é qualidade de certas pessoas como chefes ou de espíritos, e que pode impregnar objetos inanimados. Força que transcende a matéria. Designa ao mesmo tempo desejar, objeto desejado, a força e o prestígio que ele proporciona (Gazencuve & Victoroff, 1982).

enquanto objeto doado para transplante, carrega além de sua morfologia anatômica e de sua capacitação fisiológica, o poder e a força de revitalizar o receptor. Tanto o doador quanto o receptor, sabem disso.

Ao rim doado o doador encontra-se vinculado, porque sabe desse *mana* que o rim é portador (vida para o receptor), e também porque esse rim é parte do corpo do seu corpo que está sendo introjetado no corpo do receptor. É algo da própria intimidade do doador que está sendo cedida.

Ao rim recebido o receptor encontra-se vinculado, primeiramente por saber que naquele objeto dado está contida a sua própria vida, e nada é mais obrigatório receber do que vida (principalmente quando a morte é vizinha). O receptor sabe (ou intui) que a virtude do que lhe está sendo doado, por ser vida, jamais poderá ser total ou excedentemente retribuída, e o doador também o sabe. O receptor será sempre um devedor.

O rim circulante, então, no processo do transplante pode ser visto como uma moeda que guarda em si o sentido de poder que simboliza vida, isto é, um *valor*¹² que excede aos seus limites visíveis. Aqui, seria bom lembrar que o valor psicológico (individual e relativado) corresponde ao apreço que a *coisa* recebe, e o valor ontológico¹³ dela, corresponde ao grau de *ser* em que ela se situe.

O dom do rim parece tratar-se de uma troca por doação, na qual o presente não exige uma contraprestação imediata mas determina a existência de um crédito estabelecido. A obrigação de dar poderia ser, entre outras coisas, justificada pelo

¹² Empregado, aqui, como resultado de uma avaliação, porém sem esquecer que ontologicamente o valor intrínseco de uma coisa é inalterado.

¹³ Natureza última das coisas (Lobo, 1989).

poder que a dádiva confere ao doador sobre o receptor. Este poder advém do fato de que a dádiva está sempre atrelada à obrigação de ser retribuída, exatamente porque o presente carrega algo do doador que deve ser restituído.

Interpretando a dádiva, segundo Mauss, percebe-se que ela institui um tipo de relação que envolve o espiritual e que, por isso mesmo, ultrapassa a coisa dada e recebida. A dádiva transcende às pessoas que participam da transferência e a própria transferência em si, e repercute sobre o mundo natural¹⁴, social, e espiritual.

Com a dádiva é estabelecida uma via onde podem transitar qualquer coisa, seja material ou simbólica, pois a dádiva inaugura alianças nas quais a reciprocidade as alimentam.

Esta Dissertação tenta descobrir se o caráter transcendente dos laços estabelecidos pela dádiva do rim e suas formas (que extrapolam ao conteúdo concreto do presente intercambiado), criam novos, ou aumentam, os vínculos entre os elementos participantes do circuito. Descobrir, também, se na celebração do transplante, como “vencedor do embate”, o doador vivo busca alguns dos elementos envolvidos na troca, segundo a Teoria do Dom. E se assim for, descobrir, também, se o doador restaura seu equilíbrio nas áreas bio-psíquico-sociais desarmonizadas, através das retribuições simbólicas (se elas forem encontradas) conferidas por tal troca.

Ainda, em Mauss, foi encontrado aspectos conceituais que permitem estabelecer uma forte relação entre o corpo e o eu, e de como esta relação é tão entrelaçada e determinante socialmente. Portanto, a forma de usar o corpo difere de sociedade para sociedade e independe das regras biológicas (Mauss, 1974, pp. 211-221.). O corpo é o primeiro elemento instrumental e técnico do homem. É necessário

¹⁴ No sentido de que pertence à Natureza, é produzido por ela ou obedece suas leis.

que este instrumento seja adaptado aos fins mecânicos e químicos propostos pela natureza, e tal adequação lhe é conferida pela sociedade a qual pertence (Mauss, 1974, p.218). Assim, a forma de como o homem utiliza o corpo e como ele lhe serve, não no sentido dos gestos culturalmente definidos (como nadar, andar, gesticular, entre outros, que parece não ter relação com a doação) mas, principalmente, pelas noções de zelo em relação a integridade funcional orgânica e preocupações com a destinação das suas partes, pareceram consubstanciar esta pesquisa. Por outro lado, existe uma colaboração entre corpo e simbolização.

O conceito de reciprocidade generalizada se traduz como a troca de bens, favores e trabalho, baseada na suposição de que as retribuições se equilibrarão a longo prazo, e por conta dessa expectativa a questão da retribuição não é especificada ou mesmo sugerida (Service, 1971, p.27-28). A reciprocidade generalizada, comum entre familiares ou amigos, pode ser considerada como *altruísmo superlativo*, no qual a reciprocidade existe como expectativa convicta, embora genérica quanto ao valor e tempo que a retribuição deva ocorrer. Ela difere da *reciprocidade equilibrada*, posto que esta condiciona uma troca direta e presumivelmente satisfatória para aqueles que permutam. É possível que a doação renal, a partir de doador vivo, por ser frequentemente uma ocorrência entre parentes esteja identificada com a denominada reciprocidade generalizada, e desse modo seja interpretada simplesmente como *altruísmo superlativado* (fruto apenas do amor e obrigações vinculadas com a maternidade, paternidade, filiação, e fraternidade). Embora essas colocações em torno da reciprocidade sejam levantadas para as sociedades tribais, elas podem ser remetidas para nossa sociedade (Sahlins, 1983, pp. 127-135).

Os estudiosos do imaginário levantam, com propriedade, que existem relações internas entre o sujeito e as imagens produzidas por ele. Há uma personalidade nas imagens, e Bachelard afirma “*é pelas imagens que podemos fazer o diagnóstico dos temperamentos*” (Bachelard in Bonnaure, 1970, p.187). Portanto, a personalidade¹⁵ pode ser estudada através das imagens produzidas pelo sujeito.

A compreensão do imaginário permite que se mergulhe no imo de quem ele pertença, exatamente pelo fato de que ele é capaz de rerepresentar à consciência objetos ausentes através de imagens (Durand, G., 1964, p.12). A imagem “*não é nunca um signo arbitrariamente escolhido, é sempre intrinsecamente motivada, o que quer dizer que é sempre um símbolo*” (Durand, G., 1989, p.22). Os símbolos são evocadores de algo ausente ou impossível de ser naturalmente percebido, capaz de fazer aparecer um sentido secreto e possui algo mais que um sentido artificialmente dado, além de ter essencialmente, um poder espontâneo de repercussão (Durand, G., 1964, pp. 14-16). No imaginário se encontram os signos longínquos, aqueles que dão significado às imagens mais distintamente divorciadas dos objetos que representam. Possuidor de um valor intrínseco, o símbolo transcreve com concretude e veracidade um sentido abstrato. O significante do símbolo tem três dimensões: uma cósmica que pertence ao mundo visível, uma onírica cujas bases se estabelecem nas lembranças, gestos, sinais abstraídos dos sonhos e devaneios, e uma poética que se utiliza da linguagem (Ricoeur, s/d, pp. 45-80). E o símbolo pode ser detectado através das imagens.

Essas representações, essas imagens, são capazes de regular e ajustar o indivíduo, os relacionamentos interpessoais e inter-grupos sociais (enfim, um equilíbrio

¹⁵ Modo de ser e reagir aos estímulos externos e as pulsões internas que caracterizam um indivíduo, traduzindo o conjunto das suas tendências e disposições volitivas, constantemente integradas no caráter, temperamento, inteligência, e físico.

psicossocial), logo elas garantem e expressam as lógicas individual e coletiva, porque são elementos da consciência humana (Durand, G., 1964, pp. 89-111).

Um dos eixos teóricos, desta Dissertação, teve suas raízes na teoria do imaginário de Gilbert Durand. Esta teoria, considera a imagem como sendo portadora de um sentido e que é modelada e consubstanciada pelas pressões que recaem sobre o imaginador, sejam elas pressões subjetivas¹⁶ ou objetivas. A imagem seria, portanto, representativa da administração dessas pulsões internas e intimações externas.

A teoria do imaginário de Gilbert Durand tem três suportes: um *filosófico* que é fenomenológico e se ancora no descritivo dos fenômenos, outro *fisiológico* representado pela reflexologia dos neurofisiologistas Vedenski e Betcherev, e um terceiro *psicológico* que utiliza o conceito jungiano de arquétipo (Durand, G., 1989, p. 17-45).

A fenomenologia, enquanto ciência que se debruça sobre a experiência da consciência, viabiliza o poder plenipotenciário do símbolo e por contê-lo, a imagem também contém este poder.

A reflexologia está baseada nos gestos dominantes que representam a participação do sistema nervoso*, principalmente do cérebro em gerar os mecanismos senso-motores capazes de ajustar, num plano basal e fisiológico, os processos simbolizadores.

As correlações entre os movimentos inatos, que aparecem nos primórdios da vida (intra ou extra-uterina) com o imaginário, determinam que o corpo, como um todo, participe na construção do símbolo. Portanto, “*o corpo que é reflexo da sociedade e que articula significados sociais e não é apenas um receptáculo exclusivamente biológico*” (Ferreira in Leal, 1995, p. 93), quando é violentado na sua

¹⁶ Ou “pulsões subjetivas”, segundo G. Durand são os imperativos biopsíquicos detectados através da reflexologia betchereviana (Durand, G., 1989, pp. 29-31).

constituição e uma de suas partes sadias é retirada, esta renúncia deve obedecer a fortes razões. Estas razões podem estar inscritas no universo simbólico do doador.

Da Psicologia, de Carl Jung, a noção de arquétipo¹⁷ foi assimilada por Gilbert Durand em sua teoria. Em Durand, o arquétipo é espaço virtual *a priori*, que será preenchido pelas representações relacionadas ou similares. É fulcro de potentes forças imperceptíveis. O arquétipo reconhece e extrapola os limites do indivíduo, da sua história de vida, das ingerências regionalistas e sociais, que interferem na síntese das imagens por ele elaboradas.

O alicerce epistemológico, da teoria de G. Durand, é o que ele denominou "trajeto antropológico" ou *"troca constante entre as pulsões subjetivas e assimiladoras e as intimações objetivas que emanam do meio cósmico e social que ocorrem ao nível do imaginário"* (Durand, G., 1989, p. 29). A força propulsora individual (pulsões subjetivas) sofre influências das injunções sócio-culturais e é representada pelas contingências biopsíquicas ou psico-fisiológicas, de acordo com reflexologia betchereviana. O componente dinâmico deste conceito é a imagem. O imaginário seria essa estrada, esse cursor no qual a imagem é assimilada e esculpida, emoldurada e retocada pelos cinzéis, pincéis, e tintas das pulsões individuais, e pelo ambiente objetivo no qual ele se exerce enquanto sujeito.

O doador renal, através do seu imaginário, relacionado com a doação, refletirá traços subjetivos individuais e também o desenho dos elementos de sua cultura que mais influenciaram a doação. Segundo a teoria de Durand, *"existe uma estreita concomitância entre os gestos do corpo, os centros nervosos, e as representações simbólicas"* (Durand, G., 1989, p. 37)

¹⁷ Espécie de molde flexível, atrelado a uma idéia abstrata, que não pode ter visibilidade enquanto uma cultura não a tiver preenchido com um mito ou solidificado através de uma definição (Storr, 1973., p. 40)

A imaginação capaz de exercer um papel fundamental no sentido de restabelecer a homeostase* biopsicológica, fragilizada pela irreduzível convivência com as imutáveis regras do Universo: um tempo que não perdoa a falibilidade biológica e não escapa da morte, bem como, uma biografia subjugada aos aspectos sociais que poderiam ser denominados de destino.

Os “schèmes”, organizadores dos símbolos, são capazes de ajustar as contradições dos símbolos. Este é um conceito fundamental na teoria do imaginário de G. Durand, no sentido de entender o papel exercido por eles para que as representações não se manifestem caóticas.

Os símbolos, organizados pelo “schèmes”, percorrem o trajeto antropológico, indo do sócio-cultural ao psicológico e *vice-versa*. São eles que fazem a junção entre os gestos inconscientes da senso-motricidade, dominantes reflexas, e a representação.

Poder-se-ia falar na existência de um dinamismo resultante do encontro das estruturas arquetípicas com as reflexológicas, de modo que seja permitido ao trajeto antropológico um sentido que, partindo do fisiológico chegue ao social e outro que surgindo do social mobilize as forças fisiológicas.

Os símbolos tendem a convergir em pacotes, segundo similitudes e analogias, para se organizarem nos diversos instantes psíquicos em uma dada biografia.

O imaginário tem duas maneiras para encarar o imutável:

Uma das maneiras tem características que permitem enquadrá-la nos arquétipos heróico, do pai, do patriarca, da laçatura do batismal, e a maneira translúcida, facilmente objetiva, com que seus símbolos se denunciam, permitiram a G. Durand colocá-la num Regime Diurno do Imaginário. Este regime da imaginação privilegia a separação, a antítese, a bipolaridade, e impele para a combatividade. O

reflexo envolvido com este regime é o postural, exatamente aquele que percebe e contrapõe o horizontal e vertical. Os “schèmes”, deste regime, organizam os temas da separação e da mistura, o subir e o cair.

O outro modo imaginativo se caracteriza por formular símbolos que se mostram eufemizados, mascarados, escamoteados. Estes símbolos cabem no Regime Noturno do Imaginário. Este regime não se comporta como um divisor de águas como o primeiro, mas ao contrário, é reverberante, antifrásico, minimizante, e fundamentalmente não-combativo. Esta atitude imaginativa se movimenta para captar as forças vitais do devir, para substituir a luta; pela proteção benéfica dos ícones e talismãs, para transformar a linearidade do tempo em ciclos e ritmos. Fazem parte do seu arsenal arquetipológico, os arquétipos da descida, do continente e conteúdo, alimentares, do medo, da mãe, da moradia, da substância, ao íntimo e profundo dentre outros. O reflexo associado a esta vivência imaginativa é digestiva. Seus “schèmes” se responsabilizam pela organização dos símbolos, que expressam as ações de confundir, descer, penetrar, e possuir. Quando a atitude imaginativa assume estas características, trata-se da Estrutura Mística do Regime Noturno.

Entretanto, o Regime Noturno da Imaginação comporta ainda uma outra forma de exercer as forças imaginativas, representada pela Estrutura Sintética, sintética no sentido de conciliar características das duas formas anteriormente descritas. Em função dessa capacidade de quase sincretizar as estruturas heróicas e místicas, ela permite uma dialética entre os antagonismos, além de diacronizar as representações sujeitas a contradições, permitindo que o tempo as harmonize. Nessa estrutura imaginal se colocam os esquemas de causa-efeito, as racionalizações, e justificativas lógicas. A participação fisiológica dessa estrutura é de responsabilidade da dominante reflexa sexual ou copulativa, associada aos componentes psicomotores rítmicos. Os “schèmes” organizadores, nela, são os verbos e as ações relacionadas

com o amadurecer, a progressão, e o retorno. Os arquétipos são associados ao futuro e passado, ao filho, ao gérmen.

Verificar como se situam, os doadores renais, segundo suas forças imaginativas e buscar as imagens organizadas mais predominantes nos seus imaginários, permitirão visualizar seus arquétipos dominantes e suas tendências imagináticas.

Assim, o eixo conceitual e metodológico deste trabalho teve como um dos alicerces a teoria acima descrita, no sentido de evidenciar quais imagens simbólicas (relativas ao ato de doar) povoam a imaginação do doador renal. Com essas imagens, tornou-se possível descortinar o mapa percorrido pelo doador, para harmonizar biopsiquicamente e justificar as pulsões que o levaram a doação.

O arcabouço teórico dos conceitos elaborados na teoria do dom de Marcel Mauss, a visão antropológica da reciprocidade, bem como o imaginário, segundo Gilbert Durand, permitiram acionar as estratégias metodológicas e interpretativas desta Dissertação, como pretende mostrar o capítulo dos Resultados e Discussão.

2. METODOLOGIA

Se algo for válido, para aqueles que estejam na posse da razão, seus fundamentos serão objetivos e suficientes.

Kant

Os dados, desta Dissertação, foram frutos de pesquisa de campo realizada nos anos de 1993 e 1994. O interesse foi investigar a construção social da doação renal e os motivos que levaram os doadores vivos a doar o órgão. Por força de lei os doadores vivos são, via de regra, parentes consanguíneos* ou parentes afins do seus receptores, daí o número de doadores não-consanguíneos ser raríssimo.

O objeto pesquisado, neste trabalho, foi circunscrito em 25 doadores renais, todos mantendo com seus respectivos receptores algum grau de consanguinidade. Estes doadores foram contatados através de rede de relação, na qual participaram médicos, enfermeiros, funcionários de clínicas nefrológicas, e amigos de doadores. Todos eles vivenciaram suas primeiras experiências relacionadas com o processo de doação, nos centros médicos envolvidos com tratamento dialítico em pacientes renais crônicos, das várias Clínicas Hemodialíticas e Unidades de Transplante do Recife. Mesmo aqueles, aqui pesquisados, que vieram a concretizar o transplante em outra cidade do país ou do exterior, revelaram sua intenção de doar o rim à equipe médica dos serviços hemodialíticos do Recife, e através deles se submeteram às fases iniciais do processo de seleção clínica e imunológica que os indicaram como doadores otimizados.

Houve, nesta Dissertação, a preocupação de não usar doadores indicados por seus receptores ou por doadores já entrevistados. Esta preocupação possibilitou trabalhar com uma amostra que não corresse o risco de ter informantes, cujos discursos se tornassem comprometidos com a figura dos seus respectivos receptores. Este cuidado evitou que a amostra fosse viciada pelo conhecimento prévio do conteúdo da entrevista. Obedecendo esta condição, acordou-se com Tânia Salem, que mostra o risco de se generalizar os achados quando se pesquisa um pequeno grupo de informantes (Salem, 1980, pp. 23-24).

Com eles, foram realizadas entrevistas gravadas que tiveram, em média, duração de 90 minutos. Em um dos doadores, a entrevista foi realizada oito dias antes da efetivação do transplante, o que pareceu ser importante no sentido de ouvir sua fala de doador antes dele efetivamente concretizar o gesto. Para outro doador da amostra, o dom estava sendo feito para um receptor que já havia realizado, há alguns anos, transplante a partir de outro doador (e sofrido rejeição). Este doador, que na verdade foi um achado singular, fez nascer a curiosidade de saber de que maneira ele representou a “escolha biológica” realizada pelo receptor, ao perceber que seu rim doado não fora rejeitado como o da primeira tentativa de transplante.

O roteiro da entrevista passou por teste-piloto, objetivando realizar um controle de qualidade, antes de ser utilizada como procedimento técnico de base, na coleta dos dados. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, entretanto, em algum momento do processo foi deixado o entrevistado à vontade para dar corpo às suas idéias e, até certo ponto, orientar o encaminhamento do diálogo. Com esta estratégia, as perguntas preestabelecidas foram enriquecidas por informações que, embora parecessem paralelas, foram pertinentes e elucidativas para a problemática a qual se propôs este trabalho.

É reconhecido que a entrevista, como instrumento de pesquisa, pode e deve traduzir ideais, aspirações, sentimentos, pontos de vista, mas também idéias equivocadas. Uma maior autenticidade ao discurso é conferida, quando a ele, são contrapostos a conduta e o circunstancial do falador. Em função deste fato, foi tida a preocupação de ser feita uma observação¹ do comportamento do entrevistado. Este cuidado, durante a realização da entrevista, permitiu que fossem registrados no diário de campo aspectos comportamentais como: hesitação nas respostas, embargamento de voz, risos ou choros incoercíveis, reticências nas afirmações. Também houve atenção para o encadeamento de idéias e temas que se associavam mutuamente. A intenção foi de coadjuvar a linguagem verbal, que nem sempre é tradutora fiel do mundo consciente (e inconsciente) de quem fala, e assim tentar vestir o discurso dos entrevistados com uma concretude somática e gestual.

As perguntas, no roteiro (ANEXO), foram todas aplicadas a todos os entrevistados. A sequência das perguntas foi variada segundo o entrevistado, e foi permitido que este acrescesse outras informações que não foram perseguidas pelo plano da entrevista. Uma, exatamente a última, solicitava que o entrevistado discorresse sobre o que achava importante para ser dito por um doador de rim, e que no entanto não lhe fora perguntado, ou seja, viabilizava a abertura de um espaço que complementasse a entrevista através da visão do informante. Na fase de análise, este dado referenciou uma avaliação crítica do roteiro.

Com cada um dos entrevistados foi tida uma conversa inicial, explicando a razão da pesquisa e ressaltando também sua importância para se obter um

¹ Não se tratou da clássica observação participante, mas de ter o cuidado de correlacionar as informações com os aspectos êmicos do entrevistado, isto é, de apreender de que maneira os “fenômenos são percebidos e sentidos internamente pelo indivíduo” (Hoebel & Frost, 1976, p.446).

conhecimento aproveitável pelas equipes preparatórias (médicos, psicólogos, assistentes sociais) de futuros doadores. Apenas seis, dentre os entrevistados, sabiam de nossa formação médica e a eles explicamos que não estávamos ali nesta condição, portanto, definindo e caracterizando nosso papel no trabalho. Nesta conversa inicial, foi sistematicamente perguntado se o entrevistado preferia manter anonimato, e se ele assim o desejasse este seria preservado, inclusive na gravação. Quatro, entre eles, assim o preferiram. A intenção foi de proteger o informante, no caso de sua fala trazer alguma denúncia quanto ao sistema de saúde ou se ele viesse a fugir do roteiro de perguntas e levantasse questões pessoais ou familiares, que por quaisquer motivos lhe viessem trazer algum comprometimento ou constrangimento posterior.

Três entrevistas foram realizadas em ambiente hospitalar, vinte e uma ocorreram nas residências dos informantes, e uma em ambiente de trabalho.

Além dos doadores, foram entrevistados dois médicos e um psicólogo, especialistas em preparar clinicamente o receptor e o doador, e em selecionar imunológica e psicologicamente o melhor dos doadores potenciais, candidatos para a doação (ANEXO). As entrevistas neles aplicadas também foram semi-estruturadas, e nelas o interesse foi de que discorressem sobre seus pontos de vista a respeito de doadores renais, generalizadamente. Falaram de suas impressões quanto às razões e motivos do gesto da doação e relataram fatos que pareciam, para eles, ter mais relevância no estabelecimento de pistas sobre esses motivos. As perguntas constantes, neste roteiro, tiveram a intenção de, até certo ponto, conferir ou não, (senão fidedignidade, pelo menos tornar verossímeis) as respostas dos informantes, posto que na fase analítica dos dados tentou-se realizar um cotejo dos aspectos mais marcantes das falas dos doadores e das falas dos técnicos.

O roteiro da entrevista aplicado aos doadores, iniciado com a identificação, possibilitou circunscrever a amostra e classificá-la segundo categorias como sexo, idade, estado civil, profissão, parentesco com o doador, naturalidade, e residência. Coube, também, investigar se o doador já tinha morado, e por quanto tempo, em grandes centros do país ou no exterior e a pertinácia desta curiosidade deveu-se ao fato de necessitar comparar as concepções de mundo, e até que ponto (nos que tiveram esta vivência) ela influiu na maneira de ver e sentir o transplante/doação.

As perguntas foram sistematizadas em blocos, que viabilizaram estabelecer alguns critérios escolhidos como importantes, classificadas e grupadas obedecendo níveis de interesse como se seguem:

a) Características econômicas, que conferiram detectar se havia diferenças, ou não, na maneira como operacionalizaram o transplante ou de que modo imaginavam o transplante, segundo fossem doadores pertencentes a classes socioeconômicas diferentes.

b) Características intelectuais, que possibilitaram investigar se a visão de mundo, daqueles que tinham instrução categorizada entre analfabetismo, secundária ou superior, interferia, ou não, nas razões da sua doação.

c) Religiosidade, foi uma preocupação maior, exatamente porque permitiu cruzá-la com outros indicadores como grau de instrução, psicoafetividade, e cosmovisão (conceituação de sofrimento, doença e morte, sobrevivência após a morte), e assim perseguir a problematização proposta neste trabalho. Ainda, neste bloco de questionamentos, houve o interesse de distinguir dois tipos de informação: religião expressa como resposta linear e explícita, e prática religiosa. Isto porque, houve o temor de que quando perguntado sobre religião ocorresse um antagonismo entre a religião citada como sendo a sua, e a religião realmente praticada .

d) O conjunto de perguntas sobre as relações familiares, pretendeu posicionar o doador no contexto do seu núcleo familiar de origem e também da família reproduzida por ele (se fosse o caso), e com estes dados investigar a existência, ou não, de conflitos sutis ou extremados antes e depois da doação, e relacionar a existência, ou não, da interferência de tais eventos na sua predisposição de concorrer à possibilidade de doar o órgão e na efetivação da doação.

e) Foram feitas perguntas no sentido de tentar cercar as relações do doador com o receptor, tentando estabelecer se os laços afetivos e as vivências com o receptor tiveram influência na doação.

f) características psicoafetivas vivenciadas com o doador, depois da doação, bem como durante o processo de transferência do órgão foram feitas visando apreender o percurso de sentimentos, relações interpessoais, e representações emergentes decorrentes do dom. Estas informações foram fundamentais para inferir as variações interpessoais ocorridas entre doador e receptor mediadas pelo gesto, além de diagnosticar a vivência subjetiva do doador durante o processo. E ainda se sua escolha (dentre a constelação dos doadores potenciais) foi por ele próprio acolhida com uma auto-aceitação de doar imediata e tranqüilamente, ou se por algum instante houve hesitação ao saber que a Equipe de Transplante *o tenha escolhido de fato* (segundo o resultado dos exames de histocompatibilidade*), dentre todos os outros candidatos à doação. Neste ponto, a entrevista também coletou dados capazes de fornecer indícios de medos e inquietações, sofridos pelo doador, na ocasião do transplante.

g) Um grupo de perguntas foi realizado para tentar delimitar o perfil de personalidade do doador, com o objetivo de delimitar tendências como *insociabilidade, liderança, atitudes sacrificadoras* por parte do doador. Assim, a existência de *super-proteção* ou *rejeição*, experienciadas em alguma fase da vida dos doadores, foram pesquisadas e correlacionadas com o gesto da doação.

h) Foram feitas perguntas com a intenção de abordar a visão do doador, no que diz respeito ao rim enquanto parte do corpo. A noção da utilidade fisiológica do rim e o papel de sua duplicidade foram sempre colocados em pauta nas conversas, considerando que a aura simbólica do rim é bem diversa da do coração. Por exemplo, o coração "bate", "guarda a sentimência de amor e ódio", "silencia com a ausência da vida", e o rim por não possuir esta espécie de carisma fez despertar o interesse em saber como o doador qualificava e pesava o objeto de sua doação.

i) Foi também investigado se o doador possuía consciência da viabilidade de insucesso do seu dom, traduzido pela viabilidade de ocorrer rejeição do enxerto ou morte do receptor. Também foi pesquisado sobre sua maneira de encarar a consequência da doação de um dos rins, nele próprio (doença renal, por exemplo, nas circunstâncias de ser portador apenas de um único rim).

j) Foram também investigadas as diversas maneiras do doador ver a transplantação enquanto processo, seu posicionamento em face à doação de rim a partir de cadáver, e como considerava a comercialização de órgão. Estes questionamentos foram feitos no pacote de perguntas enquadradas nas representações do corpo e transplante, doença, e morte. Com elas, buscamos chegar perto da maneira como o doador representa seu corpo, doenças, transplante, e morte, justo nas áreas onde a inexorabilidade do destino carece ser processada para se ter uma razoável adequação com a vida.

Pareceu importante colher informações sobre o relacionamento entre doador / médico / psicólogo, durante o processo do transplante, no sentido de captar uma possível influência desta interação no processo da doação e nos sentimentos do doador, bem como ter dados referentes com a operacionalização do transplante em si.

Apesar do roteiro da entrevista ter sido seguido com rigor, onde todas as perguntas foram feitas a todos os indivíduos da amostra pesquisada, o encaminhamento delas durante o diálogo freqüentemente desobedeceu à ordem preestabelecida. O encaminhamento da conversa, seu rumo, a intimidação ou descontração do entrevistado, sua predisposição para falar dos aspectos mais intimistas, é que nortearam a flexibilidade na ordenação preexistente no roteiro.

A ordenação e classificação das perguntas, segundo os itens acima relacionados, foram realizadas após a transcrição das entrevistas e estas se deram de modo convencional (corridamente). Assim, desta transcrição convencional as respostas foram classificadas segundo blocos e pinçadas segundo dois critérios: similitude e alteridade de conteúdos, para posterior cruzamento e análise.

Durante o início da realização do campo, a pesquisadora foi submetida a uma certa ansiedade motivada pelo novo da situação, isto é, vivenciar a interação pesquisador/universo pesquisado. Até então, leituras especializadas e elaboração de roteiros de entrevistas fôra rotina individual e confortável. No campo ocorreu uma humanização. O esforço interpretativo realizado durante os contatos interativos com os informantes foi, ao mesmo tempo, salutar e laborativo.

A formação e experiência profissional básicas, da pesquisadora, embora tenha tornado capaz para a realização de entrevistas médicas (primeiro procedimento do método clínico) obviamente não a preparou para entrevistas aplicadas em Ciências Humanas. E mesmo a pós-graduação em Antropologia, que confere teoricamente esta habilidade, somente é capaz de gerar segurança na prática do campo.

Os dois tipos de entrevistas têm pontos em comum e diferenças marcantes. Na entrevista médica ou anamnésica o entrevistado quase não pergunta, e mais que isso, o entrevistador (médico) monitoriza as perguntas mesmo que não as

faça sugestionando para obter a confirmação de suas hipóteses diagnósticas. Hipóteses, estas, que começam a surgir incipientemente desde o primeiro momento em que os dois se encontram. O olhar perscrutador do médico se instala no instante em que o cliente adentra no ambiente da entrevista, momento este em que são detectados aspectos que vão desde o modo de andar, detalhes do fâcies, características da pele exposta, articulação da voz no primeiro cumprimento, higienização corporal e do vestuário, e se completa pelo detalhado exame semiológico no qual os sinais da doença são pesquisados. Cabe, apenas, ao entrevistado detalhar a sintomatologia de modo espontâneo ou através de instigação (Boltanski, 1989, pp. 42-51).

Por outro lado, instaura-se, neste tipo de entrevista, uma relação de poder (mesmo que ela seja fruto de um contrato no qual o entrevistado pague na hora ou tenha consciência de que está ressarcindo, através de seguros de saúde) onde o paciente parece ser o sujeito subordinado. Mesmo que o paciente possua um excelente grau de instrução ou as melhores condições socio-econômicas, ele frequentemente não é portador do saber específico do entrevistador. Mesmo que ele também seja médico, encontra-se fragilizado, humilhado, temeroso (como qualquer outro) na condição de doente.

Esta relação de poder, em parte, independe do médico e pertence ao imaginário cultural, fruto de uma espécie de herança mágica resultante da aura dos xamãs, feiticeiros, e curandeiros dos tempos fundadores (que provavelmente exerce importante papel como eficácia simbólica na cura) e, em parte, depende do próprio médico na medida em que ele parece realmente deter o conhecimento e a capacidade de minimizar ou afastar definitivamente sofrimentos físicos, mentais, e emocionais. É bem verdade, que a relação de poder instaurada neste tipo de interação social não seja exclusiva da entrevista clínica pois também ocorre na entrevista antropológica (quando há uma grande distância econômica, intelectual, etc.

entre o entrevistador e o informante). Porém, na entrevista clínica a relação de poder se destaca e é contumaz (há aproximação corporal entre os atores no exame clínico, no qual ocorre manipulação do doente pelo médico legitimando a autoridade deste último).

Outras particularidades relevantes da entrevista médica que afastam-na da entrevista antropológica:

1) a interação social médico/paciente ocorrendo no *espaço* do médico (consultório, ambulatório de serviços médicos, quarto ou outro ambiente hospitalar), via de regra desconhecido e inóspito ao entrevistado, confere ao primeiro, no mínimo, um domínio microgeográfico. A distinção dos dois universos vividos pelos dois atores, desta relação, é tão visível que começa na maneira diferenciada de como eles se vestem (um deles freqüentemente uniformizado);

2) o fio condutor da entrevista médica separa duas atitudes diferentes: a do médico que se apóia num quadro referencial científico, e a do entrevistado (se ele não for também médico) está baseada num acientifismo ou no máximo um paracientifismo; daí a preocupação, durante a entrevista médica, com o uso de uma linguagem que permita uma compreensão inequívoca e que tantos infortúnios acarreta neste tipo de interação social (Plaja et al., 1969, pp. 217-257);

3) na entrevista médica é desaconselhável o emprego de gravador para que inviabilize qualquer inibição no paciente (exceto na psicanálise, que parece ser um campo "*borderline*" entre medicina e psicologia) (Porto, 1992, pp.1-45);

4) a iniciativa da interação, na entrevista médica, é do paciente que procura o médico na tentativa de que o mesmo solucione seu mal-estar. Entretanto, o papel do médico na execução do processo operacional é fundamental;

5) embora o médico não faça perguntas sugestivas, dependendo de sua acuidade clínica, logo após o início da entrevista (às vezes bem curto) ele já

presente algumas possibilidades diagnósticas e segue com segurança e determinação suas pistas. Neste ponto da conversa suas perguntas são diretivas, como que seguindo a regra: “só se acha o que se procura e só se procura o que se conhece”.

Já na entrevista aplicada em Ciências Sociais, e particularmente na Antropologia, o entrevistador se abstém de preconceber:

1) embora não seja raro haver uma retribuição material, esta é feita no sentido do entrevistador/informante;

2) o entrevistador deve estar despido de qualquer presunção sobre o que vai ouvir e até mesmo deve estar preparado para ouvir falas que contradizem suas hipóteses iniciais. Ainda que o discurso do informante ofereça indícios que corroborem as hipóteses iniciais, o entrevistador não pode direcionar as perguntas para ouvir o que gostaria mesmo que as perguntas sejam feitas de modo subliminar;

3) a interação, entre os dois atores, do processo da entrevista antropológica é necessária e fundamental, mas nunca deve existir no sentido de facilitar a confirmação de qualquer caminho que o antropólogo tenha prejulgado como o verdadeiro;

4) por outro lado, embora a atitude do entrevistador nas entrevistas aplicadas às Ciências Sociais esteja, obviamente, respaldada pelo rigor e referencial científico, estes como que “se escondem por trás dos trincos” durante o diálogo com o entrevistado. As falas parecem ser mais naturais porque, pelo menos, o entrevistado não tem nenhum medo físico inicial e a linguagem dos dois é, de princípio, semanticamente compatível;

5) a iniciativa da interação, no processo, é um movimento do entrevistador. O entrevistado parece se colocar numa posição, no mínimo, mais cômoda do que aquela ocupada pelo aflito doente.

Ao realizar esta análise comparativa, entre as duas formas de entrevistas, tentamos caracterizar que as diferenças permitem que, na primeira, seus parâmetros estimulem a eficácia simbólica necessária para a cura (Lévi-Strauss, 1975, p. 215-236). E na segunda, o material etnográfico torne-se perceptível, também, devido a apropriação consciente de um saber diferente (por parte, pelo menos, do entrevistador), sem ser necessário mecanismos de enfrentamentos e subordinações explicitados dos atores.

Entretanto, seria injusto negar que a “*praxis*” médica viabilizou, neste trabalho, a utilização de uma observação descontraída, embora pertinaz, e até certo ponto facilitou (após vencidas as primeiras dificuldades) o estabelecimento de *rappor*t razoável. É que esta mesma prática médica (especificamente aquela resultante da psiquiatria clínica exercida durante alguns pares de anos, e fazendo parte da nossa vivência profissional) possibilitou dialogar e observar, memorizar e intuir, assumindo ao mesmo tempo uma postura descontraída e neutra.

O campo foi um exercício constante, no sentido de abstrair o inútil ou até negativo da nossa vivência pessoal para a Antropologia e acrescentar os aspectos positivos e enriquecedores da prática médica à prática antropológica. Na acepção da palavra, o campo foi um elemento indispensável para exercitar humildade e principalmente a possibilidade de realizar as técnicas metodológicas, que reforçam o valor da interdisciplinaridade.

Não optamos por questionários, pelo fato de que nestes seria impossível extrapolar a inflexibilidade rígida das perguntas. Na aplicação deles teria havido perda do diálogo que embora algo estruturado possibilitou variações em torno do mesmo tema, capazes de expressar, pelo menos aproximadamente, o universo do

entrevistado. Além do que, uma abordagem com entrevistas, obviamente, tornaria mais viável realizar uma análise simbólica dos discursos (ver p.172). Não realizamos o teste projetivo AT- 9², nos doadores, porque nosso objetivo não foi realizar um estudo puramente psicológico dos doadores da amostra, além do que não pretendíamos, neste trabalho, caracterizar uma padronização cultural dos doadores envolvidos com a pesquisa.

Alguns doadores quando solicitados para contribuir para esta pesquisa através dos elementos da rede de relação, tomaram a iniciativa de nos procurar antes mesmo que fossem por nós procurados. Alguns, desses contatos, foram feitos antes de que o intermediador (médico, paramédico, ou amigo comum) nos noticiasse da existência e disponibilidade de alguém para entrevistar.

No entanto, dificuldades estiveram presentes no curso das entrevistas, por exemplo, todos os informantes se apresentaram cautelosos ao falar sobre qualquer tipo de reciprocidade concreta e até mesmo negaram-na enfaticamente ou racionalizaram sua existência, quando as mesmas foram detectadas ao longo da conversa. Aqueles doadores que realizaram as cirurgias transplantadoras no sul do país ou no exterior mostraram-se bastante cuidadosos, com algumas exceções, para justificarem não as terem realizado no Recife.

Como dificuldade, também, deve ser colocado que a entrevistadora necessitou gerenciar sua própria inibição com o uso do gravador, e nas proximidades do início do trabalho de campo houve um auto-treinamento usando-o em outras situações e circunstâncias.

² Texte experimental projetivo, composto de nove estímulos simbólicos ou arquétipos propostos para uma dupla construção pelo sujeito: um desenho e uma narrativa, associados a um questionário que recolhe informações complementares. Este teste foi elaborado por Yves Durand (Durand, Y., 1969).

Foi adotada uma regra que pareceu ser eficaz: insistir sistemática e frequentemente com um *por que?*, como sugere Stolcke (1991, pp.151-174), toda vez que o verbalizado pareceu ambíguo. Raras vezes, o primeiro contato não possibilitou uma comunicação fluente, e nesses casos tornou-se necessário um retorno ao informante o que via de regra viabilizou uma boa interação final.

Para os informantes cujas doações ocorreram há muitos anos (houve caso em que a doação havia ocorrido há 10 anos), o relato das sentimências, da época, pareceu ser quase uma visão atual do passado (idealizada), e nesses casos foi necessário uma atenção cuidadosa à reflexão da possível ressonância das experiências do passado na vivência atual.

As falas e o comportamento dos entrevistados foram submetidos aos procedimentos analíticos, nos quais foi levado em conta:

1) contrapor as relações entre objetividade e subjetividade das falas com os registros relevantes do diário de campo, concernentes às atitudes comportamentais durante a entrevista;

2) comparar os tópicos comuns dos depoimentos obedecendo os itens contidos no roteiro de entrevista, buscando juntar todas as respostas assemelhadas por um lado, e as diferentes em outro grupo;

3) cruzar tanto os depoimentos semelhantes, quanto os diferentes, com a contextualização social, religiosidade do doador, relações familiares, e com o receptor antes e depois do transplante, tentando estabelecer correlações;

4) fazer uma leitura compreensiva das falas, interpretando-as, no sentido de abstrair delas indícios motivadores da doação;

5) os discursos, então, foram submetidos à metodologia de análise simbólica de acordo com Gilbert Durand (1981;1983), buscando detectar a existência de imagens reveladoras das motivações que deram lógica ao ato da doação do rim.

Sobre a análise simbólica do discurso, convém salientar que a Metodologia³ de Gilbert Durand utiliza dois métodos: a Mitocrítica e a Mitanálise. A mitocrítica é muito útil para ver o itinerário mítico das expressões artísticas, principalmente a literária, na qual o caráter mítico do texto remete ao significado do relato (Durand, G., 1981, pp. 65-86). Entretanto ela, também, é capaz de ultrapassar o texto e atingir o *mito pessoal*.⁴ O mito pessoal administra o destino individual e está referendado pelo *mito coletivo*, este último manifestado por meio de um ideário sócio-cultural. Ora, o mito pessoal sofrendo ingerência do mito coletivo alarga-se e projeta o perfil sócio-cultural do indivíduo.

A mitanálise flui da mitocrítica, como sendo dela um contínuo e se detém mais em torno da expansão de um mito, seja levando em conta o meio ambiente, seja a biografia do autor, seja o contexto histórico influenciador do texto (Durand, G., 1983, p. 46). Portanto, a mitanálise considera ao analisar os mitos do texto seus percursos psicológicos e sociológicos.

Esses métodos são perfeitamente aplicáveis às falas (tanto quanto ao texto literário), já que os dois, por conterem o verbo, trafegam em todos os parâmetros do tempo: passado, presente, e futuro, como o faz o mito.

Por outro lado, tanto quanto o texto literário, o discurso oral aprisiona a imagem. A imagem é portadora de um sentido. Representa um simbolizante cujo

³ Ramo do conhecimento que “surge como a cúpula de um pensamento que considera que a referência última de toda produção humana é o imaginário, sobretudo através de sua manifestação discursiva, o mito” Durand, G. (1981, p. 9).

⁴ Denominação utilizada, inicialmente, por Charles Mauron quando criou a psicocrítica - método que seleciona as metáforas que aparecem de forma obsessiva na obra literária e analisa psicanaliticamente o autor, através do seu mito pessoal (Mauron, 1962, pp. 9-34).

simbolizado é o "real " ausente. A imagem sendo essencializada e prefigurada pelas forças e movimentos subjetivos do indivíduo (pulsões), manifesta, em última instância, as acomodações que esta subjetividade forçosamente realiza com o ambiente objetivo, que compõe sua existência. Objetividade, esta, que o torna absolutamente impotente em relação a inexorabilidade dos fatos essenciais da vida: as interdições do meio social, o inflexível curso do tempo, e a irredutibilidade da morte. Somente a imaginação torna os seres humanos capazes de conviver com esta impotência fundamental.

Portanto, é através do estudo das imagens existentes, nas falas dos doadores renais, que este trabalho se propôs a delimitar seu imaginário, e a mitocrítica tornou-se adequada para realizá-lo pois salienta, na obra, os mitos direcionadores e suas transformações. Mitos, estes, que flexibilizam o curso do homem quanto a sua estória individual, a sociedade, e a história.

Como proposto por Gilbert Durand (1983, p.28), foi realizada uma leitura em dois níveis: o fluxo do discurso e a ocorrência de redundâncias, repetitividade e correspondências, que possibilitaram analisar a estrutura do imaginário. Ainda sugerido por Gilbert Durand, foram considerados como referenciais básicos para buscar tais redundâncias e repetitividades, os mitemas ou unidades semânticas, explicitados no sub-capítulo: A Imagem Encontrada, do capítulo Resultados e Discussão. Consideramos, também, o conjunto das verbalizações contidas nas entrevistas. Assim, as imagens emblemáticas, quando repetidas, permitiram estabelecer pistas reveladoras que possibilitaram uma aproximação do perfil imaginário do doador.

Foram consideradas algumas imagens capazes de vestir de lógica os motivos da doação. Essas imagens explicitavam alguns temas, tais como:

a) agressão, mutilação, arrancamento, corte - já que o dom do rim implica em submissão a uma cirurgia e ablação de um órgão que resulta em uma mutilação permanente;

b) sacrifício, culpa, purificação, lavagem, elevação espiritual, doação como rito de passagem - já que a doação renal obriga o doador ao sofrimento físico (inclusive dor);

c) considerando ser, este tipo de doação, um gesto definitivo que envolve um órgão relacionado com a filtração do sangue, o aparecimento de mitemas relacionados às imagens de limpeza foram importantes;

d) as imagens que remetessem ao sentimento de angústia (dor e medo), foram pesquisadas.

Acreditamos que a teoria e a metodologia de Gilbert Durand seriam um dos eixos teóricos e procedimentos metodológicos que melhor perseguiria os arranjos pertinentes à adequação realizada pelo sujeito, no sentido dele vir a poder exercer um dom irreversível e fragilizador da saúde (pelo menos, em potencial), sem que este gesto viesse a perder sua coerência psicossocial.

As fontes e coletas das informações, principais, para realização deste trabalho foram consultas da bibliografia:

1) sobre: Imaginário e Métodos de pesquisá-lo: (Durand, G., 1964; Durand, G., 1981; Durand, G., 1983; Durand, G., 1989; Rocha Pitta, 1984a; Rocha Pitta, 1984b);

Dom (Mauss, 1973; Mauss, 1974; Mauss, 1981; Brumana, 1983) ;

Reciprocidade (Service, 1971; Lévi-Strauss, 1976; Sahlins, 1983);

Sacrifício (Money-Kyrle, 1929; Freud, 1969; Mauss, 1974; La Porta, 1979;

Motta, 1991);

História do Transplante de Órgãos (Küss & Bourget, 1992; Degos, 1994);

Fundamentos de Imunologia (Brent et al., 1983; Abbas et al., 1994; Degos, 1994);

2) Consulta aos Jornais e Revistas, que foram úteis para fazer um apanhado do transplante de rim e levantar o problema da comercialização de órgãos (ANEXO); e

3) Entrevistas com o universo pesquisado, acima citado.

3. PARA UMA HISTORIOGRAFIA DO TRANSPLANTE

Oh, como sonhei coisas impossíveis...

William Blake

*E*ste capítulo, subdividido em duas partes, faz na primeira uma revisão historiográfica do Transplante de Órgão, especialmente o renal. Associa o desejo milenar do ser humano em manipular o próprio corpo (e desta manipulação tirar vantagens fisiológicas) com a realização do transplante. Relata alguns milagres cristãos vinculados à transplantação, e destaca os momentos mais significativos da saga médica para realizá-lo com segurança e eficácia.

Na segunda parte, do capítulo, expõe os mecanismos relacionados com a rejeição de órgãos.

3.1 Do Sonho à Realidade

A capacidade de sonhar¹ é no ser humano uma espécie de vocação. E quanto mais distante está o sonho de tornar-se realidade, maior é a pretensão e a ousadia do sonhado. É como se coubesse ao sonho viabilizar os possíveis e ao sonhador reiterar sua condição de membro da humanidade, através dessa habilidade

¹ Aqui empregado no sentido de fantasiar, idealizar, prever (Houaiss, 1979).

salutar de deixar viver a imaginação². A importância da capacidade imaginativa, como força que incrementa o poder realizador do ser humano, é demonstrável quando refletimos sobre transplante de órgãos.

O transplante de órgãos é um feito grandioso que muito bem representa a tecnologia de ponta da medicina moderna. Esta manipulação do corpo, hoje mais do que viável, é uma rotina médica que foi idealizada e prefigurada, desejada, e projetada, e faz parte do imaginário dos tempos fundadores.

O sonho, com sua particularidade sintetizadora, enquanto sonho não é capaz de explicitar todos os aspectos das conseqüências do sonhado. Conseqüências as quais se manifestarão quando o sonho deixa de ser fato virtual, sai do subjetivo e se torna realidade palpável, portanto, fato objetivo e concreto.

Nunca saberemos se o transplante de órgão (hoje rotineiramente realizado nos inúmeros centros de medicina com o intuito de aumentar a expectativa, e melhorar a qualidade de vida de inúmeros pacientes condenados à morte e / ou ao sofrimento) tenha sido pressentido pelos primeiros humanos que, primeiramente, idealizaram modificações de forma ou função do corpo humano.

Percebemos que, naquela época, modificar a forma e a função do corpo tinha uma utilidade bem diversa da atual. A imaginação, desde os antigos tempos, tem buscado interferir na morfologia e fisiologia do organismo com pertinácia e ousadia, confirmando não só aquela vocação prima para o sonho mas também tornando visível a possibilidade de fazer dos sonhos, realidades.

Portanto, além da importância equilibradora das esferas bio-psíquico-culturais que a imaginação possui (ver p.172), ela possui, também, a aparente função paradoxal de ser

² Faculdade mental de criar imagens ou representar os objetos ausentes. Se a imaginação é criadora torna-se capaz de reproduzir com dados pré-existentes, novas representações. Definida, também, como a reprodução de uma sensação por desenho, pintura, escultura, ou por palavras na ausência da causa que a produziu (Cunha, 1992).

germem de realizações. Toda capacidade criadora do ser humano está atrelada a sua imaginação.

Podemos identificar a saga dessas prefigurações de transplantes de órgãos, em três universos: mítico³, místico⁴, e científico. Ao estabelecer esses universos não existe qualquer intenção de qualificar ou hierarquizar, pois eles são como níveis paralelos e sem sequenciamento. Cada um deles tem em comum: o desejo de manipular o corpo, ou para lhe conferir poderes extras ou para sanar patologias. Assim, como referência para o transplante tal como ele existe hoje, esses três universos têm igual peso.

No universo mítico, aquele no qual habitam os seres sobre-humanos, seu imaginário é mantido pela oralidade, sobrevivendo nas narrativas populares, lendas e fábulas, ou na literatura épica. E não só lendas e fábulas são depositárias dos sonhos da humanidade também o são entre outras manifestações, ou seja, todas as formas de atuação artística. Encontramos em Homero e Ovídio, poeticamente descritas, as mitologias egípcias e greco-latinas expressando essas prefigurações. Nessas mitologias existem indícios desses vãos imaginativos, caracterizados por uma ingerência na morfologia orgânica. Assim, é que, as imagens de deuses, heróis, demônios, semideuses, sereias (FIG.1), e outros seres mitológicos, revelam uma franca interferência sobre o corpo (Küss & Bourget, 1992, p.8).

São visíveis, na estatuária e pintura, as uniões a meio corpo de fêmeas humanas e peixes ou pássaros, machos humanos e touros, e incontáveis outras possibilidades de associações entre partes do corpo humano e parte de animais ou vegetais.

³ Que se relaciona com mitos.

⁴ Aqui, no sentido relacionado com “a crença em forças, influências e ações imperceptíveis aos sentidos e reais e no entanto reais” (Augé, 1974, p. 45). Devoção ao espiritual e ao divino, principalmente nos cristãos.



FIGURA 1 - Sereias-pássaro. Cliché de Capitel da Igreja de Saint-Loup de Naud. Cliché: Hubert Josse (Küss & Bourget, 1992).

Existem seres que possuem sobre o tronco fusões de múltiplas cabeças, sejam de ofídios, ovelhas, ou leões. Os exemplos se multiplicam: *Horus*⁵, deus egípcio exibe uma cabeça de falcão; minotauro é adornado com uma cabeça de touro; *Ateão*⁶ (FIG. 2) ostenta uma cabeça de veado; *minotauro*⁷ e *Ícaro*⁸ acrescentam apêndices alares às suas espáduas (mesmo que artificialmente).

Na mitologia hindu existe um ser meio homem, meio pássaro, denominado *Garuda*⁹, que ainda hoje é visto na estatuária de templos em Java, possivelmente fruto de um evidente sincretismo entre as religiões hindu e cultos ancestrais ocorrido em torno do século V. É um homem-pássaro mitológico, mais rápido que o vento, denominado *Garuda*. O *Mahabharata*¹⁰ faz referência a sua existência dando-lhe a condição de veículo responsável pelo transporte do Deus Vishnu¹¹, quando este necessita deslocar-se pelo universo.

Existe, em todos esses exemplos, o evidente desejo de quebrar as regras anatômicas e de subverter a ordem funcional. Percebe-se que essas modificações se propõem, essencialmente, a exacerbar os poderes humanos de tal modo que poderes e portadores desses poderes ascendam ao platô da sacralização.

A um Deus cabe, bem, possuir olhos que tenham acuidade visual extraordinária, e isso lhe é dado pelo ver penetrante da águia. A força guerreira,

⁵ Filho de Osires e Ísis. tem cabeça de falcão. e simboliza a acuidade do olhar justiceiro que tudo vê (Chevalier & Gheerbrant. 1990).

⁶ Figura que ostenta cabeça de alce.

⁷ Para uns, composição de Minos e Taurus, para outros homem-touro. Filho da Rainha de Creta, antropófago e considerado avatar da lua, cujo crescente se assemelha a cornos. Vivia no labirinto construído no palácio de Cnossos (Brandão. 1991).

⁸ Filho de Dédalo, tendo escapado do labirinto de Cnossos voando. As asas lhes foram ligadas aos ombros com cera e esta derreteu-se ao se aproximar do sol, tendo Ícaro caído no mar (Brandão. 1991).

⁹ Homem-pássaro, montaria de Vishnu, rapidíssimo (Chevalier & Gheerbrant. 1990).

¹⁰ Poema épico hindu, muito longo (220.000 versos compondo 18 capítulos). Mitológica e literariamente, tem a importância da *Iliada* para a Grécia (Encyclopedia Britannica, 1966).

¹¹ Ou Narayama, Deus hindu protetor do mundo. Constitui uma das partes da trindade: Brahma (deus criador), e Shiva (destruidor) (Encyclopedia Britannica, 1966).

ACTAEON IN CERVUM. OVID: 3 MET.



FIGURA 2 - Gravura do século XVII de Ateão surpreendendo Artemisia no banho. Cliché: J. L. Charmet (Küss & Bourget, 1992)

obviamente, estará aumentada se armas adventícias estiverem colocadas no ápice do corpo, e cornos potentes de um animal seriam capazes de conferir fortaleza. Se o desejo é voar, ou ter rapidez na mobilidade, acrescente-lhes asas de pássaros àqueles que tais acréscimos funcionais pretendam.

O fisiológico, também, é submetido às modificações que têm, igualmente, a intenção de conferir hiperpoderes aos habitantes dos sonhos. *Zeus*¹², por exemplo, modifica sua função masculina quando assume uma especificamente feminina, quando implanta em um dos flancos o ovo que fez nascer *Athena*¹³.

Na mitologia indígena do Brasil encontramos, também, esta pretensão de possuir habilidades do universo animal, através de metamorfoseamento. As metamorfoses, frequentemente, se objetivam por meio de máscaras e vivem no imaginário, fortes e funcionais enquanto lendas respeitadas; o índio brasileiro vivencia esta manifestação.

De acordo com Nimuendaju (in Batalha & Castro, 1986, pp. 64-112), os Irãamaráyre, sub-tribo dos Kayapó Setentrionais habitantes do oeste do Araguaia, fazem uso de máscaras de tamanduá em suas danças rituais e há um relato mítico de que numa ocasião (nos tempos fundadores), após dançar durante um dia e meio além de uma noite, a máscara se incorporou ao rosto de um índio; o mesmo autor em outras referências descreve e até classifica algumas tribos lendárias cuja existência ele soube através de relatos orais, que convém citar: tribo Kubê-nyep, constituída de índios-morcego (possuidores de corpos com asas de morcego); a tribo Kubê-rop cujos

¹² Deus do céu e da luz na mitologia grega. No verso II. XV, 192, Homero diz: “*Zeus obteve por sorte o vasto céu com sua claridade e suas nuvens*”. Dominou o Olimpo (Brandão, 1991).

¹³ Filha de Zeus, e dele nascida. Brava durante a guerra de Tróia (Brandão, 1991).

indivíduos eram índios-onça (corpos humanos associados as partes do corpo da onça); e a tribo Kubê-pári-kam-nó, referida como índios "com olhos-nos-pés" (que por terem olhos nos pés tornavam-se altamente hábeis, como nômades que eram).

Segundo Nimuendaju (in Batalha & Castro, 1986, pp. 64-112), existem, também, várias descrições de estórias entre os Kayapó, nas quais o imaginário indígena traduz a necessidade de incorporar as vantagens dos animais aos seus corpos:

1) Karakî, um vayaná (representante da magia superior a quem os Kayapó recorrem em suas grandes dificuldades), que ao morrer transformou-se parcialmente em um jaguar: cabeça e braços da fera, enquanto o tronco continuou humano;

2) Homem-tapir, como consequência de ter, tal índio, mordido o dente de um tapir¹⁴ previamente caçado, este foi possuído por sua sombra. Os tapires, então, lhe ensinaram sobre as substâncias mágicas que desfazem encantamentos e também lhe ensinaram cantigas (segundo a lenda, os índios ainda não sabiam cantar);

3) Homem-tucunaré¹⁵, um índio que depois de morto se transforma neste peixe.

Segundo Santos (1955, p. 66), o Uaiará é o deus protetor dos rios e peixes, conhecido até os dias de hoje pelo caboclo da Amazônia, como *Bôto*, que segundo a lenda, antes de viver nas profundezas das águas (saindo apenas nas noites de luar para acasalar com belas mulheres, que descuidadamente vagueiam nas regiões ribeirinhas), era um forte guerreiro casado com uma índia que um dia se apercebeu de que ele possuía uma cauda de peixe sob a tanga. Interrogando-o, sobre este fato, ele respondeu que por não terem o que ele tem os outros morriam

¹⁴ Ou anta, mamífero da ordem dos ungulados, possuidor de uma curta tromba (Houaiss. 1979).

¹⁵ Peixe da família dos ciclídeos, muito comum na Amazônia (Houaiss. 1979).

afogados. O autor, ainda, refere a lenda do tuxaua, que em condições de perigo de vida solicitou de um pássaro que lhe emprestasse as asas para salvar-se e voltar a sua tribo. É ainda em Santos (1955, p. 24) que se pode encontrar um interessante relato, exatamente por que inverte os termos da equação (o ser humano cedendo, simbolicamente, poderes e benesses para o animal ou o vegetal). Trata-se da lenda que conta o aparecimento da mandioca, gênero de plantas euforbiáceas. A estória relata que beleza, brancura, bondade, e saúde de uma linda indiazinha são transferidas para o tubérculo, gerado pelo seu corpo após ter sido enterrado depois de morta.

Entre os Botocudo, descendentes de Aimoré do extremo leste de Minas Gerais e adjacências da Bahia e Espírito Santo, existem também relatos de transformações:

a) metamorfoses de índios em gaviões;

b) transformação de crianças em macacos guariba.¹⁶

c) mulher transformada a meio corpo em onça, e assim se responsabilizando por manter sua família sempre bem alimentada através de caçadas proveitosas. Além de estórias de transformações, existem relatos de ressurreição de cadáver com o emprego de tabaco e cantos (Nimuendaju in Batalha & Castro, 1986, pp. 64-112).

No universo místico, aquele relacionado à religiosidade e fé, pelo menos no que tange ao cristianismo encontramos vários fatos relacionados com implantes e transplantes de partes do corpo humano. Os mais representativos, desses milagres,

¹⁶Denominação comum dos macacos do gênero *Alloutta*.

estão descritos em várias biografias de santos cristãos e também fixados nas inúmeras telas incontestemente famosas, e na iconografia católica.

O próprio Cristo denominado "*médico do corpo e da alma*", reimplantou, segundo o Evangelho de Lucas, a orelha de um centurião decepada pelo impulsivo Pedro, na colina Getsêmini. Este mesmo Pedro, bem mais tarde, no exercício de sua militância cristã reimplantou as mamas de Ágata (Fig.3), mutiladas por ela ter se recusado à sedução de um cônsul romano. Antônio de Pádua reenxertou o pé de um jovem que voluntariamente se mutilara (e este milagre encontra-se registrado pelo cinzel de Donatello, em 1450). Marcos recolocou o braço de um soldado, amputado em batalha, e Tiepolo immortaliza este feito em tela datada do século XVIII.

Entretanto, dentre todos esses milagres, o mais célebre e representativo é narrado por Jacques de Voragine, no século XIII, no livro *Lenda Dourada da Vida dos Santos*, publicada no reinado de Deocleciano (Küss & Bourget, 1992, p.10). Trata-se do transplante realizado por Cosme e Damião (Fig. 4). Conta que Cosme e Damião apareceram em sonho a um fiel que se encontrava muito doente, com uma de suas pernas irremediavelmente necrosada. A perna doente o fazia sofrer intensas dores. No sonho, Cosme e Damião surgem com instrumentos cirúrgicos e ungüentos. Após eles examinarem a perna doente do fiel, confabularam entre si da possibilidade de retirarem uma perna sadia do cadáver de um Etíope, falecido naquele mesmo dia e sepultado no cemitério de Saint-Prés- es -Lien, e substituí-la pela perna doente. E assim fizeram, após terem buscado a perna saudável do Etíope e amputado a perna doente do paciente. Ao acordar o homem não sentia nenhuma dor, nem havia em sua atual perna nenhum vestígio da antiga doença. Apenas, sua nova perna sadia era de cor negra, contrastante com sua própria cor branca e compatível com a cor do Etíope. Relatou o acontecido a todos e foi observar



FIGURA 3 - Fotografia de quadro a óleo de Santa Ágata, de Zurbarán.

(Küss & Bourget, 1992).

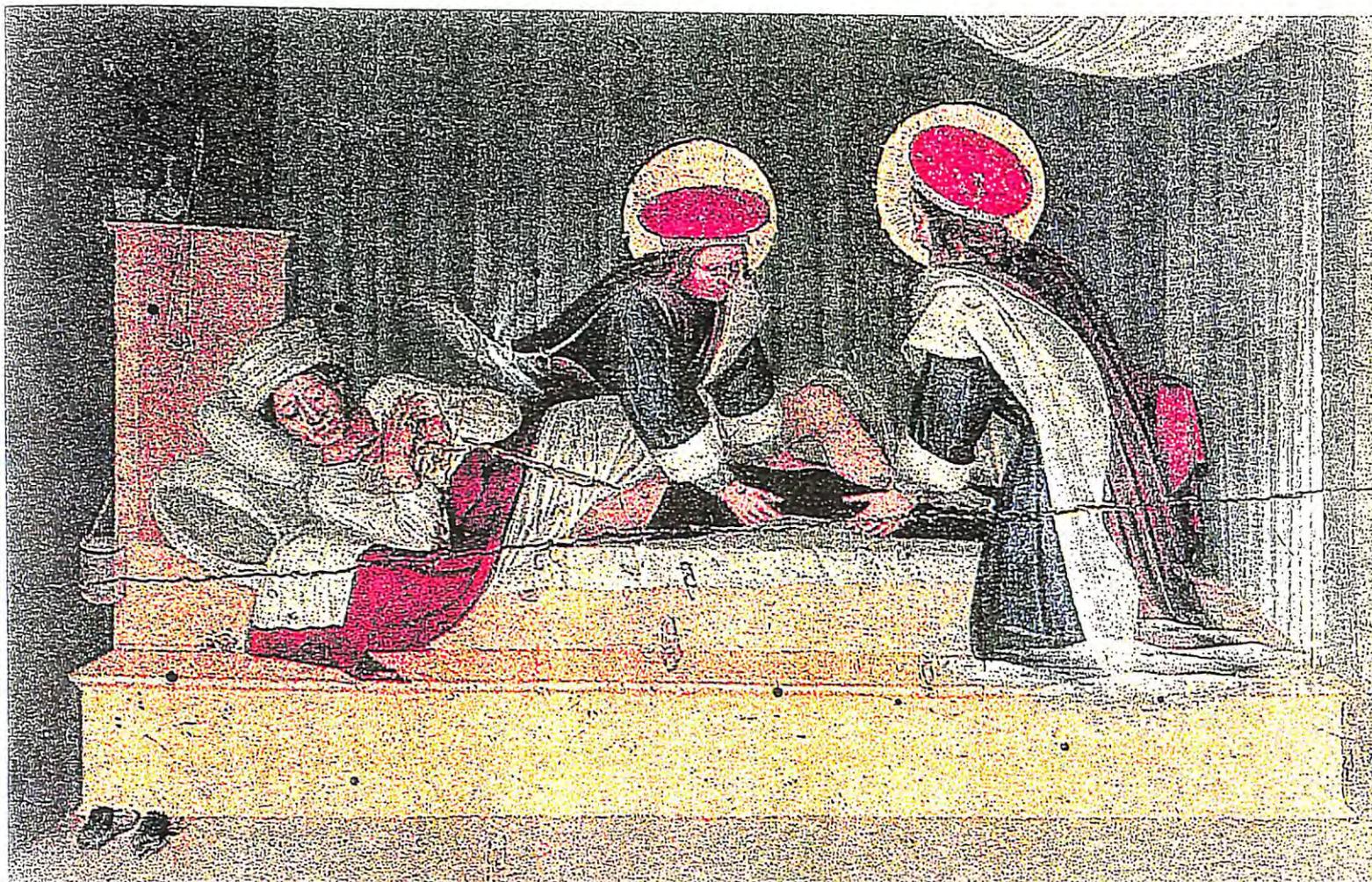


FIGURA 4 - Fotografia de quadro a óleo dos Santos Cosme e Damião,
de Rincon Fernando (Küss & Bourget, 1992)

o " cadáver doador". Este encontrava-se, então, recomposto com sua própria perna doente (Küss & Bourget, 1992, p. 10).

Este milagre teve uma enorme repercussão na comunidade cristã e tornou-se inspiração para pintores e escultores como Frá Angélico, Jaime Huguet, Ambrósio, e Franken. O Papa Felix mandou erguer uma igreja, em Roma, para homenagear os santos Cosme e Damião. O mundo médico os elegeu à condição de patronos dos Médicos e Cirurgiões. Eles passaram a ser pintados ou esculpidos nos frontais nobres de várias Faculdades de Medicina.

Este é um milagre que prenuncia duas condições importantes: transplante de parte do corpo, entre dois seres humanos, e a utilização de cadáver como doador. Entretanto, vale salientar que enquanto no plano mítico a utilidade pragmática de manipular forma e função do corpo seria para potencializar poderes (tentativa de transformar mortais em indivíduos supra-humanos), no plano místico o milagre está a serviço da fé. Os milagres estão atrelados à observação e ao testemunho. Entretanto, sejam as descrições pertencentes ao plano mítico ou místico, elas sempre convocam a força intervencionista da sobrenaturalidade e dos poderes divinos.

Os exemplos, até então citados, sejam mitológicos ou milagrosos são de receptores, embora a Dissertação estude o doador de órgão. Entretanto, não encontramos nenhuma narrativa enfocando aspectos de doadores (nestes dois universos referidos) possivelmente porque nas narrativas mitológicas os doadores foram sempre animais, e nos milagres cristãos, exceção do etíope, a preponderância foi de reimplantes. Entretanto, sendo este capítulo uma historiografia do transplante seu

interesse é de marcar ao longo das vivências da humanidade a ocorrência do mesmo, seja prefiguradamente ou não.

Fazendo uma transição entre os universos mítico, místico, e científico - a literatura, com François Rabelais, em 1532, utiliza conhecimentos de anatomia e capacidade imaginativa de romancista, colocando em Pantagruel¹⁷ possibilidades de enxertos de cabeça.

No universo Científico os transplantes de órgãos, tal como o vivenciamos hoje, é fruto de um longo percurso.

Inicialmente, os transplantes envolvendo animais se referendaram em conhecimentos e tecnologias originários da experiência com enxertos e transplantes vegetais.

Enxertos e transplantes vegetais são práticas antigas. Existem documentos sobre enxertos vegetais desde os hebreus e egípcios. A manipulação das estruturas das plantas foi exaustivamente estudada por Plínio, o Jovem, e está presente na poesia de Virgílio.

O enxerto vegetal é, fundamentalmente, baseado no ato de inserir um fragmento ou ramo de um vegetal sobre outro vegetal. Nessas circunstâncias, é possível ocorrer crescimento da parte enxertada com manutenção de sua funcionalidade (floração e frutificação). O enxerto vegetal, desde seus primórdios, era praticado por três motivos utilitários: aprimoramento da qualidade, aumento da quantidade, e mudança da sazonalidade de flores e frutos.

¹⁷ Personagem de romances de François Rabelais, escritor francês (1494-1553).

No século XVIII, as Ciências Naturais estabeleceram métodos científicos nos quais a observação e o rigor técnico passaram a ser vigas mestras, e os enxertos vegetais bem como transplantes animais passaram a ocupar a mente e o tempo de botânicos, zoologistas, médicos, químicos, e religiosos.

Os médicos depositavam nos enxertos vegetais e transplantes animais suas curiosidades, com o intuito primordial de estudar a cicatrização e a regeneração dos tecidos orgânicos.

Reaumur (1683 -1757), Buffon (1707-1788), e Spallanzani (1729-1799), foram os primeiros a sistematizar as semelhanças biológicas entre transplantes vegetais e animais (Küss & Bourget, 1992). Também, nessa época, ocorreram tentativas de se realizar transplantes entre animais e vegetais. Seriam os zoófitos* (animais/plantas), cuja prefiguração pode ser projetada na imagem de Dafné¹⁸ (Fig. 5) que enquanto figura mitológica trazia sobre a cabeça a planta do louro (loureiro) crescida e florescente.

Em 1746, o fisiologista Duhamel du Monceau empregou pela primeira vez a denominação *transplante animal* em um trabalho científico.

Em 1767, John Hunter cirurgião inglês, fez implantes de dentes humanos retirados de cadáver e colocados em indivíduos que houveram perdido seus próprios dentes. Os implantes permaneciam funcionantes, no receptor, em média por dois anos.

¹⁸ Ninfa, amada por Apolo, que apresenta sobre a cabeça ramos de loureiro (árvore predileta de Apolo) (Brandão, 1991).

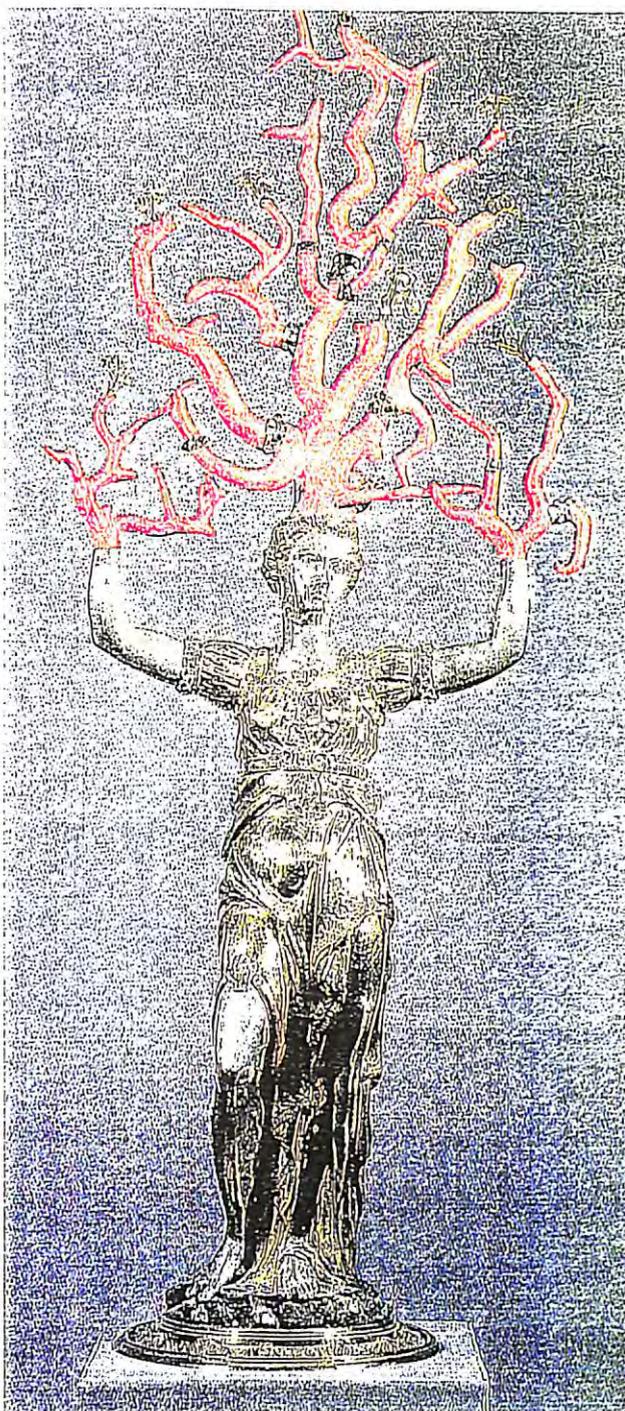


FIGURA 5 - Dafné com ramos de Loureiro saindo da cabeça. Cliché:

E. Lissing (Küss & Bourget, 1992)

Cirurgiões e médicos, como Magendie (1783-1855) e Claude Bernard (1813-1878), pela respeitabilidade que detinham nos meios acadêmicos, contribuíram para tornar o assunto um dos objetos de estudo mais prioritário nos centros de pesquisa mais sérios, e assim, ajudaram a despertar a curiosidade de inúmeros estudiosos

No século XIX, estudos experimentais sobre transplantes de tecidos animais e suas implicações fisiológicas, bem como suas ações terapêuticas, entraram na moda acadêmica. A curiosidade funcional motivava a eleição dos tecidos a serem transplantados.

Nessa fase da história dos transplantes, as experimentações se multiplicavam, sejam em animais localizados nos primeiros patamares da escala filogênica*, sejam naqueles situados em posições biologicamente evoluídas dessa escala. Invertebrados, vertebrados, ovíparos, e mamíferos, eram objetos de experimentação para transplantes.

Como o interesse, naquela época, na compreensão das funções glandulares era enorme, tornaram-se frequentes os transplantes de tecidos como o tireoideano,* pancreático*, da adrenal*, e das gônadas*. Sobre os transplantes de tecido das gônadas deve ser acrescentado que os conhecimentos já existentes, sobre os efeitos da castração no eunuco, estimularam sobretudo a prática de transplante de testículos* em animais.

Berthold Göttingen, em 1848, apresentou o primeiro trabalho científico sobre transplantes. Em torno dessa época, Alessandri realizou os primeiros transplantes parciais de rim empregando como animais de estudo, cães e gatos. Fez também

implantes de fígado, pertencentes a esses animais, sobre a cápsula* renal ou mesmo intra-renalmente (Pestana et al., 1992). Nesse mesmo período, começou a surgir uma grande frequência de experimentos com transplantes de pele.

Em 1864, foram realizados transplantes epidérmicos em seres humanos. Foi Jacques Louis Reverdin quem realizou com êxito, pela primeira vez, este tipo de transplante.

Os sucessos existentes autorizavam aos estudiosos intentar suas experiências, agora com órgãos em modelos experimentais. Este avanço no estudo dos transplantes foi fruto dos conhecimentos de anatomia, fisiologia dos órgãos, e das vascularizações.

A carência nos relatos míticos ou místicos, de descrições anatômicas, possivelmente se deve à interdição que sofria o estudo do interior do corpo humano, exceto para clientelas diferenciadas e específicas. A dificuldade de estudar anatomia justifica seu ineficiente conhecimento, na época. Aspectos morfológicos, detalhados, das vísceras foram desconhecidos durante muitos séculos (no ocidente) não havendo estimulação para estudá-los. O interior do corpo humano era observado sem problemas, apenas pelos embalsamadores egípcios, arúspices (leitores de sorte que faziam presságios através da contemplação do fígado, e outras vísceras humanas), e na América pelos aztecas que faziam oferenda do coração humano aos deuses, em cerimônias sacrificiais.

O livro sagrado, Ahurvéda, do médico cirurgião indiano Susrhuta, 800 anos antes de Cristo, já fazia referência ao implante de nariz.

Até mesmo os primeiros anatomistas, que se constituíam em uma comunidade fechada, sofriam perseguições para realizarem seus estudos e careciam de se valerem de métodos pouco ortodoxos e até clandestinos para adquirirem cadáveres, objetos de dissecação.

Foi decisivo, na história do transplante, vencer o conceito, até então, dogma de que existia um *princípio vital* que animava o corpo como um todo e administrava os órgãos no seu conjunto.

Quando a medicina vigente:

a) admitiu a ausência desse fluido vital, em cadáveres, responsável pela animação e funcionamento do organismo (que Michelangelo referia não ter encontrado durante seus estudos de dissecação anatômica em nenhum cadáver); e

b) colocou em prática os conhecimentos emergentes, na época, sobre circulação (resultantes dos estudos realizados por Harvey) - aí ela deu os primeiros passos, decisivos, para que o transplante de tecido fosse ultrapassado e tentado o transplante de órgão.

Não esquecer que a sincronidade de fatos, como: descoberta da anestesia, desenvolvimento de técnicas de assepsia, aperfeiçoamento de material cirúrgico delicado, e domínio sobre a cirurgia dos vasos sanguíneos, colaboraram para o salto qualitativo representado pela transplantação de órgãos, somada a já dominada de tecidos.

A comunidade científica já reconhecia que existiam transplantes que rejeitavam, e outros que embora não sofressem rejeição tornavam-se não funcionantes quando se encontravam dentro do receptor, e este conhecimento,

apenas, confirmava observações realizadas com os estudos utilizando enxertos vegetais.

Dos pesquisadores que exerceram papel importante, nesse estágio da história do transplante, vale citar: Matthieu Jaboulay, Alex Carrel, Emerich Ullmann, C.C.Gutthrie, entre vários outros.

Dentre os primeiros órgãos experimentados, o rim se elegeu um dos mais requeridos por ser duplo e o animal doador ter sua sobrevivência mantida com um único rim. Por outro lado, a conspícua espessura e localização dos vasos sanguíneos renais são características suficientes para tornar fácil o seu manuseio cirúrgico, e permitir com relativa facilidade a realização de anastomoses* vasculares.

Um outro aspecto favorável à eleição do rim, como órgão transplantável, deve-se ao fato de sua função excretória ser através da urina (via ureter*). Esta particularidade funcional permite o acompanhamento clínico do transplante, examinando a urina que é coletada facilmente.

É evidente que a preferência para realizar esses estudos, usando o transplante de rim, não impedia que se realizassem pesquisas em outros órgãos. O próprio Carrel realizou procedimentos experimentais de transplantes com intestino, coração, testículo, etc. Há o registro do transplante de um dos membros dianteiros de dois cães (um de pêlo branco e outro negro) (Fig. 6), permitindo, assim, uma esdrúxula visão na qual os dois animais, quando vistos juntos, tinham uma de suas pernas de cor diferente do resto do corpo (o que faz remeter a uma imitação do milagre de Cosme e Damião). Demikohov criou como se fora um simulacro de Cerbere¹⁹, um cão com duas cabeças (Fig. 7), sendo a segunda cabeça um transplante (Küss & Bourget, 1992, p. 9).

¹⁹ Cão de Hades, guardião do império dos mortos, portador de cinquenta cabeças e voz metálica (Brandão, 1991).



FIGURA 6 - Fotografia de Dr. Alex Carrel. Cães com patas dianteiras transplantadas. Cliché: Biblioteca Nacional de Paris. (Küss & Bourget, 1992)



FIGURA 7 - Fotografia do Dr. Demikhov com cão apresentando uma segunda cabeça implantada (Küss & Bourget, 1992)

Assim, no início do século XX, a medicina começa a desenvolver um extraordinário esforço no sentido de executar transplantes de órgãos. Foi Mathieu Jaboulay quem após inúmeras tentativas experimentais em animais realizou, pela primeira vez, um transplante renal em ser humano como tratamento da insuficiência renal (com rim de animal). O rim transplantado foi colocado no cotovelo da receptora, tendo sido feito anastomoses vasculares com a artéria* humeral e a veia* cefálica (Küss &, Bourget., 1992, p. 26).

Em 1913, Schonstad implantou em uma garota, portadora de nefrite tóxica*, um rim de macaco japonês.

Ao lado desses experimentos onde eram utilizados rins de animais em seres humanos, também havia a tentativa na utilização de rim humano em animais. Todas as especulações eram viáveis.

Todos esses estudos serviram para aprimorar a técnica cirúrgica, no que diz respeito às anastomoses vasculares; verificar que a denervação* renal decorrente da transplantação não impediria o funcionamento do rim transplantado; confirmar as antigas hipóteses levantadas, ainda quando os estudiosos se debruçavam sobre transplantes de tecido (mesmo tecidos vegetais) que sugeriam que o sucesso do transplante dependia muito de que doador e receptor fossem da mesma espécie.

Em 31 de março de 1933, foi realizado o primeiro transplante renal entre humanos. O rim utilizado foi de cadáver e quem realizou foi a equipe do Dr. Varonay, na França. Naquele momento, foi dado o grande passo demarcador para a era dos transplantes renais inter-humanos (Pestana et al., 1992, p.66).

Nos EEUU (Boston), em 1947, uma equipe ousada constituída de Peter Bent Brigham, David M. Hume, Landsteiner, e Hufnagel, assumem os riscos de, em condições precárias pois os hospitais se negaram a ceder um ambiente cirúrgico, repetir o feito de 1933, da França.

Na história do transplante renal, também, foi de fundamental importância o primeiro transplante não ectópico*, ocorrido em 1950, em Chicago, realizado em uma mulher que recebeu o rim esquerdo de uma mulher morta. O rim foi implantado na região anatômica, intra-abdominalmente. É um passo importante porque são mantidas as relações sejam vasculares, sejam ureterais, e os cotos* tanto dos vasos como do ureter são anastomados *in situ*. Na verdade, este é o primeiro transplante renal onde são refeitas as vascularizações e os caminhos excretórios de modo topograficamente natural. O rim transplantado sobreviveu seis meses (Küss & Bourget, 1992, p.31).

A França retomou, durante toda década de 50, o entusiasmo pelo transplante renal minimizado durante a segunda guerra mundial e realizou vários transplantes renais entre humanos. Só em 1951 são registrados oito transplantes renais. Os rins foram implantados na fossa ilíaca*. Todos os rins implantados foram retirados de prisioneiros condenados à pena de morte, logo em seguida a execução. Também na França aconteceu o primeiro transplante renal inter-vivos, sendo a doação fruto da retirada de um rim sadio em uma pessoa sadia. A doadora era mãe do receptor (Pestana et al., 1992).

Em 1954 (Boston), os Drs. Joseph Murray (Nobel de 1991), John Merrill, e Harrison, executam o primeiro transplante renal realmente vitorioso no sentido de sobrevivência. Os envolvidos no processo de transplantação eram gêmeos. Tratava-se de dois jovens irmãos que apresentavam uma marcante identidade genética (grupos sanguíneos iguais e resposta positiva aos prévios transplantes de pequenos pedaços de pele). Transplantado, o rim começa a funcionar após mais ou menos meia hora, e depura rapidamente o sangue do receptor do excesso de uréia*. O paciente se recupera e volta a ter uma vida laborativa e social normais (Pestana et al., 1992).

Já que este transplante, rigorosamente, segue os mesmos parâmetros técnicos dos anteriores feitos na Europa e América, fica evidente, para os estudiosos, que seu sucesso se deveu a identidade genética pois os envolvidos eram gêmeos homocigóticos*.

A partir daí, a transplantação renal tem seguido um caminho de crescentes aperfeiçoamentos técnicos (cirúrgicos e farmacológicos).

A medicina brasileira não ficou na retaguarda desses eventos. O Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realizou o primeiro transplante renal do Brasil em 1965. Foi um transplante inter-vivos e os envolvidos eram irmãos. Dois anos depois, a Faculdade de Ribeirão Preto conseguiu, com sucesso, realizar um transplante renal a partir de cadáver (Pestana et al., 1992; Lanhez, 1994).

Gradualmente, foram se formando diversas equipes de transplante por todo país. Atualmente existem várias unidades de transplante distribuídas por todo território nacional. Nas últimas décadas, o aumento em número anual, médio, de pacientes transplantados tem sido em torno de 15%, maior inclusive do que o crescimento

demográfico do Brasil (Neumann & Kalil, 1989). Em 1986, surgiu a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos-ABTO que conseguiu ordenar as controvertidas informações sobre os números referentes de transplantes renais no Brasil. Estas informações sobre cirurgias transplantadoras de rim, no Brasil, antes da existência da ABTO, eram consequência do aumento de ocorrência de tais operações e da ausência de um órgão central de registro.

A Associação, por ter personalidade jurídica e por acatar respeitabilidade no meio médico-hospitalar, passou a coletar dados através de questionários enviados a todos os serviços envolvidos com transplante renal no Brasil. Inicialmente, logo que receberam o primeiro questionário, 60% desses centros atenderam a solicitação e responderam. De acordo com dados da ABTO, até 1989 foram realizados no Brasil 6.728 transplantes renais. Deles, 1230 se utilizaram de rim de cadáver (em torno de 18%); 600 transplantes foram realizados a partir de doadores vivos não aparentados (8.9%); e 4898 se deveram a doadores vivos aparentados (72.8%) (Neumann & Kalil, 1989).

O V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante Renal, de 1993, editado em junho de 1994 e apresentado no XVII Congresso de Nefrologia da Sociedade Brasileira de Nefrologia, apresenta uma quantificação subsidiada pela informática o que lhe confere certa fidedignidade (considerando que os dados anteriores eram coletados quase artesanalmente e de modo descontínuo). A criação do Sistema Integrado de Assistência ao Renal Crônico e Transplante Renal, através da Portaria Inter-ministerial MPAS/MEC, de número 12, e datada de 04.02.87, possibilitou a existência de um Registro Nacional de Transplante Renal. A Escola Paulista de Medicina através de sua secretaria epidemiológica tornou disponível seu Centro de Informática em Saúde,

conjuntamente com os préstimos das Disciplinas Clínicas Médica e Nefrologia, para coletar, armazenar, e conferir um tratamento analítico aos dados recolhidos sobre transplante renal em todo Brasil, inclusive sobre o acompanhamento, rejeição, morbidade*, e mortalidade dos transplantados. Desse modo, foi possível registrar 77 centros de transplante renal espalhados por todo país e 6.139 pacientes transplantados e acompanhados.

O Registro Nacional de Transplante Renal (1993) traduz o comportamento da transplantação renal, de 1987 até 1993, no Brasil. Os dados têm sido coletados através de questionários trimestrais enviados a todos os centros de transplante cadastrados. Este relatório começou a coletar dados em janeiro de 1987 e incluiu para análise as respostas referentes a dezembro de 1993.

A edição 94, do Registro Nacional, revela o perfil da transplantação renal no Brasil, cujo desenho é que das 77 unidades de transplante existentes no país, 49% se situam no Sudeste, 34% estão no Sul, 10% no Nordeste, e 7% no Centro-Oeste. O Sudeste apresenta um maior número de transplantes perfazendo um percentual de 69%, enquanto que o restante se distribui da seguinte maneira: 25% no Sul, 3,3% no Centro-Oeste, e 2.5% no Nordeste (135 transplantes). Quanto ao tipo de doação, o V Registro Nacional refere que 57% dos transplantes (um percentual bastante significativo), realizados entre 1987 e 1993, foram a partir de doadores vivos e dentre os doadores vivos 92% deles eram parentes dos receptores. Dois terços dos 43% de transplantes a partir de doadores cadáveres, ocorreram na região Sudeste.

Este fato parece indicar, nesta região, uma melhor conscientização do uso de órgão de cadáver por parte da família do morto ou dele próprio quando vivo (denunciando previamente seu desejo de doar quando estiver morto). Por outro lado

parece haver, no Sudeste, um melhor gerenciamento da resistência cultural do receptor para aceitar órgão de cadáver (Centro de Informática em Saúde-EPM-1994).

Em Pernambuco, o Real Hospital Português fez seu primeiro transplante renal com doador vivo em 17.02.76, e até maio de 1995 havia realizado 274 (dos quais, cerca de 90 % ocorridos com doadores vivos). Em 1982, praticou seu primeiro transplante renal com doador cadáver²⁰. De 1985 até 1995, foram realizados 72 transplantes renais envolvendo os hospitais Barão de Lucena, das Clínicas da UFPE, e Sabin²¹.

Comparando os números globais registrados por Neumann & Kalil (1989) e os do V Registro Nacional de 1993 é possível observar que a ocorrência de transplantes renais quase duplicou em seis anos, no Brasil. O Brasil, portanto, repete o que vem acontecendo nos grandes centros médicos do mundo.

O domínio de técnicas altamente especializadas para diagnóstico clínico e performance cirúrgica, e a segurança conferida pelo emprego de drogas medicamentosas sofisticadas que impedem ou controlam a rejeição, indicam, no mínimo, que as relações fisiológicas *versus* código genético carecem serem revistas.

A possibilidade de manipular a estrutura morfológica original do indivíduo (por substituição de células, tecidos, ou órgãos) fazendo com que funções básicas perdidas por uma moléstia sejam recuperadas através de substituições, cria também um *Homo Novo*, biologicamente falando. E este homem reconstituído, anatômica e funcionalmente, fere e subverte em essência o rigor da lei natural. Esta lei natural explicita que os

²⁰ Dados registrados no Serviço de Diálise e Transplante do R. H. Português.

²¹ Dados que ainda estão sendo computados através do Serviço de Captação de Órgão (em fase de implantação).

padrões genéticos determinam uma inflexível especificidade (de forma e fisiologia), inclusive no microcosmos molecular do organismo.

Surge, por outro lado, questionamentos sobre doadores vivos, principalmente éticos. As leis vigentes condenam a mutilação do corpo humano vivo e ela só é permitida para cura (amputações de membros necrosados, ablação de órgãos deteriorados). Para impedir que tais mutilações ocorram existem interdições rigorosas. Além de existirem riscos cirúrgicos comuns em qualquer cirurgia (não seria diferente para retirada de um dos seus rins), o doador após a doação fica com um único rim, e assim passível, em tendo uma doença renal (mesmo unilateral) ou um traumatismo, de tornar-se irremediavelmente incapacitado. Esses são motivos suficientes para questionar a validade clínica da dádiva inter-vivos.

A transplantação atravessou estágios crescentes de complexidade, nos quais foram primeiro utilizadas células, depois tecidos, e por fim órgãos. Os transplantes, hoje, resultam da fantasia experimentada nos mitos mantidos, oral ou literariamente, nos milagres ainda hoje devotados, e na reflexão e desempenho de médicos clínicos, cirurgiões, e biólogos. Hoje, representam uma esperança viva para pacientes que dantes tinham como futuro próximo uma morte extremamente sofrida.

Por outro lado, a linguagem biológica que embora tenha uma gramática própria não é autônoma porque sofre influências do discurso cultural, mesmo que seja capaz de influir nele. Exatamente por receberem influências mútuas, os dois não podem se alienar cada um deles em departamentos fechados, no momento histórico em que entre os dois, uma ciência, a biológica, é portadora de meios capazes de interferir na vida, naquilo que até então era intocável (os próprios mecanismos genéticos).

A ciência médica está, hoje, penetrando cada vez mais no cerne da vida, no seu segredo. Adentrando nesta nebulosa, palpando este algo friável, através de recursos biotecnológicos. O fazer científico, no que diz respeito à Biologia, vai desvendando as regras do jogo genético; conhecendo o DNA* na sua intimidade e suas possibilidades; adquirindo instrumental e capacitação conceitual, para interferir naquilo que, até então, parecia impossível atingir.

Historicamente, este encontro da natureza com seu substrato constitutivo representa dialeticamente um salto e uma continuidade. Um salto para o que é de mais interno, mais dentro do organismo, e uma continuidade na medida em que toda história da Biologia caminhou para este estágio (que com certeza terá continuidade imponderável).

Se é possível, hoje, poder através da vida, pelo conhecimento dela influenciar na própria vida, então torna-se necessário, para não dizer urgente, estabelecer um novo paradigma biológico pelo menos para melhor gerenciar essas novas relações.

Sem negar as benesses terapêuticas resultantes - quando um órgão danificado irremediavelmente é substituído por um outro sadio, retirado de outro indivíduo vivo ou morto, de sua mesma espécie ou não (como ocorreu no início dos ensaios), - há que admitir que está sendo ferida a *ordem da natureza*, na medida em que é tentado interferir no pré-estabelecido pelo código genético.

Tanto é assim, que o primeiro "movimento biológico" que surge após o transplante é a rejeição da célula, tecido, ou órgão, até então desconhecido pelo

universo do corpo no qual ele é colocado. Daí, ser necessário empregar estratégias farmacológicas permanentes, pois o transplantado é obrigado durante o resto de sua vida a ser medicado para impedir a rejeição.

Isto pressupõe, que o novo elemento embora sadio e funcional, por mais similitude que tenha com o organismo no qual está inserido, por maior que seja o grau de excelência técnica usada na operação, este novo elemento terá dificuldade de ser aceito como "um dos seus" pelo novo organismo que o hospeda.

A dificuldade básica é que os constituintes moleculares do *estranho* escapam ou não se enquadram adequadamente às regras do "programa" do código genético, de cada indivíduo. O "programa" genético, embora seja generalizante e globalizado, é também personalizado. Esta personalização é suficiente para rastrear e identificar as mínimas diferenças entre moléculas, células, tecidos, ou órgãos de dois indivíduos, se eles se tornarem invasores do corpo um do outro. Não há possibilidade de coexistência pacífica a não ser que seus códigos genéticos sejam idênticos ou bastante assemelhados.

Portanto, o enxerto por não ser configurado geneticamente no receptor torna-se irreconhecível para ele, quando dentro dele. Não é membro adequadamente harmonioso para compartilhar da homeostase do organismo.

Fazendo um rastreamento, desde as prefigurações existentes nos tempos primordiais e que foram resultantes dos desejos da humanidade; avaliando a era dos milagres e dela escolhendo alguns exemplos marcantes, detectando também aí o papel preponderante das representações imaginativas; e acompanhando a saga da ciência, que permitiu realizá-lo (sem negar o sonho primordial, mas ao contrário com ele se

estimulando), - foi com o objetivo de situar o transplante desde sua virtualidade até sua realidade atual.

Enquanto fato social o transplante tem peso e medida cultural considerável, pois envolve questões deontológicas (para medicina), legais, éticas, e religiosas (para saúde pública e coletividade). Questões, estas, que habitam o universo imaginativo das pessoas. Dele participam de modo mais direto: aquele que cede o órgão, aquele que recebe o órgão, e outro que realiza a circulação do órgão. Esses indivíduos mantêm entre si uma rede de relações complexas e elaboram representações singulares. Por outro lado, também ocorrem relações entre cada um dos elementos que vivenciam o transplante *per se*, e a sociedade como um todo. A morte ronda o receptor, logo ela habita o imaginário dos três elementos participantes do transplante. A vida é compartilhada com o receptor pelo doador vivo, ou para ele é transferida do doador cadáver. Vida, enquanto "estar no mundo saudavelmente" contrapondo-se à morte, também esta faz parte do imaginário deles. Logo, a nível imaginário: saber da imagem de si no que diz respeito ao doador, saber da imagem do outro em relação ao receptor, família ou comunidade, saber da imagem do mediador do processo, saber da relação entre as imagens elaboradas por eles - é uma das formas de adentrar no imaginário do transplante. Esta Dissertação se limita, apenas, a pesquisar um dos partícipes do transplante de órgão: o doador.

3.2 Quando Rejeição não é Desamor

*Ó eterno segredo! O que somos e procuramos
não podemos achar. O que encontramos não somos.*

Empedocles

Este sub-capítulo oferece, algumas, informações médicas sobre rejeição no transplante. A razão, de sua existência, é a de alcançar uma abordagem interdisciplinar e sinalizar para a frequência que este fenômeno ocorre, além de questionar a validade da dádiva de rim inter-vivos.

A rejeição é um evento que ocorre em todo transplante renal. Mesmo naqueles transplantes ditos funcionantes, a rejeição existe sendo controlada por meio de medicação. Na verdade, transplante de órgão é como se fosse uma medalha cujas faces são doação e rejeição.

A frequência com este tema apareceu nas entrevistas, justificaria um capítulo só para ele.

A vida humana, social, é resultado da convivência (Horkheimer, 1978, p. 47). Isto implica, que o homem é mais do que uma unidade social fundamental. Ele é para os outros, que lhe são semelhantes, um ser participativo e comunitário. A definição do homem no âmbito das condições sociais em que vive implica que ele deve sempre representar determinados papéis em relação aos seus semelhantes: filho, aluno, membro de uma tribo, praticante de uma profissão, pai, sacerdote, e etc. Estas relações não são para ele algo extrínseco, mas relações que são determinantes para a sociedade e determinam algo em si próprios (Horkheimer, 1978, p.48).

Do mesmo modo, que no fenômeno da aculturação¹ pode resultar uma *aceitação* (desejada ou tolerada) mais ou menos seletiva ou *destruição* (absorção de uma cultura pela outra), na vigência da invasão do corpo, por células de outro corpo, também pode ocorrer uma aceitação ou tolerância ou a destruição dessas células e tecidos *estrangeiros*.

Culturalmente falando, a destruição pode ser exemplificada com o caso dos Aimos², que perderam suas características culturais e assumiram a cultura japonesa e se aniquilaram enquanto grupo étnico, existindo hoje alguns remanescentes. É também o que ocorre com os nativos da Terra do Fogô. Esta condição de relação, entre dois sistemas culturais, leva ao aniquilamento de uma das culturas. O impacto determinado por uma cultura nova, diferente, conquistadora, desenvolve uma reação na cultura nativa, e ela se achando ameaçada pela possibilidade de dominação tenta retornar ao mundo no qual vivia anteriormente.

No transplante, por analogia, acontece coisa similar. Embora ele tenha uma incontestável razão terapêutica não é uma ocorrência natural (no sentido de seguir as regras biológicas e de ser uma conduta enquadrada no equipamento fisiológico da natureza do homem).

Na verdade, "*os transplantes constituem uma teratologia*"* (Prodi, 1993, p. 92). Assim sendo, o transplante de órgão está sujeito às regras biológicas, na medida que elas impõem grandes dificuldades para que o enxerto se mantenha funcionando no receptor.

¹ Conjunto dos fenômenos que resultam da circunstância de certos grupos de indivíduos de culturas diferentes, entrarem em contato contínuo, e de primeira mão, com as mudanças que surgem nos modelos culturais originais, de um ou de ambos os grupos (Gazeneuve & Vicroff, 1982)

² Tipo étnico do Japão setentrional, do período neolítico (estágio que se sucede ao Paleolítico e que se caracteriza pela sedentarização, aparecimento da agricultura, e criação de gado).

Do mesmo modo que as sociedades têm um caráter cultural próprio, ao qual elas zelam e protegem, o organismo possui um caráter biológico individual que tenta preservar como formas de sobrevivências, tanto ontológica quanto da espécie.

O mecanismo que se responsabiliza por esta autopreservação se deve, fundamentalmente, ao fato do organismo biológico ser submetido ao genoma e especificamente ao DNA. Do mesmo modo que a comunicação é importante para que ocorra solidariedade social, a população celular carece de um veículo de comunicação. Este vetor de comunicação biológico é o DNA, pois possui capacidade de codificar³.

Embora, os seres vivos estejam em constante mudança biológica (crescimento, envelhecimento, e frequentemente também doenças), há neles uma referência fixa. Esta referência imutável representa as informações imprescindíveis para a manutenção da constituição e fisiologia dos organismos. A mutabilidade do organismo vivo tem a finalidade de ajustá-lo gradativamente às exigências dos meios, interno e externo. Porém, é bom ter em mente que *“Por mais automatizado que seja o funcionamento do organismo, ele tolera uma certa desordem”* (Morin, 1979, p.121).

Entretanto, esta mutabilidade está alicerçada numa realidade estável, sempre igual a si mesma e cujo destino se encontra alienado à uma duplicação idêntica, só mudando seu desenho ao ocorrer uma miscigenação. Esta imutabilidade confere uma inflexível individualidade biológica que é fortemente protegida, porque remete ao processo evolutivo (filogenético) das espécies. O organismo só será hibridizado através da fecundação, ocasião em que na maioria das vezes as misturas são realmente compatíveis.

Do ponto de vista molecular, os seres vivos como que obedecem a uma ordem de dois planos intrecruzados. Seria como duas linhas, uma vertical e outra

³ Significando, capacidade de reunir leis em códigos.

horizontal, semelhantemente a um gráfico representando dois planos. A linha vertical traduz o dinamismo expressando as contínuas substituições e o comércio dos materiais, e determina as modificações e as adaptações funcionais. A linha horizontal expressa o imutável, o invariante do ser vivo, e só tem duas possibilidades: continuar sempre como é ou duplicar sempre como é.

A abscissa é justamente o DNA, um ácido que tem sua estrutura molecular repetitiva, tediosamente imutável no seu parâmetro espacial, e guardião cioso de todas as informações necessárias para a manutenção da reprodução da espécie e produção de todo material descartável para a manutenção da homeostase do organismo.

A ordenada é a proteína*, os elementos descartáveis. Abscissa e ordenada se tocam num ponto de cruzamento gráfico e esta inserção gráfica (simulada, por didatismo) traduz a negociação que existe entre a aparentemente fria imutabilidade do DNA e a mobilidade paramétrica da proteína, permitindo uma compreensão, um entendimento entre os dois. Este diálogo permanente entre DNA e proteínas do corpo, gerador das permanências tanto do indivíduo quanto das espécies (fenômeno que fez lembrar os acordos que a imaginação realiza através do trajeto antropológico), se faz através, por assim dizer, de uma linguagem denominada: processo de *transcrição-tradução**. O intercambiador desta troca de informações é o RNA*, estrutura quimicamente intermediária entre DNA e Proteína, pois embora possua constituintes do primeiro, também possui capacidades de síntese e de destruição (auto e hetero) do segundo.

Portanto, no projeto organizacional da vida biológica existem normas rígidas de tradução dos textos fixos que contém informações no DNA, e que se responsabilizam pelas renovações de proteínas e substâncias proteíno-dependentes. Prodi coloca com propriedade que *"aquilo que é móvel (justamente porque é continuamente renovado e substituído, continuamente ajustado enquanto quantidade*

para às necessidades mais ou menos determinadas, até em relação ao meio ambiente) é fixo e determinado” (Prodi, 1993, p.43).

Assim, uma proteína que tenha uma vida média de alguns minutos, por exemplo, e por isso mesmo seja constantemente sintetizada e degradada, é sintetizada sempre de modo igual em cópias fiéis dela própria (mesma configuração e mesma funcionalidade).

A importância de haver este código normativo, é que sendo a vida biológica fundamentalmente “proteínizada” e sendo as proteínas temporais e relacionáveis (embora específicas) elas não poderiam ser casuais, aleatórias, ou polimórficas, senão tornar-se-iam independentes do “grande esquema” genético.

Os fenômenos de rejeição estão relacionados com os processos imunológicos do organismo. Mesmo que todas as condições que favoreceram o progresso da transplantação de órgãos acontecessem, bastaria a Imunologia não ter se firmado e evoluído que ela não teria tido o desenvolvimento testemunhado.

A Imunologia é o ramo do conhecimento médico que estuda a imunidade. Etmologicamente, vem do *latim immunis* que significa “a salvo de”. Foi no século XVIII que ela assumiu características de ciência. O clássico trabalho de Edward Jenner “*uma investigação sobre as causas e efeitos da vacina da Varíola*”, publicado em 1798, só foi compreendido após dois séculos, quando a Organização Mundial de Saúde declarou a varíola como uma doença extinta através de um programa mundial de vacinação. Entretanto há registros, em diferentes culturas, de observações muito antigas de que pacientes que sobreviviam a determinadas doenças infecciosas, raramente contraíam de novo a mesma doença.

Cada organismo vivo possui ciclos vitais exclusivos e complexos, por origem genética distinta entre espécies e intra-espécies. Atualmente, considerando este aspecto individualizante da vida biológica, a Imunologia está convencida de que após o nascimento o sistema imunológico apresenta uma divisão funcional: Sistema Imune Congênito e Sistema de Resistências Adquiridas (Roitt et al., 1989).

O Sistema Imunológico Congênito, desde a fecundação, reconhece o que lhe é estranho e esta capacitação é dada pelas informações codificadas e advindas da história familiar do indivíduo.

O Complexo de Resistências Adquiridas é fomentado durante a vida extra-uterina e apresenta algumas similitudes entre seres de uma mesma espécie, mas nunca gera igualdade molecular, assim, cada organismo é molecularmente uma identidade. Tem razão Morin, quando afirma: *“A partícula não conhece apenas uma crise de ordem e uma crise de unidade, sofre sobretudo duma crise de identidade”* (Morin, 1977, p.95).

Com o progresso da Imunologia descobriu-se a existência de substâncias antigênicas ou antígenos* e anticorpos*. Em 1888, no Instituto Pasteur, Roux e Yersin detectaram uma toxina* do bacilo da difteria* nos filtrados de culturas deste microorganismo. A partir das toxinas, substâncias deletérias e tóxicas, como bem diz sua denominação, foram descobertas outras substâncias denominadas antitoxinas, neutralizantes específicas que garantiam a imunidade para a difteria. A toxina é o antígeno, e a antitoxina é o anticorpo (von Behring, Nobel 1901).

Num transplante, a consequência imediata do contato do elemento estranho é despertar no receptor uma resposta imunológica, ou seja, o conjunto de proteínas invasivas (constituintes do enxerto) torna-se antigênico e como tal provoca nele a

síntese de sua defesa: o anticorpo. Então, começa a se travar uma intriga entre tecidos personalizados (os do receptor versus os do doador) no sentido de defender a manutenção dos grupos tissulares*.

O enxerto de órgão torna-se estranho, tanto para o Sistema Imune Congênito quanto para o Complexo de Resistências Adquiridas. As pesquisas de Elie Metchnikoff, realizadas no fim do século passado, já estabeleciam uma correlação entre os mecanismos imunitários e a rejeição (Küss & Bourget, 1992, p.47). E no início do nosso século, já havia a suspeita de que existiam grupos tissulares dando personalidade molecular aos indivíduos, e neste sentido Maffesoli tem razão quando diz: *“cada indivíduo pode ser considerado um, em si mesmo”* (Maffesoli, 1986).

Portanto, é fundamental para o êxito da transplantação que exista uma compatibilidade dos tecidos dos receptor e do doador. Esta compatibilidade pode ser pesquisada através do estudo comparativo entre eles, do denominado Complexo Principal de Histocompatibilidade* na espécie humana e dos grupos sanguíneos.

Todo transplante renal rejeita, e a sobrevida do rim transplantado depende da identidade existente entre ele e o receptor em relação aos Complexo Principal de Histocompatibilidade, juntamente com os grupos sanguíneos (ABO*).

A seleção do melhor candidato a doador (quando o transplante se dá entre vivos) e do melhor receptor (quando o rim é de cadáver) passa por uma avaliação clínica, uma tipagem* dos grupos tissulares, e exames mais sofisticados ou provas cruzadas (cross-match)*, feitos com a intenção de descobrir anticorpos específicos contra os tecidos do doador.

Este estudo quando é feito, entre irmãos, demonstra uma probabilidade de identificação de 25%, semi-identificação de 50%, e não identificação de 25%. Quando é realizado entre progenitores e filhos a identificação, também, é sempre parcial.

Certamente, os interesses que envolvem a doação de um órgão não franqueiam a barreira imunológica, com sua posição rígida anti-doação, e é oportuno levantar que a aparente simplicidade macroscópica dos órgãos não encontra paralelo na extrema e surpreendente complexidade microscópica e ultramicroscópica, aquilo que Morin denomina: *macrofísica e microfísica*, respectivamente (Morin, 1977).

Desse modo, os órgãos transplantados terminam por serem destruídos pelos mecanismos normais da defesa imunológica, apesar das estratégias clínicas assumidas.

Para lutar contra a rejeição do órgão duas atitudes podem ser tomadas: uma delas é no sentido de freiar o efeito antigênico do enxerto, a outra é de suprimir as defesas imunológicas do receptor. No primeiro caso, é a tentativa de implantar órgãos com o mínimo de diferenças antigênicas. No segundo caso, submeter o transplantado às terapias imunossupressivas que têm o inconveniente de não ser dirigida exclusivamente ao alvo (órgão transplantado), mas determinar uma ação generalizada de letargia imunológica sobre todo o organismo do receptor. Esta ação genérica sobre o organismo gera, no transplantado, uma fragilidade que o torna suscetível às mais variadas infecções. As drogas imunossupressoras, também, são tóxicas o suficiente para danificar inclusive o órgão transplantado. E este fato, dificulta discernir se a falência do enxerto se deve a droga imunossupressora ou se é resultante dos primeiros efeitos de uma rejeição incipiente.

Concluindo, o corpo (como uma cultura que sabe quando está sendo invadida por outra cultura) sabe que está sendo invadido por tecidos estrangeiros quando de um transplante. O corpo só não se sente invadido se o enxerto vier de um doador idêntico (gêmeo univitelino). Assim, o corpo instaura sempre uma reação de rejeição a esta "carne estrangeira" que lhe invadiu as fronteiras.

Embora as consequências da rejeição para o transplantado sejam dramáticas, na metalinguagem fisiológica ela traduz-se como sendo uma forma de bem-querer ao organismo, holisticamente falando. A reação de rejeição parece ser um egoístico amor para consigo próprio na defesa da identidade biológica.

Receptor e doador têm conhecimento da reação de rejeição. Devem, inclusive, serem alertados para este risco quando da substituição do rim doente pelo saudável. Estas informações dadas pelos técnicos aos doadores potenciais é obrigatória e os tornam conscientes dos riscos de perderem seus rins através desse processo.

Morin (1979, p.96) diz: *"aquilo a que chamamos homem deve ser visto como um sistema genético, cérebro, sociocultural, cujos constituintes já há muito sabemos enumerar (mas não sabemos ligar) a espécie, a sociedade, o indivíduo. Temos sempre a tendência de separar dois desses termos em benefício de um, temos dificuldade de pensá-los juntos. Ora, cada um desses termos é inerente ao outro, nenhum deles pode ser pensado ou concebido como o fim do outro. Há um circuito sem começo nem conclusão entre espaço, sociedade, indivíduo e já vimos que tudo que se refere a complexidade de um, se refere a complexidade do outro, que demonstra que o desenvolvimento da espécie, da sociedade, do indivíduo estão inter-relacionados"*.

Então, sendo a rejeição a outra face do transplante e um processo a ele alienada, também está associada ao dom, desde que uma das regras da dádiva estabelece que a aceitação do objeto dado deverá ser obrigatória e este “aceite” viabiliza a retribuição para que a reciprocidade circule (Mauss, 1974, p.57).

Fica claro, que no caso do dom do rim, há que ocorrer duas aceitações: uma do receptor enquanto pessoa, outra do receptor enquanto ser biológico.

Os breves esclarecimentos médicos sobre a reação de rejeição, aqui apresentados, além de importantes, são fundamentais, e liberdade teriam de serem até mais ampliados pelo interesse do tema, posto que o doador sabendo do risco de ver sua doação rejeitada tem esta possibilidade sempre em tela.

4. TRANSPLANTE: LEI, ÉTICA E RELIGIÃO

...” a liberdade é um dever da alma, cujo bem ou mal sempre está em jogo, e ele obedecerá à ordem, submisso à incumbência do seu destino”...

Hermann Broch

Este capítulo faz uma abordagem do transplante, levando em consideração aspectos da organização social que interferem diretamente com ele e com a doação de órgão.

A lei é um dos elementos da cultura que permite, através de normas de conduta, uma adequação do comportamento humano, no sentido das *“pessoas viverem com um grau razoável de certeza de que suas atividades evocarão reações antecipadas e resultados por parte de seus concidadãos”* (Hoebel & Frost, 1976, p. 302). A lei faz parte do sistema de controle social e usa a força da sociedade organizada para prevenir, sanar, punir os desvios das normas prescritas. A lei é o divisor de águas entre “natureza” e “cultura”, isto é, a instauração da lei com a interdição do incesto que possibilitou o aparecimento das relações de parentesco e de aliança, que têm sido os pilares que sustentam a cultura (Lévi-Strauss, 1976, pp. 41-63).

Em todas as sociedades, nas quais o transplante de órgão vem ocorrendo, existem leis já definidas ou em fase de regulamentação definitiva. Sendo, o transplante de órgão um instrumento terapêutico recente, as normas legais que o regulamentam (na maioria dos países), ainda, estão em fase de ajustamentos para que venham a atender a sociedade como um todo, e não apenas aos potenciais receptores.

A ética, enquanto Filosofia Moral, estabelece os princípios da conduta humana, em especial da relação de cada ser humano com seus semelhantes. Ela é um conjunto de regras determinantes de como deve ser o comportamento do indivíduo no seu grupo social, mas é também o aceite consciente e com liberdade dessas regras.

A participação pessoal do indivíduo, na aceitação das regras, determina o ato moral. A explicitação da ética reflete a adesão íntima do sujeito moral. Entretanto, transcendendo ao legalismo¹ existe uma relação dialética manifestada como aceitação, e não aceitação da interdição. De acordo com Aranha & Martins: “*o homem herdeiro e criador de cultura, só terá uma vida autêntica se, diante da moral constituída, for capaz de propor uma moral constituinte*” e acrescentam: “*toda moral está situada num tempo e reflete um mundo em que a liberdade se acha situada*” (Aranha & Martins, 1991, p.305).

O transplante de órgão envolve a ética, pois existem dois aspectos nele: o normativo (que anunciam as regras atuantes e o “dever ser”) e o fatural (posto que é um ato humano concretamente realizado).

A religião é a expressão de sistemas ideológicos, nos quais a visão de mundo se projeta. Ela é uma instituição cultural e, é também, geradora de cultura. A religião oferece referenciais que possibilitam dar ao indivíduo boa parte de sua visão de mundo (permitindo-o se situar diante do universo), e até certo ponto, definir seu sentido de vida.

¹ No sentido de atribuir à lei e as regras, um valor maior e tornando o ato moral aquele que se adapta à norma (Aranha & Martins, 1991, p. 304).

O transplante de órgão e as religiões mantêm relações que, segundo se desenvolvam, serão capazes de interferir na história do primeiro, nesta sua fase de implementação.

Uma pesquisa que se propõe a estudar um dos elementos participantes do ato transplantador, enquanto ato social, carece tecer considerações entre o transplante e estas instituições sociais.

O progresso da ciência médica, como de resto o de todas as ciências aplicadas, tem sido decorrência (pelo menos) de duas condições: a constante auto-correção de seus conhecimentos motivada pelo exercício de um senso crítico pertinaz e continuado, e uma “*praxis*” na qual os seus agentes se preocupam no sentido de que ela corresponda às exigências que lhe são feitas pelos seus usuários.

Nas últimas décadas, os avanços biotecnológicos têm sido de tal ordem que possibilitaram à ciência biomédica interferir em aspectos fisiológicos do ser humano, até então intocados.

As pesquisas biomédicas, por exemplo, somadas ao progresso das operacionalizações do fazer clínico, cirúrgico, e farmacológico, tornaram viável administrar a concepção por meio de métodos contraceptivos² e abortivos, inseminação artificial³, técnicas de procriação assistida, além de pretender o conhecimento do genoma⁴. Sem esquecer a capacidade de realizar diagnósticos precoces durante a prenatalidade, e assim prever, através do feto, a presença de genes de riscos que projetam o aparecimento na vida adulta de doenças genéticas. Desse modo, a ciência biomédica, atualmente, é portadora de poderes que interferem nos valores, costumes, e preferências, que definem o padrão cultural da sociedade. É

² Que impedem a fecundação.

³ Fecundação realizada a partir da colocação de sêmen, retirado de um doador e colocado no aparelho genital da fêmea.

⁴ Mapa genético do indivíduo.

bem verdade, que em outras fases da história biomédica, descobertas foram feitas capazes de interferir no comportamento e na cultura (sem esquecer que esses poderes estariam disponíveis, também, para serem usados em favor de interesses próprios).

Nesse contexto, a ciência médica, em virtude desse estágio que vive a biotecnologia, necessita restabelecer novos e mais estreitos liames com a *bioética*. Entenda-se, como bioética, uma ciência moral cujos princípios são normatizantes, não somente para as pesquisas biotécnicas que a cada dia alarga mais o horizonte e ousa aprofundar-se, mas também seja capaz de impressionar e interferir na Deontologia Médica⁵. Uma reflexão sobre o assunto deve ser feita com o intuito de definir e dimensionar ética e lei, além de delimitar suas interferências recíprocas. Esta reflexão não pode ser fundamentada sem pensar amplamente e interdisciplinarmente, porque a prática médica atual é capaz de interferir com valores que se relacionam com o nascimento, a vida, e a morte do indivíduo, enfim, com os mecanismos básicos da vida. Decorrência desse fato, a ciência médica parece ter se tornado incompetente de sozinha ajustar sua Deontologia e estabelecer normas bioéticas, que possam atender e regulamentar a operacionalização das técnicas biológicas vigentes. Assim, torna-se necessário o concurso de pesquisadores, médicos, juristas, representantes das diferentes correntes filosóficas e religiosas, políticos, e membros da sociedade civil, para que juntos e organizados, sob a forma de grupamentos ou sociedades, sejam capazes de investir tais sociedades de respeito e confiabilidade que traduzam autoridade para defender uma idéia moral do homem e da sua dignidade (Thouvenin, 1993, pp. 46-72). Na verdade, isto já vem acontecendo na Europa, por exemplo, na França com a criação do Comitê Consultivo Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, instituído em 02 de dezembro 1983 (Thouvenin, 1993, pp. 46-72).

⁵ Tratado dos deveres, direitos, e etiquetas, relacionado com o exercício da medicina.

A existência de conselhos consultivos, desse tipo, possibilitam minimizar os problemas relacionados com os direitos à saúde que todos os seres humanos têm, e os deveres profissionais que permitam que esses direitos sejam exercidos.

O uso rotineiro da tipagem, de antígenos de histocompatibilidade, na seleção de doadores de órgãos e a evolução das medidas que minimizam a rejeição, tornaram o transplante possível mesmo que o enxerto tenha sua origem de um doador não relacionado, isto é, mesmo que não exista consanguinidade entre ele e o receptor. Este fato aumentou a oferta de rins, mas também viabilizou seu tráfico. O jornal L'Express, de 25 de maio de 1990, trás matéria sobre o assunto, denunciando a participação de médicos britânicos (descobertos, julgados, e sancionados pelo General Medical Council) (Kouchner, 1990). A reportagem revela, ainda, existência de comércio de rins realizado entre Istambul e Londres, desde 1989, sendo os destinatários pacientes renais ricos necessitados de transplante. A ocorrência, algo frequente, desses fatos, levou o Parlamento Britânico a promulgar lei coibitiva sobre a venda de órgãos e regulamentadora sobre a doação inter-vivos. O jornal Der Welt chegou a anunciar que um rim teria cotação de 400.000 francos (Nau, 1991). Recentemente, foi evidenciado tráfico de órgãos entre Turquia e Grã Bretanha e entre Índia e Emirados Árabes. Em 1988, na Alemanha, foi discutida a criação de uma "bolsa de órgãos", para ser praticada com pacientes ricos (Nau, 1991).

No que diz respeito aos órgãos retirados de cadáver, o problema ético não se torna menor. De imediato surgem questionamento em torno do diagnóstico da morte. Antes que materiais do corpo humano vivo e partes do corpo do cadáver humano tenham se transformado em instrumentos terapêuticos, cabe a medicina, como finalidade básica, defender o binômio vida-saúde. A meta das ciências médicas se resume em, última análise, estender ao máximo a vida humana nas suas dimensões individuais. Daí, que o prolongamento artificial da vida biológica humana, em casos que tendem a se arrastar por uma infame cronicidade ou a tentativa de sua

reanimação dramática nas necessidades emergenciais, tenham justificado a parafernália instrumental das UTIs⁶ transformando-as nos ambientes mais nobres dos hospitais. Entretanto, hoje o cadáver além da utilidade de motivar saudade também carrega as prateleiras onde existem tecidos e órgãos que darão continuidade a vida de outrem. No mínimo, o diagnóstico da morte deve ser concreto e tradutor de uma veracidade irremediável.

A importância de cercar a definição concreta da morte, de modo que ela não se antecipe às possibilidades de recuperação do paciente terminal e por mais remota que esta recuperação aparente ser, é fundamentalmente relevante. Normatizar critérios para estabelecer o momento de parar uma reanimação, por exemplo, é fundamental e esta preocupação está atrelada ao fato de que o cadáver, hoje, é útil como elemento terapêutico e tem sido objeto de discussões por todos que se preocupam com o desenho ético da transplantação.

A definição de morte cerebral, como critério de diagnóstico de morte, pode autorizar moral e biologicamente a retirada de órgãos para transplante. O conceito de morte cerebral ou encefálica é frágil, e até certo ponto variável segundo os centros médicos em diversos países. O Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por exemplo, estabelece para pacientes com traumas do sistema nervoso central ou com manifestações neurológicas clínicas, os critérios de acordo com Lerpargneur (1986):

a) coma arreativo⁷ ou aperceptivo por mais de seis horas (desde que não estejam submetidos a hipotermia ou às drogas depressoras do sistema nervoso);

b) ausência de funcionamento do tronco cerebral*;

⁶ Setores hospitalares nos quais existem infra-estrutura para vigilância emergencial contínua.

⁷ Perda da consciência com ausência de sensibilidade superficial e profunda, portanto sem respostas às estimulações.

c) exames complementares (eletroencefalograma*, arteriografia cerebral*) que demonstrem ausência de atividade cerebral e circulação sanguínea no cérebro;

d) declaração de morte cerebral, devidamente assinada por médico da diretoria clínica do hospital.

A primeira e fundamental dificuldade está relacionada com esta possibilidade, do cérebro tornar-se infuncionante apenas *transitoriamente*. A recuperação do cérebro depende da gravidade das lesões. No caso de uma depressão alastrante (as vezes agravada pela desnutrição), por exemplo, o cérebro deixa de funcionar e no entanto este fato não representa uma “morte cerebral”. Não é impossível, porém, que pacientes voltem à consciência depois de um coma profundo, mesmo que seja prolongado. Quais, então, os sinais clínicos, eletroencefalográficos, e radiológicos, capazes de afirmar a irreversibilidade de um coma? Como realizar o diagnóstico definitivo da morte cerebral?

Por outro lado, algumas correntes da medicina entendem a morte como um processo e não como um fato concretamente definido em um instante específico. Para estas, torna-se praticamente impossível estabelecer o exato momento no qual o indivíduo deve ser considerado morto, já que a morte segue um curso de letalidade progressivo.

Na França, a Lei Caillavet* estabelece critérios de morte cerebral e traça limites que não devem ser desrespeitados (prazo de vinte e quatro horas do prevalecimento dos sintomas), isto se os órgãos dos pacientes, nessas condições, vierem a ser utilizados para transplantes.

Outro aspecto ético, importante, está relacionado tanto com os órgãos retirados de doador vivo quanto de doador cadáver. Trata-se da possibilidade de que os órgãos retirados possam pertencer a doadores contaminados com doenças

transmissíveis (AIDS*, Hepatite C*, entre outras), e nestes casos possibilitariam a contaminação do receptor. Desse modo, além da compatibilidade tissular, a presença de uma doença transmissível no doador (que deve ser criteriosamente pesquisada) diminui a oferta de órgãos, e se constituiu, também, parâmetro de seleção de qualquer tipo de doador.

Na medida em que estas questões são repensadas por todos os que se interessam pela bioética; levadas as codificações (deontológica e legal) no sentido de estabelecer normas gerenciadoras da transplantação; e que leis sejam promulgadas para coibir a comercialização de materiais do corpo humano, desenvolve-se um panorama até certo ponto crítico, em todo mundo, que se manifesta por dois pólos:

1- todos os seres humanos têm direito à saúde e ao transplante quando necessitam;

2- diminuição da penúria⁸ de órgãos transplantáveis (que tornam filas enormes de espera ao transplante constituídas de receptores potenciais) (Anexo).

A penúria pode ser resultante de vários fatores: decréscimo do número de doações a partir de doadores vivos; diminuição de mortes por suicídio ou acidentes (decorrência do aperfeiçoamento das técnicas de tratamento emergencial); ausência de uma política médica de aproveitamento de órgãos e dificuldades legais e burocráticas que permitem a retirada de órgãos de cadáver. Por outro lado, o aumento da demanda de órgãos para fins transplantadores sugere uma análise aprofundada dos critérios de indicação de transplante. A penúria de órgãos transplantáveis se constitui numa espécie de sinal de alarme que justifica uma profunda reflexão sobre esta proposição terapêutica (Novaes, 1993, pp. 73-80).

⁸ Entenda-se como diminuição de órgãos transferíveis através de transplante, isto é, na verdade uma carência de doadores disponíveis (vivos ou mortos).

A existência de uma carência de órgãos disponíveis, para transplantes, não justifica a negação do direito terapêutico do receptor potencial e nem minimiza sua necessidade.

Admitindo que o portador de insuficiência renal crônica* sobreviverá (mesmo com uma qualidade de vida que deixa muito a desejar) se estiver submetido a ação terapêutica dialítica, e mesmo que esta sobrevida possa ser por tempo razoável, não justificaria negar-lhe o direito ao transplante. Entretanto, antes que a falência renal venha se instalar nele, de modo definitivo, se faz necessário estabelecer uma política médica visando a prevenção, não só para impedir as possibilidades da instalação de uma doença grave mas com vistas, inclusive, a minimizar a demanda de órgãos para transplante (Teodósio et al., 1993; Teodósio et al in Schor, 1995). Penúria de órgãos para transplante interfere na necessidade básica do receptor, que segundo o modelo "eu tenho direito" pode incrementar uma demanda que não será atendida pela oferta. Pensando nisso, o concurso da saúde pública se faz importante na medida em que o problema passa a fazer parte, também, da responsabilidade coletiva (como é o caso específico das campanhas de mídia para aumentar doações de sangue, quando sua carência chega a ser crítica nos bancos de sangue).

No processo, do transplante de órgão, se destacam três participantes principais: o doador vivo ou cadáver, este último representado na maioria das vezes por familiares do doente; o receptor; e um mediador (Novaes, 1993, pp.73-80). Como foi referido na Introdução, entre eles se estabelecem relações múltiplas e complexas durante o processo evolutivo da doença, e principalmente no momento da circulação do órgão (circulação que culmina com a troca do sítio anatômico originário).

Pensar a ética da doação quando ela é o substrato de uma equação de vários termos (os atores acima citados) onde esses termos mantêm entre si uma multiplicidade e uma complexidade de relações, deve ser, também, pensar em todo contexto no qual ocorre o processo e não só pensar a ação “*per se*”, isolada daquelas relações.

Uma reflexão sobre a ética do transplante, vista apenas do ponto de vista médico, estará comprometida basicamente com os procedimentos técnicos: indicação, eficácia, e otimização operacional; e com um não envolvimento em transações comerciais que consubstanciem a circulação do órgão nesta tríade de protagonistas (onde ele é o mediador do processo).

Se esta reflexão for realizada, tomando como referencial apenas o doador, terá que ser feita considerando o tipo do doador (vivo ou cadáver) e envolverá desde o compromisso com a generosidade, tão linearmente explicitada nos discursos (ver p. 24), e / ou a existência de motivações geradas por uma miséria social (como parece ser nos casos de comercialização existentes em países de terceiro mundo).

Quando se pensa o receptor ele está submetido a uma condição de sub-vida fisiológica, reconhecidamente portador de esperança e de legítimo direito a possuir saúde, mas se tiver condições econômicas, mesmo assim não o possibilita adquirir o órgão que lhe é imprescindível à vida.

Visto assim de modo departamentalizado, o problema da ética no transplante de órgão é simples. Mas um intricado jogo de relações ocorre entre todos os participantes, entre cada um deles e o plano social, e entre o conjunto dos três e a sociedade. Esta rede, entrecruzada de relações, torna a ética da transplantação complexa pois envolve aspectos médicos deontológicos, codificação de normas constáveis no código civil (posto que nele existem itens que protegem a pessoa física e a inviolabilidade do corpo, a não ser em casos de exceção aceitável, e somente para fins terapêuticos), e de normas existentes no código de saúde pública.

Cabe reconhecer que ética e lei, gerenciando esta trama de interrelações, se interpenetram e se expandem de acordo com as circunstâncias. Enquanto objeto e problema social, o transplante de órgão deve ser subordinado a uma ética de conduta e a uma lei, necessitando, então, que sejam estabelecidas regras normativas para gerenciá-lo de modo justo, mesmo que seja preciso refutar as regras existentes. Uma medida seria normatizar legalmente as práticas de transplante, não no sentido de moralizá-las, se elas já são moralizadas pelas leis da saúde pública e da constituição, mas para conferir obrigatoriedade a elas.

No Brasil, o transplante renal está regulamentado pelo artigo nº10, da lei nº 5479, do Conselho Nacional, datada de 10 de agosto de 1966, que permite ao *“indivíduo maior de idade dispor de órgãos e partes do corpo vivo para fins humanísticos e terapêuticos, quando se tratar de órgãos duplos ou tecidos que não impliquem em prejuízo ou mutilação grave para o disponente”* (Pestana et al., 1992). Com a preocupação de coibir o comércio de órgãos entre doadores vivos não relacionados por parentesco⁹ consanguíneo, é proibido que se façam doações nestas circunstâncias, e elas só ocorrem com amparo da lei através de autorização judicial e em casos excepcionais. Mesmo existindo parentesco por aliança, a lei está sempre atenta para a possibilidade de comercialização do órgão (Pestana et al., 1992).

Relevantes são os papéis exercidos pelas religiões, no campo da transplantação, na medida em que elas influenciam no comportamento de todos os atores do processo.

Após as declarações de Pio XII (1956), a igreja católica vem estimulando a dádiva e a utilização de órgãos retirados de cadáver. A igreja, considerando que corpo

⁹ Conjunto estruturado de atitudes e normas sociais, em que os indivíduos aparentados pelo sangue ou pelo casamento (aliança) observam uns em relação aos outros.

e espírito são inseparáveis enquanto há vida, aconselha que a integridade do primeiro não deve ser ferida a não ser por razões graves, e lembra que o indivíduo não possui direito de dispor de seu corpo indiscriminadamente. Entretanto, ela estabelece que o princípio de inviolabilidade e indisponibilidade do corpo não deve ser um tabu irracional, mas apenas manifestar um respeito racional. Quanto ao cadáver, ela considera que ele tem sido respeitado desde que homídeos, em fase de humanização, começaram a sepultar seus mortos e que este respeito deve continuar existindo, entretanto, a destinação do cadáver deve levar em conta o bem que ele poderá trazer para outra pessoa.

A igreja católica romana admite que a doação de órgãos, a partir de indivíduos vivos, deve ter fins terapêuticos, deve ser sempre fruto do dom, não pode colocar em perigo a vida do doador, e deve estar atrelada às relações familiares.

O anonimato não ocupa, para a Igreja católica, um princípio básico.

Já no que concerne à doação, a partir de cadáver, a igreja católica considera que é fundamental a legitimidade da cessão para retirada de órgãos do corpo e que esta retirada deve ter sempre utilização terapêutica.

A constatação da morte deve ser inquestionável. Aconselha, também, que o cadáver do qual são retirados os órgãos continue portador de uma dignidade que não deve ser violada. Um ponto que o catolicismo salienta é a obediência dos desejos do morto, caso eles tenham sido eventualmente exprimidos antes da morte.

Quanto ao diagnóstico da morte, os textos católicos subentendem que fica a cargo das autoridades médicas decidirem os critérios. Enfim, a igreja católica é enfática em propor uma conscientização em larga escala através de educação do público, no sentido de estimular a dádiva de órgãos, seja através de doadores vivos ou mortos (Dinechin, 1993, pp. 31-34).

A igreja protestante¹⁰ não é favorável a transplantação. As objeções feitas por ela se baseiam nos seguintes critérios (Quere, 1993, pp. 35-38):

a) reação contra os rumores da ocorrência de venalidade e de mortes de crianças (fato sem consistência comprobatória), além de predações ilegais de cadáveres;

b) defesa da idéia de que o doador vivo não é um fornecedor natural de órgãos, já que ele próprio se destitui quando faz uma doação;

c) entendimento de que o transplante permite uma ligação entre vida e morte dos envolvidos (receptor e doador cadáver). Argumenta que o transplante de órgão, a partir de cadáver, cria uma dissimetria que fere a consciência, pois para que alguém se salve necessário se faz que alguém morra;

d) o discurso anti-transplante levanta que o espírito é também portador de anticorpos que rejeitariam esta condição.

Usam São Paulo que, na metáfora do corpo, afirma que este pertence a Deus e não a nós e que o corpo de cada um somado com o de todos faz parte do desenho estabelecido pelo Criador, perdendo o homem a autonomia sobre ele.

O judaísmo coloca em primeiro lugar a autoridade rabínica como poder decisório (poder este, que extrapola as considerações jurídicas), assim o transplante não poderia ser praticado antes dessa aprovação (Bernheim, 1993, pp. 39-42).

O judaísmo solicita cumprimento do princípio de assistência para com a pessoa que corra perigo de morte eminente, e esta seria uma obrigação não somente moral mas também exigida pelas leis do livro sagrado. Considera que o corpo do morto podendo vir a ser útil seja utilizado, mas isso não deve impedir que lhe sejam aplicados, enquanto vivo, todos os esforços no sentido de impedir a concretização de sua morte. Deixa muito claro, a interdição de se tirar proveito pecuniário de partes do

¹⁰ A igreja protestante, aqui referida, não é a histórica.

corpo do cadáver. A retirada do órgão do cadáver está alienada ao consentimento prévio do morto ou dos seus familiares.

Quando reflete o dom entre vivos, a lei judaica se debruça sobre a questão da mutilação indispensável do corpo do doador e aconselha que ela obedeça o preconizado pela lei laica.

No que diz respeito ao islamismo, sua posição face ao transplante, até certo ponto, reflete uma continuação do pensamento muçulmano.

Os princípios éticos muçulmanos preconizam o direito à vida e sua preservação, sobressai o respeito que deve ser mantido para com o ser humano vivo, ou morto, acrescentando os direitos dos mortos sobre os vivos e os deveres dos vivos para com os mortos, e insiste na integridade do corpo tanto durante a vida quanto na morte.

Entretanto, numa abordagem que leva em conta os conhecimentos científicos atuais, o islamismo tem relativizado os princípios da teologia normativa que regem as fronteiras da manipulação do corpo humano.

Portanto, o islamismo permite o transplante sem problemas, se forem autoenxertos*. Se o transplante for realizado a partir de cadáver ou de doador vivo, no primeiro caso devem ser obedecidas as seguintes regras: viabilidade do enxerto, consentimento, e documento certificador do estado de morte.

Com relação ao consentimento, o islamismo faz da família a guardiã do corpo do morto e a torna possuidora de poder de decisão. Se é a partir de doador vivo, os tecidos, materiais, e órgãos transplantáveis não podem ser vitais. O doador não pode ser forçado à doação nem ela pode ser fruto do aproveitamento da conturbação de estado psicológico do doador. Para as duas formas, de origens de órgãos transplantáveis, fica definido no islamismo que nenhum órgão pode ser objeto de transação comercial (Boubakeuer, 1993, pp. 43-45).

Atualmente, existe pressão de vários grupos envolvidos com a transplantação (receptores que se encontram em filas de espera por um órgão, famílias de receptores potenciais, e técnicos relacionados com o processo) para que seja formalizado um *direito à transplantação*. Embasando este direito, estaria a criação de um sistema democrático de redistribuição de órgãos retirados de cadáver.

A Organização Mundial de Saúde considera que: "*os órgãos transplantados devem ser preferencialmente de pessoas mortas. Os adultos vivos podem, entretanto fazer a dádiva de órgãos mas nesses casos deve existir uma relação genética entre doador e receptor... um órgão pode ser retirado de um adulto vivo para fins de transplantação se ele tiver livremente consentido. O doador não pode ser sujeito a nenhuma influência ou pressão abusiva e deve estar suficientemente bem informado para compreender e avaliar os riscos, as vantagens e as conseqüências de seu consentimento...o corpo humano e partes dele não podem ser objeto de transações comerciais e assim está interdita do doador ou do receptor uma contrapartida pecuniária (ou outra qualquer recompensa) pelos órgãos... os médicos ou outros profissionais da saúde não devem participar em nenhuma fase de transplante de órgãos, se tem razão para crer que subsiste uma transação comercial...*"

Então, fica evidente que uma bioética correlata ao transplante se faz necessária, e que nela se utilize, como parâmetros, os princípios fundamentais que regem a dignidade do ser humano.

O doador vivo, dito direto (agente social que sofre influências e interfere no contexto sócio-cultural), deve submeter sua dádiva aos princípios legais, éticos, e de religião, a qual pertença. Um menor de idade, por exemplo, condicionará sua doação à maioridade, mesmo que esteja convicto da decisão de dar um dos seus rins

para um progenitor ou irmão. Um doador não consanguíneo terá que lutar juridicamente para obter um alvará ajuizado. Por mais fervoroso que seja um testemunho de Jeová, deverá adequar psicologicamente a interdição do dom que salvaria a vida de um filho. Não é legal ou ético vender um órgão, rim, por exemplo. Mas seria justo receber uma retribuição, concreta, por tê-lo doado? Assim, a maioria dos doadores vivos juntamente com pacientes e técnicos exercitam uma militância, no sentido de tornar justas e atualizadas as leis e os códigos éticos referentes ao transplante, e usam dos meios cabíveis para influir a opinião pública (espaços na mídia) e arregimentar simpatizantes, bem como forçar os legisladores a marcarem posição¹¹. Assim, o doador de rim há que ter seu psiquismo envolvido com as questões legais, éticas, e religiosas.

Há ainda que considerar o doador, dito indireto, de órgão (embora este não seja objeto desta Dissertação), como aquele que assume a autorização da retirada de órgãos do cadáver que é seu parente por consanguinidade ou aliança. Este, que no clímax da dor da perda do ente querido tem que tomar a decisão rapidamente, algumas vezes sem qualquer indicação prévia dada pelo morto. Este tipo de doador está inserido numa sociedade cuja tradição tem dificuldade de admitir o manuseio do morto. As mortes domiciliares, sem acompanhamento médico, carecem de Atestado de Óbito e o cadáver deve ser submetido à necrópsia que definirá a causa da morte, e este fato angustia e constrange os familiares, a ponto dos médicos serem frequentemente solicitados para atestar a morte mesmo que não tenham sido assistentes do doente. Os donos do morto, usam de todas as estratégias (influência de amigos comuns ou de outros pacientes do médico) e referem que com o atestado de óbito *o cadáver não será cortado*. Seria como se a necrópsia fosse impingir dor física ao paciente.

¹¹ Ver xerox de jornal e revista no Anexo.

Culturalmente, a noção da inviolabilidade do corpo do morto, que não tem personalidade jurídica embora seja protegido contra profanações e tenha legalmente direito ao sepultamento, se acha muito fortalecida para os familiares antes de ser enterrado.

Portanto, os aspectos descritos sobre as leis que regem os transplantes e a ética que norteia as condutas relacionadas com ele e as posições demarcadas pelas religiões, são determinantes para a decisão dativa do doador renal.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

..." É por intermédio da linguagem que o conhecimento subjetivo se torna também conhecimento objetivo, preparando assim o caminho para o terceiro mundo, o mundo das idéias e das teorias"...

Karl Popper

Este capítulo está dividido em três momentos, para um melhor encaminhamento da análise e discussão dos dados coletados na investigação.

A leitura interpretativa, das entrevistas, permitiu fazermos considerações mais gerais antes de nos determos em temas mais específicos do presente estudo. O grupo convidado a participar da pesquisa se caracterizou por aceitar com presteza ser entrevistado, assumindo grande empenho na conversa.

Embora apenas seis do total de entrevistados tivessem tomado conhecimento que éramos médica (o que poderia levar a pensar que este conhecimento, talvez, fosse o motivo do interesse por parte deles), todos, com uma única exceção, procederam dessa maneira. Alguns dos entrevistados tomaram a iniciativa de nos procurar para confirmar e pré-datar o encontro, logo depois de contatados pela pessoa intermediária (antes de sermos, por esta, comunicada do aceite e disponibilidade de um doador). Outros, embora não assumissem claramente essa postura facilitaram o encontro (desmarcando compromissos previamente assumidos, ficando à disposição ou deixando abertas as possibilidades de um segundo encontro). Apenas um dos doadores solicitou alguns dias para pensar e exigiu uma conversa prévia.

Esta uniformidade de conduta parece indicar uma tendência geral, relacionada com a vontade de falar sobre a experiência da doação. Por outro lado, esta interpretação é confirmada pelo fato da maioria dos entrevistados (mesmo

aqueles mais introspectivos) terem sido prolixos e suficientemente ilustrativos nas suas falas. O desejo de falar pressupõe audiência. Parece cabível inferir que existe uma necessidade de tornar notória a experiência da doação. Um dos doadores da amostra pesquisada, como é referido na “A Mascara Desvendada” (ver p. 165), convidou pessoas da sua comunidade e tornou a entrevista pública. Há que considerar que esta predisposição para falar, sobre a doação, foi um elemento facilitador na coleta dos dados.

5.1. A Identidade Visitada

Esta parte do capítulo visa categorizar os doadores, identificando-os no contexto social.

Ela apresenta e analisa categorias como: sexo, relação parental com o receptor, idade, estado civil, grau de instrução, profissão e salário, as quais, pertenciam os indivíduos da amostra. Esta categorização foi, importante, para estabelecer correlações entre estes aspectos e a doação.

Da amostra pesquisada, 17 doadores pertenciam ao sexo feminino, e 08 eram do sexo masculino (Tabela 2). Das 17 mulheres, 14 eram mães, 01 era irmã, 01 filha, e 1 sobrinha dos seus respectivos receptores.

Dos 08 homens, 05 eram pais, 02 eram irmãos, e 01 era primo dos seus receptores.

TABELA 2- Distribuição dos Doadores segundo o sexo

Doadores	Nº	%
Mulheres	17	68
Homens	08	32
TOTAL	25	100

O resultado, indicando que 68% da amostra era de doadores mulheres, poderia à primeira vista levar a crer que as sondagens das histocompatibilidades dos candidatos à doação para um dado receptor tenderia a reconhecê-las (as mulheres) como sendo biologicamente os doadores mais compatíveis com seus parentes, fossem eles filhos, genitores, irmãos ou primos. Do ponto de vista imunológico, não é assim que ocorre. Sexo não interfere com histocompatibilidade. Ao ser realizada entrevista com médicos da Unidade de Transplante (Hospital Português), foi ouvido que:

... "É muito clara, a existência de uma maior disponibilidade das mulheres, para se colocarem como potenciais doadoras... Quando o processo começa, as mulheres da família, mães, irmãs, tias, se aprestam em informar que querem doar e se movimentam para que os testes de histocompatibilidade sejam realizados..."

(E. - médica - 14.11.94).

Cabe, então, levantar uma conduta diferenciada segundo gênero, quanto à doação. A psicologia clássica defende que as mulheres têm diferença quanto a formação de personalidade, em relação aos homens. Desde a infância,

na construção primária do ego, a individuação já aparece nas meninas, diferentemente dos meninos, com uma forte tendência para que elas sintam as necessidades e os sentimentos dos outros. As meninas internalizam essas necessidades e sentimentos, como se eles fossem seus (Chodorow, 1978, pp. 59-61).

A Tabela 3 mostra a distribuição das doadoras em relação aos seus receptores.

TABELA 3- Distribuição das Doadoras segundo seus receptores

Doadoras	Nº	%
Mãe	14	82,35
Filha	01	5,88
Irmã	01	5,88
Sobrinha	01	5,88
TOTAL	17	100

Este achado revela 82,35 % das doadoras, concretizando suas doações para filhos e filhas. Seus discursos exprimem a necessidade que tiveram de impedir a morte e o sofrimento visível dos seus filhos e filhas, submetidos a uma doença renal terminal. É bom considerar que este sofrimento é acompanhado passo a passo por elas, que, além de serem depositárias das lamentações dos doentes eram testemunhas vivas do rigor dietético e das outras restrições que os mesmos foram submetidos.

O sofrimento, segundo elas, teve um crescimento progressivo. De início elas depositaram no tratamento dialítico uma esperança de cura. Com o passar do tempo, meses e anos, é que se aperceberam que os processos terapêuticos a que seus doentes se submetiam eram apenas mantenedores da vida. Passaram, inclusive, a conviver com o fato de que a vida resultante do tratamento dialítico era muito precária, não só pela qualidade da sobrevivência conferida ao paciente mas, também, pela frequência com que as intercorrências os levavam aos internamentos emergenciais. Por outro lado, eram frequentemente as mães que, duas ou três vezes por semana, os levavam para a clínica hemodialítica e muitas vezes lá permaneciam por quatro a cinco horas presenciando impotentemente os passos do processo terapêutico, que para um leigo parece ser, além de cruento, um exercício de solidão.

Eis o testemunho de uma mãe doadora:

"...Era eu quem levava minha filha, para fazer hemodiálise. Não é mole não. Três vezes por semana, ficava esperando, lá... Levava bordado, croché, revista, tudo... Conversava com as pessoas, as enfermeiras, os médicos. Nunca marquei nada, que batesse com o horário dela... Vi muita coisa triste.. pessoas passando mal na máquina. Vi gente morrer... Aí, ficava desesperada... Não aguentava mais ver minha filha naquele sofrimento. Às vezes chorava quando ela entrava lá para a máquina, e eu tinha que ficar fora, esperando.... Rezava muito, não vendo a hora do transplante acontecer. Ela ficou na máquina quase quatro anos, e eu junto com ela, sofrendo com ela... Às vezes, o pai também levava ela. Mas ele trabalha e isso só acontecia raras vezes... quando era feriado ou férias dele..." (M.S.P. 17.02.94)

Este discurso revela, não somente, que a mãe assume as responsabilidades mas também compartilha com o sofrimento. Por inferência, este discurso, também, remete a um evidente transtorno no labor rotineiro da profissão de dona de casa. Ao cotejar esta fala com o diário de campo, correspondente a esta entrevista, ele registra:

"... o apartamento é típico de uma família que possui razoável condição financeira. Além dos bens de serviço (TV, som, telefone), a sala prima pela arrumação, estética dos móveis e quadros, e principalmente limpeza...Há um bolo sobre a mesa, do qual cheguei a me deliciar..."

(Diário de campo, 17.02.94).

e mais,

"...o marido chegou, a entrevista foi interrompida por um tempo, enquanto M.S.P. foi atendê-lo. Quando volta, é feita uma apresentação formal entre nós. Ele conversa um pouco, sai do ambiente. Continuamos, as duas, a entrevistada foi solicitada duas ou três vezes por ele, ocasiões nas quais se retirou. Pede desculpas, informando que nunca teve secretária para ajudá-la nos serviços domésticos..."

(Diário de campo, 17.02.94).

O diário de campo permite vislumbrar a responsabilidade intra-familiar das mulheres, numa família considerada de classe média na sociedade brasileira. Elas não tinham atividades fora da esfera doméstica. Se responsabilizavam pela administração do lar, pela preparação dos alimentos que são usados por todos os membros do núcleo familiar, pela manutenção da higiene e arrumação da casa, e pelo atendimento de todas as necessidades práticas ou afetivas do marido, filhos, e agregados, como os avós.

Outros depoimentos que confirmam este fato:

...”durante o tempo que L. fazia a hemo, minha vida era um horror. Primeiro porque eu sofria muito, muito mesmo com a doença dele, e depois eu não tinha tempo prá nada”... (M.A.P. 11. 11.94)

...”aquela é uma doença danada, a pessoa se trata, faz regime, e não fica boa. Depois tem de ir sempre na clínica muitas vezes por semana, e isso atrapalha tudo em casa. E é a gente que tem de levar, mesmo”... (M.S. 09.12.93)

Assim, a rotina das famílias, que têm um doente renal crônico mantido dialiticamente, é alterada em muitos sentidos. Se é a mãe quem se encarrega de levar o doente para as sessões dialíticas (e frequentemente é ela) e se no núcleo familiar não existe quem a substitua nos afazeres domésticos (uma filha, parente agregada, ou empregada doméstica), esses trabalhos da esfera doméstica deixam de ser realizados pelo menos com a disciplina e eficiência costumeiras.

Sem querer entrar no mérito da questão, relacionada com papéis desempenhados pelas mulheres no espaço privado (que não faz parte do interesse deste trabalho), as mães doadoras da amostra pesquisada assumiram a responsabilidade de acompanhar seus filhos ou filhas, insuficientes renais, para as sessões dialíticas e internamentos intercorrentes (poucas vezes é uma irmã ou irmão adulto, e raramente é o chefe de família), sejam os pacientes crianças, adolescentes, ou adultos.

Estas mães referiram que durante o período em que seus pacientes eram dialisados elas tiveram dificuldade de manter a administração do lar, sintonizar e atender as necessidades dos partícipes do núcleo familiar (como foi presenciado durante a entrevista), e este também foi considerado um motivo de peso para agilizar o transplante. E quando elas exerciam essas atividades sem assessoria (sem o concurso de empregada doméstica), forçosamente tinham mais dificuldades para realizar o que consideravam seus afazeres e responsabilidades domésticas. Na verdade, elas eram obrigadas a ficar fora de casa em torno de vinte horas semanais. E durante esse tempo eram submetidas a uma proximidade maior com a realidade da doença, o que determinava nelas, também, um aumento de ansiedade e tensão emocional.

Os discursos, de todas as entrevistadas, evidenciaram a existência desse transtorno nas suas vidas de donas de casa, quando seus receptores dependiam delas, antes do transplante, para se submeterem aos procedimentos terapêuticos que os mantinham vivos (dialíticos, realização de exames de controle rotineiros, ou internamentos urgentiais).

Eis, mais alguns exemplos:

*...“durante três anos, eu não soube
o que é organização, aqui em casa”...*

(A.P. 22.05.94)

*...“Minha rotina mudou...eu vivia para
levar ela para a máquina “...*

(R.S. 07.08.93)

Outro tema constante, nos discursos das mães doadoras, foi a prevalência de um sentimento estranho e ambíguo. Um sentimento de angústia por ver seus filhos ou filhas sofrerem, atrelado ao medo de perdê-los. Por outro lado existia, também, um quase prazer na possibilidade de fazê-los nascer novamente. Um sentimento traduzido pela expressão: " *dar pela segunda vez a vida*" àqueles filhos e filhas, "*parir novamente*". Este achado é destaque, nestas falas:

... "Quando os médicos me falaram sobre a viabilidade de fazer um transplante, eu logo me vi fazendo os exames para ver se o meu rim poderia ser transplantado para ela. Quando eles me disseram que eu podia doar, me lembro do que senti. Uma mistura de esperança em ver minha filha curada e durante a preparação, eu tinha a sensação de estar grávida novamente... era como se eu fosse dar a luz a ela novamente... Olha, na fase dos exames para descobrir se meu rim seria compatível com ela, eu me sentia como que fazendo o pré-natal novamente..."

(M.M. 23.09.93)

:

... "foi como se eu tivesse tido ela de novo" (L.S.12.06.93)

... "fiz ela nascer novamente" (R.S. 07.08.93)

... "depois da operação, quando soube que ele estava bem, tive a mesma alegria que senti depois do parto" ...

(S.V.V. 03.07.94)

Esta associação da doação renal com a representação do parto, esteve presente, generalizadamente, nos discursos das mães. A maternidade, nelas, pareceu representar o ápice de suas vidas e a experiência do parto, em si, surgiu como evento tão importante a ponto de merecer ser simbolicamente reinventado. Entretanto, vale a pena salientar que correlacionando este achado com a Tabela 4 (ver p. 126), observa-se que a maior incidência de doadoras estava na faixa etária, entre 41 e 50 anos.

Eram, portanto, mulheres de uma geração não atingida pelo ideário feminista e cujas vidas estavam frequentemente atreladas à esfera doméstica, na qual a maternidade representava a meta maior da vida. Além do que, é através da maternidade que a unidade psíquica do gênero humano se constitui, justo pelo fato de que existe um fundo mítico comum à humanidade determinado pela relação mãe-filho (Micela, 1982, pp. 21-24).

Cabe aqui refletir, com a ajuda da psicanálise, que nas mulheres a maternidade e a maternagem, bem como a capacidade de exercê-las com prazer, é resultante de internalização psicológica que acontece na infância. Para as mães a parição nunca termina. A predisposição prazerosa, para este exercício, é, em parte, consequência delas próprias terem sido afetadas por aspectos relacionais quando também foram maternadas, e em parte, por que ao nível inconsciente, ou consciente, possuem capacidade e senso do “eu materno”. Se as crianças, não importam seus sexos se identificam primeiro com a mãe, na menina os processos de identificação da função e papel do gênero são contínuos. Isto seria o fruto da identificação edipiana da menina com a mãe, que também é contínua (Badinter, 1980, pp. 248-250; p. 267-270; p.295-310).

Do ponto de vista cultural, as mulheres (principalmente da geração do grupo estudado), em sua maioria, eram colocadas à margem do conhecimento das relações fora do parentesco e das práticas mais valorizadas (fora da esfera

doméstica), e ao contrário se colocavam próximas das coisas e atividades desvalorizadas. A função de ser mãe era a única exceção.

Portanto, desenvolver a maternidade e as funções da maternagem, da melhor maneira possível e com prazer, faz parte da ideologia da geração de mulheres do grupo estudado. A função de mãe e o prazer em exercê-la, desde a gestação, esteve presente nas mães doadoras, forte o suficiente para que elas desejassem reconfirmá-los simbolicamente.

Dos doadores homens (08), cinco cederam seus rins para filhos, dois o fizeram para irmãos, e um para uma prima, o que se constitui num percentual de 62.5% de pais doadores. Além de uma diferença, significativa, nos percentuais correlatos a mães e pais doadores, há fundamentalmente uma grande diferença nos seus discursos.

Nenhum deles associou o gesto da doação a uma repetição da paternidade. Todos diziam “*ter sentido o dever de salvar a vida de seus filhos*”. A idéia de *dever* e *obrigação* sobressaiu em suas falas. A representação ou a imagem mental do gesto doador remeteu ao cumprimento de uma “lei moral” ou obedeceu uma “regra imposta”. É quase como se o pai biológico fosse substituído pelo pai social.

A maioria deles, em algum momento da entrevista (segundo registro no diário de campo), mostrou a cicatriz ou perguntou se queríamos vê-la. Este dado permitiu intuir sobre a existência de uma valorização da cicatriz. Valorização, esta, que pareceu ser legitimadora do “dever cumprido”, tanto quanto as mutilações estigmatizantes atribuem ao herói de guerra a legitimidade dos seus comportamentos corajosos e heróicos.

A amostra pesquisada se apresentou, quando analisamos a idade, com a distribuição expressada na Tabela 4.

TABELA 4 - Distribuição dos doadores segundo idade

Doadores		
Idade (anos)	Nº	%
21 - 30	5	20
31 - 40	5	20
41 - 50	12	48
51 - 60	3	12
TOTAL	25	100

Os doadores se concentraram numa faixa etária compreendida, entre 41 e 50 anos quando realizaram a cirurgia transplantadora. Este fato revela a observância da lei brasileira sobre transplante de órgão, que impede a doação a partir de indivíduos com menos de 21 anos de idade.

É um achado sugestivo de que os serviços de transplante ao fazerem suas triagens seletivas em candidatos potenciais à doação consideram, pelo menos aprioristicamente, importante eles terem uma idade aparentemente representativa de maturidade psicológica para que suas decisões expressem exatamente o que desejam fazer.

A menor densidade de doadores com idade compreendida, entre 51 e 61 anos, parece estar relacionada com a condição fisiológica desta população, a qual frequentemente já começa a apresentar vestígios ou evidências de estados patológicos como diabetes*, hipertensão* e outros, que contra-indicam clinicamente a doação do rim (seja para que o receptor não venha a receber um órgão algo expoliado, seja para o doador não crescer uma sobrecarga ao rim remanescente).

Estas reflexões tem amparo na fala de médico e psicólogo, da Unidade de Transplante, do Real Hospital Português:

" ... Aqui, nós damos prioridade a doadores que já tenham feito 21 anos, e que não tenham atingido aquela idade em que, frequentemente, o organismo começa a apresentar os sinais de deficiência. Neste caso, ele não será doador mesmo...Agora, se estes sinais mesmo não estando presentes, e havendo um candidato a doador mais moço, este último é o selecionado..."

(E. - Médica, 14.11.94).

A psicóloga da mesma Unidade de Transplante, relata:

"...Posso te dizer que numa família que tem pacientes em via de transplante, se tem jovens, estes apresentam um movimento para o ato de doar... mesmo sendo proibido que se faça a doação antes dos 21 anos, e eles sabem disso. Nós nos preocupamos com essa tendência dos mais jovens para doar. Mesmo depois que eles atingem a idade legal de doar, para aceitá-los, temos de fazer várias entrevistas com um nível de profundidade tal, que permitam nos dar indícios que nos revelem pistas de suas convicções... Muitos deles ficam esperando completar a maioridade"...

(C.- Psicóloga 16.11.94).

Há que considerar, entretanto, que os doadores que fizeram sua doação com idade aproximada de 50 anos ou os que a ultrapassaram, em algum momento ao longo da entrevista referiram *"que já haviam vivido suas vidas e que sendo seus rins bons, porque não dar um deles para alguém ter uma chance de viver mais"* ou frases equivalentes.

Os mais jovens, frequentemente viveram situações conflitantes extremadas na família fundadora, durante alguma época de suas vidas ou experimentaram na infância ou adolescência franca rejeição ou superproteção, e estas vivências biográficas tiveram fortes influências no ato de doarem seus rins (ver p. 146; p. 152).

Quanto ao estado civil, os doadores da amostra pesquisada se distribuíram da seguinte maneira: 17 eram casados e vivendo com seus cônjuges, 02 legalmente divorciados, 01 vivenciando a condição de separação de corpos porém sem legalizá-la, e 05 eram solteiros.

Foi observado um dado interessante: os casados, divorciados, e separados, com maior frequência doaram para filhos e filhas. Eles, via de regra, responderam aos questionamentos referentes às emoções sentidas nos momentos pré, inter, e pós transplante, como tendo sido acometidos de uma grande ansiedade e angústia. As relações maternas e paternas, entre eles e seus respectivos receptores, os tornavam mais fragilizados afetivamente. Essa grande ansiedade foi relatada quando a doação foi do tipo pais para filhos. Este achado não implica na inexistência de sentimento de ansiedade e angústia nos solteiros, naqueles instantes. Apenas que, os solteiros, durante suas entrevistas se referiram a tais sentimentos como que diluídos e controláveis.

A categoria cor, não apresentou nenhuma diferenciação relevante quanto aos temas relacionados com a doação. Entre os indivíduos, distribuídos segundo a cor, foram encontrados: 14 considerados brancos e 11 preenchendo as diversas graduações admitidas entre negros e pardos, como é visto na tabela que se segue (Tabela 5).

TABELA 5- Distribuição dos doadores segundo Cor

Cor	nºde doadores	%
Branco	14	56
Negros *	11	44
TOTAL	25	100

* negros e todas as gradações.

Entretanto, convém notar que cruzando esta categoria (cor) com as características sócio-econômicas dos doadores da amostra, os que se enquadravam na categoria “negros”, portanto 11 doadores, também faziam parte do grupo de doadores com menores salários.

Quanto à escolaridade na amostra pesquisada, ficou caracterizado: 04 doadores tinham uma instrução universitária sendo que três deles eram pós-graduados, 07 tinham o curso secundário completo, 02 tinham feito incompletamente o curso secundário, 03 haviam completado o curso primário, 07 deles possuíam o curso primário incompleto, e 02 eram analfabetos (Tabela 6).

TABELA 6- Distribuição dos Doadores por Grau de instrução

<u>Grau de Instrução</u>	<u>n° de doadores</u>	<u>%</u>
Pós Graduados	03	12
Graduados	01	04
Secundário Completo	07	28
Secundário Incompleto	02	08
Primário Completo	03	12
Primário Incompleto	07	28
Analfabeto	02	08
TOTAL	25	100

Os doadores, com maior grau de instrução e conseqüente maior escolaridade, fizeram representações sobre a doença dos seus receptores bastante aproximadas, conceitualmente, com as médicas. Eles, majoritariamente, colocaram com muita clareza que a doação renal deveria ser realizada a partir de doador cadáver, e responsabilizaram a ausência de uma lei regulamentadora para o uso de órgão de cadáver como elemento causador da existência das enormes listas de espera, as quais os receptores potenciais são obrigados a se submeterem. Um deles mostrou-se favorável à comercialização de órgãos e afirmou que *"se lhe tivesse sido dada a chance, se tivesse encontrado quem quisesse vender o rim, e se não fosse crime, teria comprado"*. Mostraram-se bastante esclarecidos tecnicamente sobre transplantação e rejeição e referiram continuar temendo que esta última ainda viesse a ocorrer com seu receptor. Alguns desses transplantes já haviam ocorrido há mais de quatro anos.

Os doadores tendo escolaridade entre primário incompleto e completo, secundário incompleto e completo, na sua maioria não tinham noção do risco de

rejeição tardia, vendo seus receptores como definitivamente curados. No entanto, todos eles sabiam da possibilidade de rejeição quando da ocasião do transplante e informaram que tiveram medo de que ela ocorresse. Alguns deles, não admitiram comprar um rim (para eles próprios) a não ser para salvar as vidas de seus filhos. Alguns verbalizaram, também, sobre importância da utilização de rim de cadáver, principalmente (frisaram esta viabilidade) para aqueles pacientes que sem doadores vivos propostos são obrigados a permanecerem anos a fio numa lista de espera de doador cadáver (muitos deles vindos a falecer antes da ocorrência do esperado transplante). Quando esses questionamentos eram feitos durante a entrevista, observou-se frequentemente um sentimento de piedade por aqueles pacientes sem doador disponível e referiram com muita frequência a "*obrigação dos parentes ajudarem, pondo-se à disposição para doação*". Todos expressaram conceitos sobre a doença, procedimentos dialíticos e do transplante, que se aproximavam muito da representação médica.

Os pacientes analfabetos manifestaram desgosto quanto à utilização de rim de cadáver. Todos se colocaram contrários, no caso de serem eles próprios os receptores.

Expressavam que:

...“enquanto tiver um parente vivo, não se deve usar cadáver”;

“o morto deve descansar em paz e inteiro”;

“do meu morto, não quero que abram, nem tirem nada”...

Culturalmente, a morte é considerada tabu e isto ocorre em várias sociedades. J.C.Rodrigues, diz: “ *o certo é que o morto, como as coisas insólitas, anormais e ambíguas, constitui um ser impuro, cujo contato representa perigo para as normas...Em muitas sociedades, ameaça manchar a todos e a tudo que tem ou*

teve contato com ele, incluindo seus pertences...Já que tudo que se relaciona com ele participa de sua personalidade " (Rodrigues, 1979, p.50). Ora, mais do que um pertence, o rim transplantado do morto seria o próprio morto dentro de um vivo.

Este grupo de doadores da amostra usava os conceitos e noções médicas corretas, quando se referiam à doença, à terapia dialítica, e ao transplante, mesmo que os termos do jargão técnico fossem verbalizados erradamente. A longa convivência com o doente renal, seus internamentos, e a experiência transplantadora, fizeram com que se apropriassem daqueles conhecimentos. Todos sabiam o que era rejeição e a temiam em primeiro plano. Isto significa dizer, que temeram mais a rejeição do rim no receptor do que o ato cirúrgico propriamente dito a que se submeteram.

No que diz respeito às profissões, elas variaram entre: 01 maestro, 01 médica, 01 professora de nível universitário, 01 administrador de empresas, 01 taxista, 02 comerciantes de porte médio, 01 contabilista, 01 vendedora, 01 comerciário, 01 estivador, 01 professora de nível primário, 01 camponesa, 01 escriturária, e 11 domésticas.

A sensibilidade de quem lida com uma arte requintada, tal qual a música, os conhecimentos técnicos de um profissional da medicina, e a visão de mundo de um professor universitário, por certo diferenciaram esses doadores. Porém, não foi encontrada neste universo heterogêneo nenhuma diferenciação relevante marcada pelas diversas atividades profissionais, quanto à problemática essencial levantada por este trabalho, que é de cotejar alguns dos motivos que norteiam a doação de rim.

Como a pesquisa de campo teve seu início em setembro de 1993 e seu término em dezembro de 1994, e como nesse período o país foi submetido a uma

substituição da moeda com inclusive desvalorização interna e estabilização do dólar, os salários dos doadores pesquisados ou suas rendas familiares foram dolarizados, usando-se como referência o valor do câmbio em 30.06.94. Naquela ocasião, o salário mínimo era cotado em CrN\$ 174.596,28 (cento e setenta e quatro mil, quinhentos e noventa e seis cruzeiros novos, e vinte e oito centavos), se transformando em R\$ 64,79 (sessenta e quatro reais e setenta e nove centavos), sendo então pareado cambialmente ao dólar. Portanto, o salário mínimo dolarizado correspondia a U.S. \$ 64,79 (sessenta e quatro dólares e setenta e nove cents). A Tabela 7 mostra a distribuição dos doadores segundo salários.

A Tabela 7, demonstra um percentual de 56% de doadores ocupando a faixa de 1 a 3 salários mínimos, e a representativa percentualidade de 92% que não atinge o limiar dos 11 salários mínimos.

TABELA 7 - Distribuição dos doadores segundo salário

<u>Salários</u>	<u>Nº de Doadores</u>	<u>%</u>
1 - 3	14	56
4 - 7	06	24
8 - 11	03	12
11 -	02	8
<u>TOTAL</u>	25	100

Ao analisar estes resultados e cruzá-los com os dados referentes ao local onde ocorreu o ato cirúrgico transplantador, observou-se que os doadores envolvidos com a operacionalização do transplante e que tinham os melhores salários optaram por realizá-los no sul do país, e mesmo no exterior.

Este achado para transplantes renais é semelhante para outras patologias. As pessoas economicamente privilegiadas preferem realizar tratamentos médicos, pelo menos os de alto e médio risco, no sul do país ou no exterior.

Perguntada a opinião de médico, envolvido com o processo seletivo e preparatório de transplante (Real Hospital Português), foi dito:

"...Isto não foge à regra geral...Quando o paciente é rico todos os procedimentos que são feitos com segurança e eficiência aqui, no Recife, são deixados de lado em favor dos grandes centros... as vezes realizamos diagnósticos precisos, mas eles viajam, repetem os exames lá fora, se operam e muitas vezes voltam dizendo que os médicos disseram que aqui existem especialistas reconhecidos lá..." (E.- médica, 14.11.94)

Entretanto, dos transplantes realizados em São Paulo, dois deles aconteceram com doadores de baixa e média renda. Condição que os impossibilitava de assumirem as despesas. E nesses dois casos, várias estratégias de captação de recursos foram feitas para que os transplantes se realizassem fora do Recife.

Seja dado a voz ao doador:

"... A gente fez o possível e o impossível para que o transplante fosse feito em São Paulo... Como não podíamos, não éramos ricos, partimos para fazer tudo...Abrimos um livro de ouro, onde os amigos davam o que podiam, uma conta bancária e solicitamos ajuda do público. Esses pedidos, você sabe... até pedágio em sinal de trânsito, a gente fez... Vendemos o carrinho velho... mas com a graça de Deus a gente juntou o que precisava e o transplante foi feito lá..." (M.S.P. 17.02.94)

Quando foi perguntado a razão do transplante ter sido feito fora do Recife, as respostas mostraram-se cautelosas, hesitantes, e reticentes.

Eis, um exemplo:

"...A gente queria o melhor prá nossa filha...Não quero dizer que aqui não se faça bem feito. Não é isso... Os médicos são bons. Os hospitais também... Mas a gente achou que em São Paulo era melhor... "

(M.S.P. 17.02.94)

Estes dados remetem para identificação de uma ideologia, de que o "grande centro" sempre oferece melhores condições técnicas e pessoal mais qualificados, o que levaria o aumento das chances no sucesso da transplantação.

Ao ser investigada a existência de experiência residencial prévia ao transplante fora de Pernambuco (outros centros do país ou no exterior), constatou-se que dos 25 doadores da amostra, 01 deles havia morado em São Paulo por quatro anos e na Europa por dois anos; 03 viveram no Rio de Janeiro por três anos. Todos os outros sempre moraram em Pernambuco (Recife ou interior do estado). Nas colocações daqueles que vivenciaram outros centros, foi possível observar que esta experiência os tornaram mais conscientes da importância vital que representaria a doação de órgão a partir de doador cadáver. Isto implica reconhecer, no mínimo, que esta experiência os tornaram mais flexíveis para aceitar outros hábitos.

Eles, também, referiram que sendo portadores de um único rim, a regularidade de checagens de seus estados de saúde passou a ser priorizada em suas vidas. Cabe acrescentar que estes doadores, pertencentes também as camadas socioeconômicas mais privilegiadas e todos com nível universitário, foram os únicos que revelaram tais preocupações.

Com as considerações aqui expostas, nos propusemos a classificar os doadores da amostra, identificar em seus discursos similitudes que os caracterizassem enquanto grupo, reconhecer nos elementos do conjunto diferenças que pudessem ser correlacionadas segundo as diversas categorias existentes na sua composição.

Resumindo os aspectos mais relevantes dos dados aqui descritos:

- ◆ Os doadores da amostra estudada foram em sua maioria mulheres que concretizaram suas doações para seus filhos e filhas, representando-as como se fora uma segunda parturição.

- ◆ Os doadores pais associaram suas doações com a obrigação e o dever de salvar a vida dos filhos, e não correlacionaram suas doações a uma repetição de paternidade biológica.

- ◆ Estas doações reafirmaram os laços de parentesco, seja por uma reprodução ideológica da maternidade seja pelo aparecimento da sensação do dever social cumprido, segundo os transplantes tenham ocorrido a partir de mães ou pais doadores.

◆ As mães doadoras foram em sua maioria, também, as acompanhantes dos seus respectivos receptores nos tratamentos dialíticos e internamentos emergenciais antes da realização do transplante, e responsabilizaram este encargo como fator desestruturante de suas atividades relacionadas com a esfera doméstica.

◆ A rejeição apareceu como um tema predominante nas inquietações de todos os doadores.

◆ Embora os doadores mais instruídos (de menor número) tenham advogado pela utilização de rim de cadáver, a maioria dos doadores rechaça esta opção.

5.2 A Máscara Desvendada

..”O corpo se acha ligado por caminhos ao resto do cosmos, as ações sobre o corpo são também ações sobre o cosmos”...

José Carlos Rodrigues

Pretendemos, nesta parte do capítulo, analisar os discursos dos doadores entrevistados, quanto a: religiosidade; relações psico-afetivas inter-familiares (seja com a família fundadora¹, seja com a família reproduzida²); relações com seus receptores antes, durante, e depois do processo transplantador. São analisadas, também, mudanças no plano subjetivo³ e social do doador relacionadas com a doação. São considerados, aqui, os achados referentes às representações do rim. Dados acerca de sacrifício também são analisados.

Os motivos inconscientes que justificam, moral ou racionalmente, a prática de um costume, a aceitação de uma crença ou a existência de uma instituição, são, as vezes, diferentes das razões explicitadas para justificá-los. Assim, conhecendo as razões não explicitadas da doação renal e estabelecendo uma relação biunívoca entre elas e os aspectos culturais do doador, poderá levar à compreensão do gesto dativo.

¹ Empregado para caracterizar “família de origem”.

² Aqui, no sentido da família produzida por ele, após o indivíduo se tornar adulto.

³ Que se passa no íntimo do sujeito pensante.

É possível que as razões da doação estejam muito próximas das motivações germinais⁴ do indivíduo. Entretanto, não devemos esquecer que estas motivações dependem sempre do somatório das pulsões subjetivas (aquelas essencializadas pela biografia individual) e do peso das injunções objetivas sócio-culturais.

O fenômeno religioso é um dos componentes do cadinho cultural que mais expressa, tanto através da ideologia quanto da sua prática, a auto-afirmação individual e conseqüentemente, também, afirma o social. A religião é, portanto, um referencial não só para o subjetivismo quanto para a interferência do social no indivíduo.

Então, valorizando a teoria durkheimiana, que liga religião e sociedade intimamente quando admite que o sagrado não é outra coisa senão a sociedade hipostesiada e transfigurada (Durkheim, 1989, pp.38-39), e reconhecendo a importância dela no subjetivismo humano, é que a religiosidade foi, aqui, pesquisada como elemento capaz de ser instrumentalizado para buscar motivos da doação renal.

A religiosidade aparece, frequentemente, como divisor entre realidade interna (não explicitada linearmente) e realidade externa (manifestada na superfície do discurso) dos doadores renais dessa amostra. Por exemplo, a fala do doador expressa, reiteradas vezes durante a conversa, que a mola que o impulsionou para doar o rim foi amor e generosidade apenas, mas quando sua religiosidade é levantada ele expressa outras razões que merecem ser discutidas.

⁴ Significando razões subjetivas, individuais, e próprias do doador.

Dos 25 entrevistados, 05 eram católicos exercendo regularmente esta prática religiosa, sendo que 01 era católico carismático; 01 era protestante de filiação batista; 10 haviam sido educados no catolicismo e haviam realizado, até então, todos os sacramentos preconizados pela igreja, porém admitiram acreditar e frequentar esporadicamente as religiões afro-brasileiras (xangô, umbanda) e o kardecismo. Em todo grupo pesquisado, 07 eram kardecistas comprometidos ideologicamente com o espiritismo, e fiéis frequentadores de "mesa branca". Um deles se dizia agnóstico. Estes dados estão expressos na tabela que se segue (Tabela 8).

TABELA 8 - Distribuição dos Doadores segundo Religião

Doadores	Nº	%
Católicos + outras*	11	44
Católicos	05	20
Kardecistas	07	28
Batista	01	04
Agnóstico	01	04
TOTAL	25	100

* Católicos que esporadicamente frequentam o espiritismo, xangô e umbanda

Os católicos foram educados no catolicismo e nunca mudaram de religião. Informaram que nos momentos em que estiveram mais fragilizados (durante a doença dos seus receptores e fase do transplante) recorreram apenas às promessas (oferendas de ex-votos, penitências, e renúncias pessoais), orações, e frequentaram mais a igreja como forma de alimentarem suas esperanças e segurança.

Os que se diziam católicos, porém mantinham relações transitórias com religiões afro-brasileiras e/ou espiritismo, disseram que durante o tempo de doença ativa dos seus receptores e no período decisório da transplantação

recorreram a terreiros e “mesas brancas”, especificamente para solicitar ajuda e proteção.

Os kardecistas informaram que suas inquietações e sofrimento foram justificados através de explicações cármicas, e se sentiram confortados com a ajuda do que denominaram “bons irmãos de luzes”. Entretanto não negaram que recorrem, também, à ajuda dos terreiros de candomblé e umbanda.

O fiel ao protestantismo negou ter recorrido a outras religiões que não a sua, e disse que foram realizados vários cultos propiciatórios durante a doença do receptor e antes do transplante, e cultos de ação de graças depois do mesmo.

Analisando a Tabela 8, fica visível que a grande frequência de kardecistas (28%), acrescido do percentual de doadores que mantêm relações transitórias com religiões afinadas ao espiritismo, assume uma representatividade de (68%). Este fato despertou o interesse de verificar como essas pessoas que representaram mais de 50% da amostra viram suas doações, e que papel exerceu a religiosidade na doação.

Os kardecistas, na sua maioria, justificam sua doação com argumentos que despertam a idéia de, que chamamos, uma pré-história do dom. Eles afirmam, que a doação do rim representou para eles a, melhor, oportunidade de resgatar dívidas nesta existência que foram adquiridas em outras. Dívidas, estas, que foram cometidas com o próprio receptor ou com outras pessoas.

Leia-se:

..." sempre acompanhei o sofrimento dela (receptora) de longe, né... Sabia das notícias e como primo, também sentia muito... Moça, formada, bonita, e arriscada a morrer... mas não me ligava muito, porque a gente, nunca morou junto... aí, um dia veio a notícia lá em casa, de que R., o irmão dela, tinha dado o rim para ela. Tudo bem. Depois de um tempo a gente soube que o rim dele não tinha dado certo nela, e que ela voltou a ter a mesma doença e agora estava bem pior... o perigo era maior. Eu já era espírita. E uma vez, por essa época, eu estava numa "mesa branca" (eu sou kardecista, sabe) quando desceu um mentor e falou que eu tinha de pagar por uma coisa muito ruim que tinha feito noutra vida. Só assim teria paz... (estava com muitas complicações em minha vida por conta dessa dívida), hoje ou amanhã, eu haveria de saldar. Passou o tempo e outra vez, também numa sessão, me foi dito que eu tinha morto uma pessoa com um ato de violência. E esta era minha dívida. Foi quando depois eu perguntei de que forma eu poderia pagar esta dívida, e ele (o mentor) disse que a melhor forma era salvar a vida de uma pessoa, aqui na terra. Fiquei pensando nisso e não associei ao caso de A. Matutei muito... e aí como uma luz, veio aí a idéia, porque não dar meu rim para ela? Outra vez, quando falava com este meu guia, disse essa minha idéia e ele confirmou que foi justamente ela (a prima) que matei em outra reencarnação...Hoje eu tenho certeza que foi por isso que o rim do irmão dela não serviu, para que eu pudesse dar o meu ... "(R.A.F. 21.10.93).

O doador, nesta fala, projeta claramente para um passado longínquo a lógica do seu gesto, e lhe confere um utilitarismo simbólico evidente. A busca da "paz" que não existia e as "complicações" que pareciam incomodá-lo foram razões para a dádiva. Embora ele tenha dito em outra parte que a doação:

"...no fundo foi amor, vontade que ela ficasse bem de saúde, e fosse levar a vida dela feliz"...

(R.A.F. 21.10.93)

Em outros casos, os kardecistas disseram que a doação representou uma forma de cristalizar seus carmas, minimizando através dela o peso e o teor desses carmas.

Vejamos:

"... você sabe , nós os espíritas acreditamos que existe livre arbítrio e carma. Esse roteiro que devemos seguir não é imutável. Ele pode ser transformado para pior ou melhor, e estas transformações dependem da maneira como agimos nas diversas etapas de nossa evolução, nas várias encarnações porque passamos. Cabe à nossa vontade, ao nosso arbítrio interferir para amenizar ou não nosso carma. É a sabedoria de Deus na sua forma mais plena, que se manifesta quando dá ao homem o poder mexer com o próprio destino...Eu acho que dar a vida para outro quando ele precisa, é a maior forma de amor, como diz Paulo... E é amando que se melhora o carma...aquele amor desinteressado, pleno, sadio..." (A.G.R.19.11.93).

Neste discurso, é visível o pragmatismo na doação. Na medida em que ela representou a cura de uma pessoa com a abdicação definitiva de um órgão de outra, e determinou, segundo o doador, sua evolução cármica.

A psicóloga do serviço transplantador de rim, do Real Hospital Português, deu o testemunho de que as pessoas espíritas ou de outras religiões com ela sincretizadas, sejam pacientes ou sejam doadores, mostram-se mais tranquilos em relação ao transplante ou à doença do que os de outras religiões. Por outro lado, estes doadores parecem estar bastante convictos de suas decisões, o que para ela parece ser devido a eles terem uma ideologia que lhes confere segurança. Segurança, esta, que muitas vezes falta aos outros.

"... os pacientes espíritas mostram-se mais calmos, menos temerosos, mais confiantes, mais obedientes quanto às restrições alimentares, quase mais conformados com a situação deles... Os doadores espíritas são possuidores de uma confiança enorme e parecem absolutamente convencidos de que o que estão propondo com a doação é não somente bom para o paciente, mas também para eles próprios..."

(C. -psicóloga 16.11.94).

Repensando a fala de alguns doadores, religiosamente ligados ao Xangô, especialmente em um deles houve o pungente relato de que recebeu das pessoas do terreiro que frequenta contribuições, através de um livro de ouro que foi instituído para subsidiar o custeio da cirurgia, em São Paulo. As cotas eram proporcionalmente mais elevadas (considerando as condições de baixa renda da maioria deles), do que de pessoas de melhores condições econômicas.

"... a vida é engraçada... Sabe quem mais me ajudou? Meu "povo do santo". E foi ajuda prá valer... Enquanto algumas

...pessoas, da minha própria família ficaram envergonhadas em ver a gente nos sinais (de trânsito) com faixas, fazendo pedágio (neste instante pediu para desligar o gravador) por que se acham ricos...e são mesmo, as pessoas do terreiro se organizaram para se revezar... e tem mais, gente que não tinha condições, dinheiro algum, assinaram (o livro de doações) e deram qualquer coisa, mas deram...Por isso eu digo, foi com eles que eu mais contei..." (M.F.B. 05.07.94).

Isto faz pensar no próprio fazer religioso do Xangô, que, de acordo com Motta (1984, pp.154-160), é uma religião bastante embricada com as estratégias de sobrevivência para as populações de baixa renda, e organiza esquemas de ajuda mútua, corporativismo altamente solidário, e ambiente de redistribuição de renda.

Mesmo que as observações de Motta estejam atreladas, essencialmente, ao caráter das regras ritualísticas do Xangô, ele próprio afirma *"podemos, a partir daí, inferir a existência, nas congregações, de uma estrutura de troca generalizada"* (Motta, 1984, p.155). Extrapolando as fronteiras que delimitam as relações existentes entre fiéis, sacerdotes, e santos (que é permeada por reciprocidade evidente), há que se admitir a existência de, pelo menos, um aprendizado de participação, fruto da militância dos cultos afro-brasileiros.

Ao ser investigado os relacionamentos psico-afetivos dos doadores com suas famílias de origem, antes e depois dos transplantes, foi visto que em alguns casos estes relacionamentos parecem ter interferido na decisão de doar o rim. Estes relacionamentos sofreram modificações evidenciáveis, depois da realização do transplante. Exemplos translúcidos, desta inferência, são vistos nas transcrições que se seguem.

Com a palavra a informante:

... "Ah! nem me fale de minha família. Minha vida nesse aspecto, é danada... Sou filha de mãe solteira. Meu pai nunca assumiu minha mãe, nem a mim. Aliás, tenho cinco irmãos por parte de pai, todos de mães diferentes e ele não assumiu nenhum deles, nem mesmo o filho do casamento. Só vim a conhecer alguns deles, depois de grande. O F. que você conhece, é um deles... Minha mãe era muito pobre, operária na fábrica de meu pai. Quando ela engravidou dele, o que ganhou, foi a demissão. Quando eu fiz 8 anos, minha mãe, sem condições de me criar, ameaçou minha vó paterna de botar meu pai na justiça. Aí, minha vó com medo do escândalo... eles lá, são da sociedade... e só por isso, disse que tomaria conta de mim... Minha mãe então me deixou lá, então eu fui morar lá, com minha avó... Fiquei com eles até 19 anos. Teve coisas boas mas tiveram muitas coisas ruins. Como coisa boa, eu tenho que reconhecer, foi o estudo que eles me deram. Estudei em bons colégios, de freira e tudo... Agora, recordações ruins eu tenho demais, demais... Ninguém lá gostava de mim, me consideravam como uma espécie de intrusa, não me consideravam sangue. Quer saber de uma coisa? Durante todo tempo que morei lá, minha vó nunca me beijou... e no entanto, beijava os netos dos outros filhos quando eles iam lá... (se emociona e chora). Ela era muito autoritária. Aí, eu penso que no fim das contas, por não ter coragem e peito, minha mãe me abandonou... É, tenho de ser sincera, abandonou mesmo. E isso eu não sei se vou perdoar a ela... e lá na casa deles, eu não tive mãe substituta... Outra coisa, enquanto estive morando com eles e era criança não conseguia entender qual o meu lugar na família, eu ia para o colégio, tinha roupas boas, meus livros e cadernos eram comprados, mas quando chegava em casa comia na cozinha com os empregados e por obrigação contribuía nos afazeres da casa, juntamente com eles.

(S.S. 06.11.93).

Na relação vivenciada durante a infância e adolescência, desta doadora, a rejeição é evidente. Sabemos que quando a rejeição é "rejeição verdadeira", isto é, aquela que ocorre na vigência da privação absoluta da figura materna (sem uma subsequente substituição da maternagem), gera ansiedade intensa, excessiva carência de amor, sentimentos de raiva e vingança. Estes dois últimos, determinam exacerbados sentimentos de culpa e auto-punição (Grünspun, 1966, pp. 319-334). Portanto, vindos da mãe biológica ou de quem a substitua, a criança e o adolescente carecem de calor humano, intimidade, afetividade, e ternura, que são, dentre outros elementos, os tijolos e a argamassa que construirão uma personalidade adequada.

No relato, acima, observa-se que a doadora durante a infância e adolescência parece ter desempenhando um grande esforço no sentido de conciliar sentimentos opostos: tristeza/reconhecimento, amor/raiva, desejo de vingança /sentimento de culpa.

A mesma entrevistada, diz:

... "aos 19 anos, o clima ficou insuportável, porque eu já com meu curso de contabilidade concluído e adulta, não estava mais suportando viver naquela indiferença afetiva, e depois de uma briga séria saí de lá. Voltando para a casa de minha mãe...comecei a trabalhar, não foi difícil, pois sofrendo ou não, eu saí com uma profissão. Meu padrão caiu, mas era só o que eu tinha aproveitado com eles. Nunca me visitaram, nem mandaram um cartão de Natal, nem telefonavam para meu trabalho nos meus aniversários. Eu é que fazia uma, duas ou três visitas a eles,

durante o ano, e isso nas datas especiais. Depois de quase 10 anos, meu tio, irmão do meu pai, adoeceu dos rins e começou a fazer hemodiálise. Quando eu soube que os médicos estavam dizendo que ele só ficava bom com transplante, fui lá e dei meu rim ..." (S.S. 06.11.93).

A presteza da doadora em se dispor de imediato para a doação do rim possibilita os seguintes questionamentos: a doação poderia ter sido a oportunidade de agradecer os ganhos recebidos durante sua permanência naquela família (educação em bons colégios, alimentação e roupa, uma profissão), e neste caso estaria fechando o círculo da reciprocidade por um dom já recebido. Poderia ter sido a oportunidade de carpir seu sentimento de culpa através de uma superindulgência, cujo ponto culminante se resolveria através de um gesto sacrificial, e neste caso, também, estaria instaurando um ciclo de reciprocidade através da inauguração de uma dádiva. Poderia ter sido a oportunidade de exercer a pedagogia do amor (como refere em depoimento transcrito adiante). Poderia ter sido todos esses motivos somados, o que parece mais provável.

Quando perguntada sobre o por quê de sua atitude, respondeu:

"... na minha cabeça está muito claro: a primeira razão, é que esse tio era o que me dava um pouquinho de atenção, e depois quis ensinar para todos eles, principalmente para a velha (que estava sofrendo de verdade, pelo filho querido), o que significa amar, mesmo. Amar em todos os sentidos. Uma espécie de tapa com luva de pelica. E por que negar? Acho que foi uma forma de conquistar o amor deles, a consideração deles, o carinho deles..." (S.S. 06.11.93)

Quando perguntada se o transplante resultou em mudanças no relacionamento dela com sua família paterna, ela não hesitou em afirmar:

..." Claro. Hoje eu sou mais que querida, sou respeitada. Minha vó já chegou a me visitar aqui, na casa de minha mãe nos dias de meu aniversário. Dificilmente um deles, não telefona prá mim, pelo menos uma vez por semana. Eu mesma passei a voltar mais vezes lá... "

(S.S. 06.11.93).

E acrescentou:

..."Hoje quando entro na casa, lá, estou de cabeça erguida. Eles, se tocaram, comigo. Sou uma espécie de heroína prá minha avó... afinal fui corajosa, desde em tomar um avião com ele e o médico que acompanhou a gente, para Londres, até fazer a operação, que é um risco, né..." (S.S. 06.11.93).

Não importa o mecanismo nem as representações verbalizadas. O importante é que, o espaço retro-abdominal que dantes era ocupado por um rim ficou agigantado o suficiente para caber o preço simbólico traduzido por respeito, admiração, prestígio, carinho, gestos de ternura, e conceituação de heroísmo. E mais que isso, parece que a eficácia simbólica tem, neste caso, exercido sua ação de tal modo que as duas partes conflitantes se adequaram.

Outro depoimento que faz transparecer a importância das relações afetivas interfamiliares, fortemente ligadas ao ato da doação de rim nos doadores pesquisados, é o que se segue:

...”a gente era três irmãos. Sou o segundo. Meus pais eram e são, por que não morreram, graças a Deus, muito bons. Eu é que não sou muito legal... não fui legal. Dei muito trabalho a eles. Fiz minha mãe chorar muita lágrima. Por que? Olha, quando fui me fazendo homem, não sei o que deu em mim. Caí no mundo. Bebia muito, brigava pelos bares, na zona... Não era certo mesmo... Você sabe, muitas coisas, fiz de tudo que era errado... Minha família é pobre mas é decente. Eu fui uma ovelha negra e envergonhei a eles, muito tempo... Nessa época, minha mãe, coitada só chorava e nunca me maltratou, meus dois irmãos ficavam na corda bamba, mas se me vissem numa embrulhada das grandes, me defendiam. Agora, meu pai não, ele brigava. Chegou a me expulsar, e hoje eu vejo que ele tinha razão. Ele tinha que tentar me botar na ordem. Ele tinha que fazer alguma coisa... Eu fechava, mesmo. Eu não sei o que era que se passava comigo... Sabia que estava errado, ficava envergonhado mas uma coisa me empurrava e aí o estrago estava feito... por exemplo, não respeitava filha de ninguém...(ri). Quando me aproximei do espiritismo é que comecei a melhorar”...

(R. A .F. 21.10.93).

Este relato projeta o problema do indivíduo que assumiu um comportamento antissocial, de tal monta, que além de causar sofrimentos, lágrimas e vergonha aos familiares, praticamente chegou a se marginalizar.

Enquanto a religião kardecista parece ter conseguido resgatá-lo, a doação foi a via utilizada para novamente trazê-lo para a esfera familiar e social legitimando este retorno com as benesses de uma afetividade e estima evidentes, como pode ser constatado no depoimento que se segue:

..." depois do transplante, eles passaram a me ver com outros olhos. Não estou querendo dizer, que eles já não estivessem me vendo de modo diferente. Já fazia algum tempo que eu (ri) tinha me regenerado e não vinha dando mais preocupação em casa. Agora, depois do transplante eu sou um herói, para eles. Porque eu mesmo, não me sinto herói... Fiz o que tinha que fazer, e faria de novo"...
(R.A.F. 21.10.93)

Percebemos nesses depoimentos, desses dois doadores, que eles expõem uma relação conflitiva na esfera familiar.

No caso da primeira entrevistada, há uma falta de reconhecimento do parentesco paterno ou pelo menos não há uma afetividade que o legitime. O ato concreto de transferir seu rim para um receptor, membro da família paterna, viabilizou que fosse percorrido o caminho inverso feito pelo espermatozóide de seu pai, no sentido de tornar suas carnes semelhantes. A transferência do órgão carrega um conteúdo simbólico tão forte e evidente que facilmente este simbolismo é traduzido pelos atores do evento. Quem fez a doação passou a ter a "cabeça erguida" pela alavanca de uma auto-estima restaurada, isto porque passou a ser considerada consanguínea. O receptor e toda família deram o testemunho da aceitação da doadora como membro realmente da família, através de gestos afetivos e demonstração de preocupações. Passaram, inclusive, a utilizar outra ótica para reconhecer o doador com respeitabilidade e gratidão visíveis. Além de ser-lhe conferida uma aura de heroína.

No segundo caso, o entrevistado embora já tivesse sido reintegrado à família e comunidade, por meio de uma conversão religiosa (que interferiu na sua conduta), passou a ser respeitado e considerado herói depois que doou o rim.

A maioria dos doadores foi vista como sendo de indivíduos cujo tonus afetivo, umas vezes, se enquadrava na condição dos que durante a infância, adolescência, e idade adulta conviveu com um padrão típico de superproteção e/ou outras vezes foi submetida (nessas fases da vida ou em uma ou duas delas) a alguma forma de rejeição afetiva.

Estão aqui dois relatos, substantivos, de sujeição às condições de rejeição afetiva:

... "Eu sofri muito na minha infância. Perdi minha mãe muito cedo e meu pai casou logo. Fui criado por madrasta...madrasta mesmo, aquela das estórias que fazem criança chorar... E o pior de tudo é que meu pai viajava a maior parte do tempo. Era vendedor, sabe? Bem, nas suas ausências eu apanhava muito, ela me batia demais, castigava, proibia coisas. E o tratamento dado aos seus próprios filhos era o oposto..."

(P.S.O. 21.12.93).

...".Vou no meu segundo casamento, ainda não sei dizer se deu certo, acho que ainda é cedo, mas até agora as coisas estão indo bem. Quer saber sobre o primeiro? Foi um desastre, havia uma grande interferência da família dela e acho que ela não me amava, nem mesmo gostava de mim, acho até que fui usado...sofri muito com a experiência"...

(F.A.C. 11.05.94)

Eis alguns depoimentos demonstrativos de doadores que em algum período de suas vidas foram superprotegidos:

...“Fui muito querida, diria até que mimada. Todos os meus desejos eram satisfeitos por meu pai e minha mãe. Minha avó, então nem se fala”... (B.D. 12.11.93).

*...“Ah! menino mais amado que eu, impossível...eu decretava o feriado lá de casa... isso me trouxe até alguns problemas na escola e na convivência com as outras pessoas. Hoje, não crio meus filhos como fui criado, não... trato bem, amo... mas sei dosar...mas fui muito protegido...”
(J.O. 31.03.94)*

Observamos que todas as falas dos doadores entrevistados evidenciaram a existência dos termos equacionados na teoria da dádiva, na qual, fica explicitado que existe uma necessidade de dar, uma obrigação de receber, e a consequente obrigação de retribuir (Mauss, 1974, p.54). A coisa doável é embuída de um fluido energético que gera a necessidade de que ela seja dada. Ela possui uma espécie de essencialidade ou “virtude”, como diz Lévi-Strauss na Introdução do Ensaio sobre a Dádiva (in Mauss, 1974).

Exatamente, esta virtude que obriga a doação também obriga a retribuição. E se assim não for, a qualidade da coisa dada será prejudicial ao receptor.

Este esquema reveste de lógica um sem número de manifestações sociais, já que a troca através da circulação dos elementos trocados domina os mais díspares eventos sociais e parece justo não tornar a doação de órgãos uma exceção da regra.

As relações afetivas entre doadores e receptores foram também muito úteis para ver por trás da superfície do discurso, do doador renal contritamente, a alma do doador.

A psicoafetividade dos doadores, com seus respectivos receptores depois da doação, apresentaram substanciais mudanças na maioria dos indivíduos aqui pesquisados. Casos, por exemplo, em que os dois não moravam sob o mesmo teto e até não se viam com assiduidade antes do transplante, passaram a morar juntos ou a se visitarem com grande frequência depois do mesmo. As relações afetivas se tornaram mais fortes e desprovidas do pudor de serem explicitadas. Doador e receptor passaram a vivenciar uma cumplicidade sutil, algo imperceptível para os circunstantes mais próximos e bastante evidente para eles. As duas viabilidades, entretanto, incompreensíveis para a família.

Foram pinçados depoimentos que esclarecem essa tendência:

"...I. morava com a mãe e esporadicamente me visitava. Chegou a morar no exterior, quando o atual marido da sua mãe, teve que fazer um curso de pós-graduação fora do país...eu inclusive o visitei lá, quando ele teve uma crise renal forte e necessitou ser internado... Depois que o transplante foi feito, I. veio morar comigo e estamos os dois juntos desde então... Hoje as coisas se inverteram e feriados e fins de semana são as ocasiões, nas quais, ele fica com a mãe. Nós sempre nos demos muito bem, mesmo antes do transplante e confesso que pelo fato de ele ser meu filho caçula, minha relação com ele sempre foi muito boa e estreitada. Depois do transplante, então, posso dizer que é magnífica. Ele não me dá problemas, é muito cordato, aceita minhas orientações, sem problemas...Eu sou muito preocupado com ele, com a alimentação dele, com a

regularidade de uma vida disciplinada para ele. Oriente tudo, verdadeiramente polio sua alimentação e sua maneira de cuidar da saúde, hora de voltar para casa, tudo. Ele me dá um retorno estimulante... imagine que acompanho até sua correspondência amorosa"... (G.M. 21.09.93).

Este depoimento caracterizou duas condições: uma superproteção por parte do doador, superproteção esta que atinge quase os limites de um gerenciamento dominador e imperialista, e outra de sujeição por parte do receptor. A resposta do receptor se enquadraria no esquema da retribuição, retornando a coisa recebida, sendo ela mesma outra coisa e acrescida até.

O império do doador estaria ligado a um exercício de poder. Poder adquirido com a doação renal que conferiu o direito à vida do receptor. Vida que até certo ponto foi subtraída, simbolicamente, do doador.

O diário de campo registra:

... "depois da entrevista, voltamos eu e doador de um ambiente reservado, onde se deu a entrevista, para sala de estar e ficamos conversando com os demais membros da família e estavam presentes: pai, mãe e um irmão. A conversa informal continuou ainda sobre o transplante. A doadora diz que o marido e o filho se queixam de que ela não tem para com eles a mesma atenção, carinho e zelo que demonstrava antes de fazer a doação. Todos falam (em tom suave e gracejante) que hoje tudo é para a receptora. Que as duas, têm segredos cochichados e olhares entre si, e que parecem que "vivem" um mundo a parte. O pai, inclusive refere que hoje ele tem consciência de que a filha (receptora) usa muito mais do que antes a

mãe (doadora), como mediadora junto a ele quando quer conseguir alguma coisa. Uma das outras filhas diz que a receptora recebe diariamente seu desjejum na cama... a doadora, algo envergonhada, justifica: "*é para ela não esquecer de tomar o remédio; aproveito, e levo junto com o café*". A doadora, eles dizem, aceita tudo e não reclama nunca da mãe. Ao registrar minhas observações do dia de hoje, fico me perguntando se a sensação de fazer nascer de novo, que as mães doadoras referem tanto, não acontece com os filhos, como se uma imagem refletida no espelho? O filho receptor não teria também o sentimento de ser filho duas vezes, de uma mesma mãe? Com certeza este questionamento seria um tema relevante de futuro trabalho, então com receptores..."

(Diário de campo. 10.03 94)

Outro depoimento registra esta mesma mudança de relacionamento entre doador e receptor:

..."J. já era casado quando eu dei o rim. Já não morava em casa junto com a gente. Eu sempre gostei muito dele e ele de mim, nós éramos dois irmãos muito unidos. Depois que ele casou, naturalmente houve um afastamento, sem briga, quero dizer, afastamento natural. Ele ia visitar a gente, papai e mamãe, sempre. Mas não era a mesma coisa. Agora, depois da operação, ele está sempre lá em casa e o amor meu e dele aumentou...Se eu por acaso não estiver em casa, ele quer saber de mim, onde estou, como estou, tudinho...e eu por meu lado, tenho que vê-lo sempre, tenho que saber dele, acho até que a mulher dele, até, tem ciúme (ri) ..."

(M.J.O. 01.02.94).

Parece que depois do transplante, condição na qual o “meu está nele”, instala-se um sentimento traduzível de: “ele até certo ponto sou eu e eu sou um pouco dele”. Seria uma espécie de posse bidimensionada. É o fruto da transferência de um pedaço de si para o outro por parte do doador, e por parte do receptor seria o acolhimento dessa porção do outro. Mesmo que o corpo do receptor esteja tentando conhecer a intimidade molecular do outro e até brigando farmacologicamente para que os dois sejam realmente um (para que não haja estranhamento dessa porção), quase que criaram-se, senão, características opcionais de gêmeos entre os dois. Pelo menos, criaram-se fortes traços de identidades corpórea e simbólica.

O zelo e a preocupação com a saúde do receptor são temas que passam a ocupar o doador de modo pertinaz, e às vezes exacerbadamente depois do transplante. Querer estar substancialmente informados sobre o receptor e administrar suas vidas, sem qualquer cerimônia e mesmo de modo importunante, podem revelar uma tendência a exercitar poder sobre ele.

O registro do Diário de Campo revelou este aspecto :

..."o ambiente é alegre pois faltam poucos dias para completar um ano que o transplante foi realizado. Estou esperando a pessoa que vou entrevistar e terminei não o fazendo, porque pensei ser melhor conversar com ele fora do ambiente familiar, onde mora inclusive o receptor. Negociamos outro encontro. Entretanto fiquei conversando informalmente e ouvi coisas que me despertaram várias reflexões agora, quando escrevo este diário. Uma delas, foi a informação da mãe dos dois (receptor e doador), referindo-se que quando o transplante aconteceu, o doador era solteiro e o receptor jovem de 20 anos, levava uma vida altamente restritiva desde que adoeceu. O receptor, segundo a mãe, não tivera adolescência nem juventude normais, ao contrário do doador. Hoje o doador é casado,

mora em sua própria casa e o receptor é um rapaz solteiro, querendo literalmente viver "la recherche du temps perdu". O doador, então, durante os feriados e fins de semana, telefona de noite, inúmeras vezes, perguntando pelo receptor e insistentemente continua telefonando até tomar conhecimento da hora que ele volta para casa. Insiste em saber se ele retornou sóbrio ou não. Já chegou a verbalizar: *"olha o que você anda fazendo! você anda madrugando, bebendo, se descuidando, fazendo farra com o meu rim"...*,
(Diário de Campo. 10.03.94).

Estes discursos e os registros do diário de campo permitiram admitir que as relações interpessoais, entre doador e receptor, bem como os sentimentos entre eles, não são os mesmos antes e depois da realização do transplante.

Parece haver indícios da existência de um psicodinamismo caracterizado por aumento de ligação entre os dois, e mais, o doador assume, via de regra, uma postura que tende a liderar o receptor e este revela uma adequação ao papel de liderado.

Durante as proximidades do evento, isto é, no período pré-operatório e operatório, todos os doadores entrevistados referiram ter tido com o receptor uma aproximação muito grande. Relatam que, nessa fase, aconteceram conversas viabilizadoras de um maior conhecimento dos seus universos pessoais. Alguns deles disseram que aconteceu uma ajuda mútua e que ela se acentuou exatamente nos dias, horas, e instantes que antecederam o transplante. Mesmo aqueles doadores com uma visão de mundo limitada foram capazes de identificar esta comunhão.

Ao pesquisar o perfil da personalidade dos doadores, no sentido de suas atitudes individuais relacionadas com insociabilidade e liderança, descobrimos em suas falas que alguns deles se apresentaram, pelo menos em alguma fase da vida, com uma franca incompetência social, chegando mesmo a serem considerados à margem. Ou outros revelaram que, desde crianças, assumiram posição de liderança no núcleo familiar. A grande maioria, mesmo os pertencentes às duas primeiras condições, tiveram em suas histórias de vida indicadores de que foram portadores de sentimentos de culpa, o que parece remetê-los a uma tendência sacrificial.

As informações referentes a capacidade de adequação social (sociabilidade) foi cercada através dos seguintes critérios: permanência em empregos, durabilidade das amizades, número de casamentos, atitude querelante ou pacífica com seus familiares e com a comunidade. Os dados revelaram uma grande heterogeneidade, não nos parecendo indicadores utilizáveis para a proposta dessa Dissertação.

Registramos, nas falas dos doadores, frases que revelaram sempre uma tendência à renúncia. Uma crença que só conseguiam suas coisas, mesmo aquelas mais corriqueiras, com muita luta e sacrifício. Seus discursos revelaram um comportamento dirigido para auto-vitimação:

..."Tudo meu é muito difícil, é conseguido com muita luta e muito sacrifício...muitas vezes quando eu quero muito uma coisa, faço um esforço na cabeça prá não querer. Só assim ela me chega..." (T.S.O. 08.03.94)

..."Para eu ter as coisas tenho que me sacrificar mesmo... Vejo as pessoas terem as coisas, quase caídas do céu,

comigo não tenho de batalhar demais, e a maioria das vezes nem consigo..."
(C.S. 12.05.94).

Estes dados, "per si", não indicam particularidade alguma pois este seria o discurso de grande parte das pessoas, sejam elas doadoras renais ou não. Mas quando pesquisamos os medos fundamentais relacionados com a doação, que os doadores foram submetidos, a idéia de sacrifício se evidenciou.

O medo de que o enxerto sofresse rejeição apareceu como um denominador comum em todos os entrevistados e as falas muitas vezes colocavam a sobrevivência do receptor como sendo sua preocupação prioritária (principalmente os genitores), mas a maioria dos doadores associava à rejeição uma espécie de desperdício (perda, não aceitação) do sacrifício por eles realizado.

Eis aqui alguns depoimentos:

...."meu maior medo foi o meu rim ser rejeitado. Imagine, abdicar do rim, mesmo tendo dois iguais, correr um risco danado, se sacrificar e depois o sacrifício ser em vão"...
(P.P.A .10.03.94).

...."se depois de tudo, do sofrimento dele (receptor) na máquina tanto tempo... e do meu sofrimento também. E o meu "sacrifício", se acontecesse rejeição... não sei não... eu ia ficar muito triste...o sacrifício não tinha valido a pena"...
(F.S. 14.12.93).

..."Ah! se tivesse rejeitado... eu tinha certeza que como tudo na minha vida dá trabalho pr'eu conseguir, até esse sacrifício que eu acho que foi um dos maiores que já fiz na vida, não tinha valido à pena"... (S.J.C. 17.01.94)

Nestes depoimentos, os doadores fazem uma correlação evidente entre a rejeição e a “invalidade do sacrifício”. O que equivale dizer que “foi um sacrifício”. Uma grande lista de depoimentos poderiam ser acrescentados a estes, indicando que o amor, a generosidade, a solidariedade estão associados a uma tendência sacrificante dos doadores ouvidos. A presença do tema do sacrifício foi constante e apareceu de modo explícito ou subliminarmente. Foi possível estabelecer, portanto, uma correlação perceptível entre comportamentos sacrificiais e a doação renal. De acordo com Motta: *“o sacrifício representando também um aspecto virtualmente universal da condição humana: o sentimento da dependência, desvalimento, dívida e culpa, que penetra a vivência...”* (Motta, 1991, p.2).

O sacrifício está, intimamente, associado ao sentimento de culpa e a imperiosidade de expiar dívidas. Está também ligado aos sentimentos ambivalentes e se ampara essencialmente na dádiva. Comumente os sacrifícios são percebidos e até podem ser classificados segundo os motivos conscientes de quem os pratica, mas os motivos justificadores seriam racionalizações (Money-Kyrle, 1929, p. 261). Enquadrar esse caráter sacrificial, que parece existir no doador renal da nossa amostra, em um dos diversos tipos de sacrifícios existentes na taxinomia dos estudos clássicos sobre sacrifício, não é interesse deste trabalho, entretanto, deixar de reconhecê-lo nos parece, cientificamente, incorreto.

Os questionamentos sobre como o doador renal enxerga o rim revelaram que aqueles doadores que apresentaram nível de instrução graduada e pós-graduada fizeram representações do rim muito aproximadas da médica, e pouco idealizadas. Entretanto mesmo os de menor escolaridade referiram a função filtrativa

do órgão e o relacionaram com o equilíbrio da quantidade de água do organismo. Parece que o longo período no qual seus receptores estiveram em tratamento e conviveram com internamentos emergenciais, os fizeram internalizar esses conceitos. Deste ou daquele modo, ainda relacionaram o rim com a sexualidade (alguns homens, inclusive, referiram que tiveram após a doação um breve período de impotência), fato que não poderia ser justificado pela ablação* de um dos seus rins. As doadoras jovens disseram ter temido não poderem engravidar depois do transplante renal. Estes últimos achados nos fizeram lembrar dos dados etnográficos de Malinowski sobre os nativos da Malinésia, que associavam a sexualidade ao rim (Malinowski, 1983, p. 182-183).

Quando foi colocada para os doadores a doação divorciada do rim, todos responderam que pensariam duas vezes ou simplesmente não doariam (em vida) uma de suas córneas (mesmo que o receptor fosse cego dos dois olhos). Justificaram que uma córnea doente não os impediria de morrer. Esta colocação correlaciona a doação do rim à contingência dela aumentar a sobrevivência do receptor.

Os doadores pesquisados eram conscientes de que a doação afastou a possibilidade de morte dos seus respectivos receptores. Em dado momento do processo viram esta morte como inaceitável, principalmente quando doaram para filhos ou pais.

Alguns doadores diziam ter sido esclarecidos e auxiliados pelas equipes das Unidades de Transplante, sejam médicos, psicólogos, ou assistentes sociais. Outros questionaram o suporte psicológico que receberam por parte da equipe transplantadora.

Todos negaram a existência de alguma retribuição concreta, conseqüente à doação. Entretanto, um dos doadores entrevistados pertencente a condição econômica substancialmente inferior ao do seu receptor, recebeu uma casa de presente. Outro passou a trabalhar na empresa do receptor, e um terceiro teve a troca de seu automóvel facilitada após a transplantação.

Há um singular relato do médico, da Unidade de Transplante, do Real Hospital Português:

...“Houve um caso aqui muito interessante: um nosso paciente conseguiu uma candidata à doação. Realizada a seleção a candidata, sua prima, se presta ao transplante e ele ocorre. Algum tempo depois tomamos conhecimento que ela era muito pobre, enquanto o paciente embora algo retardado mental, era de uma família abastada e havia acordado em doar seu rim em troca de um casamento com o paciente. Casamento este, que se concretizou”...

(E.-médica, 14.11.94).

Retribuir concretamente a magnitude de uma doação renal é impraticável. Então, se inaugura um ciclo de retribuições simbólicas por parte do receptor (e seus familiares) e auto-aceitações por parte do doador.

Esta reciprocidade tem características semelhantes àquelas que frequentemente ocorrem no universo familiar (entre parentes próximos). Trata-se, portanto, da “reciprocidade generalizada”, isto é, aquela em que o “dar” cria uma expectativa retributiva sem que sejam colocados objetivamente os termos materiais ou simbólicos da transação, nem marcado tempo para sua ocorrência (Sahlins, 1983, p.118-148). Neste tipo de reciprocidade, frequentemente a retribuição esperada vem a longo prazo e não se esgota quando ocorre. É evidente que na doação renal, a

reciprocidade também está envolvida com o fortalecimento das relações sociais e consubstancia as alianças, tornando os laços de parentesco renovados e mais consistentes.

Outros achados importantes foram encontrados, e convém destacá-los. Um deles, se relaciona com a auto-estima do doador. Com a doação, a auto-estima do doador ascende e esta mobilidade é em grande parte conferida pelas novas regras relacionais que surgem entre doador/receptor, doador/toda família, e doador/comunidade.

O ato de doar faz o doador crescer perante si mesmo, independente da conceituação dos outros, e esta é uma retribuição simbólica (que ele mesmo se faz), representativa de que, talvez, a doação tenha possibilitado um rito de passagem para o doador.

Aqui, o rito de passagem traduziria: após o "ritual" da cirurgia transplantadora ele se qualificaria como herói. Seu conceito mudaria perante a família e a comunidade, e ele modificaria interiormente. Alguns depoimentos transcritos esclarecem este tipo de passagem ou metamorfose, na qual o doador é submetido:

*"...eu mudei...mudei dentro de mim.
Me sinto muito mais forte, valente
até, e dentro de mim acho que
melhorei"*

(M.M.23.09.93).

"... cresci, hoje me sinto com a minha vida justificada..."

(J.L.O. 13.07.93).

Alguns doadores gerenciam o prestígio advindo do seu gesto, e dele tiraram proveito.

O diário de campo revisitado, guarda o seguinte texto:

...Recebi em casa um telefonema de F. me informando ser o doador que E. contactou, querendo marcar a entrevista. Marcamos para hoje à noite. Tendo um pequeno negócio (bar), ele sugeriu nosso encontro no ambiente de trabalho, justificando que por passar a maior parte das noites acordado, dormia as manhãs e de tarde se ocupava das suas atividades bancárias e de compras. Concordei e nos encontramos no seu bar. Um bar destratado, na periferia da cidade. Observei logo ao chegar, que todas as mesas estavam encostadas lateralmente, em uma das paredes, com exceção de uma que se localizava na parte central, e no início do salão. Todas as cadeiras estavam enfileiradas como em auditório. Após o quebra gelo inicial e as devidas explicações sobre a pesquisa, perguntei se podia usar o gravador. Ele me respondeu que certamente, porém, pediu para esperar um pouco. Eram quase 20:00 horas e sem permitir que ele perceba, começo a me inquietar com o adiantado da hora, a distância, e o desconhecimento geográfico do local (considerando a duração média das entrevistas). Com quinze a vinte minutos de espera, pessoas vão chegando: são homens, mulheres e crianças. Um a 10 a 15 pessoas. Fico surpreendida e preocupada com a privacidade que necessito para realizar a entrevista. É quando ele, com voz de comício, pede silêncio, me apresenta e diz que sou uma médica, que estou ali, exclusivamente para entrevistá-lo em função daquela doação renal que havia feito. Presencio neste exato momento, e confiro com minha presença de entrevistadora, talvez, a legitimidade, que lhe faltava. Acho que fui

testemunha da fundação de um líder comunitário se fazendo reconhecer herói."...

(Diário de Campo, 10.01.94)

Este parece um exemplo didático de usufruir prestígio. Reflete, evidentemente, uma recompensa simbólica. Sabemos que "a troca não vale somente as coisas trocadas" (Lévi-Strauss, 1975, p. 520). O rim não é trocado. Impossível ao receptor recompensar o doador com outro rim. O rim é doado a quem não tem rim. Mas a reciprocidade está presente através do poder adquirido, de emoção vivida, do prestígio, e simpatia angariados (como elementos de retorno). Estes ganhos são capazes de conferir retornos que extrapolam o que foi concretamente doado.

Como contrapartida da espontaneidade do gesto dativo há ocorrência de doação coercitiva, embora raramente. Um doador relatou ter sido praticamente coagido a doar. As pressões vieram dos familiares, e existe o testemunho de um psicólogo do serviço de transplante (Real Hospital Português), que diz:

"...percebe-se em alguns doadores... são raros...que já selecionados hesitam na hora de fazer a cirurgia. Aconteceu, aqui um caso em que, quando a cirurgia estava marcada, a sala preparada, tudo pronto, o doador se recusou... e o ato cirúrgico foi então adiado... Neste caso, ao conversarmos com ele depois, na verdade, ele estava sendo forçado pela família para fazer a doação"...

(C.- Psicóloga, 14.11.94).

Alguns doadores homens (e nenhuma mulher) falaram em mutilação. Admitiram se sentir mutilados. Ora, os dois, homens e mulheres ficam com cicatrizes semelhantes (em forma e tamanho). Os dois, do mesmo modo, tornam-se anatomicamente deficitários de um rim. Este dado revela a importância da cicatriz, enquanto marca que celsa e sacramenta o heroísmo no homem.

Quanto aos sentimentos dos doadores relativos aos resultados da tipagem que revelou ser ele o melhor dentre vários candidatos propostos, verificamos que a maioria deles teve os seguintes medos e inquietações:

- a) que ocorresse rejeição após a transferência do órgão;
- b) que a retirada do rim viesse a determinar distúrbio na sexualidade (os homens temiam impotência e as mulheres temiam não poder engravidar);
- c) que a doação os tornasse deficientes para exercerem suas profissões e que eles próprios viessem a morrer ou sofrer com o ato cirúrgico.

Um número significativo de doadores acrescentou no final da entrevista, palavras direcionadas aos familiares de pacientes renais crônicos, e/ou doadores potenciais hesitantes.

Eis alguns exemplos:

...”acho que a pergunta mais importante e que não foi feita, é sobre a família do doente... Ela tem que ser compreensiva e tomar conta dele, gostar dele...”

(J.O.S. 05.05.94).

...”se essa conversa da gente, esse seu trabalho, pesquisa, servir, para os doentes ou a família deles...se eles forem ler, então eu quero que você diga aí: vi muita família desprezar os doente e isso não é certo”...

(T.S.O. 08.03.94)

... “Se a família for responsável e quiser, o doente não fica na máquina anos à fio”... (C.S. 12.05.94)

E reiteraram a importância que o apoio familiar desempenha durante o tempo que o doente é dialisado, insistindo em salientar a responsabilidade que a família tem de se predispor à doação.

Aos doadores hesitantes disseram que a doação do rim determinou, neles, mudanças enormes, e para melhor. A quase totalidade dos doadores usaram expressões semelhantes a esta:

...“Mudanças, importantes aconteceram dentro de mim e ao meu redor”...

Alguns outros doadores salientaram que teria sido importante a entrevista ter perguntado sobre a atenção dada pelos serviços transplantadores aos doadores,

depois que o transplante se concretiza. Referiram que após a transplantação eles não são mais requisitados para acompanhamentos clínicos.

...“quando a gente diz que quer dar o rim, tudo bem, todos dão atenção, marcam muitos exames...conversam com a gente e tudo. Agora depois da operação, acaba o interesse”... (D.C.C. 07.04.94).

Alguns doadores, todos eles homens, solicitaram que este trabalho deveria levantar a questão das relações do doador com o Estado.

...“Eu acho importante dizer, e você não perguntou, que quando uma pessoa faz uma doação de rim, também está fazendo um bem, uma economia para a nação. Quem é ajudado não é só o receptor, não.. o INPS deixa de ter aquela despesa toda com o doente... O Estado devia fazer alguma coisa pelo doador... não sei...alguma coisa como diminuir o tempo de aposentadoria... deixar de descontar imposto, sei lá...era até um incentivo para haver mais doações”... (E.G.G. 15.04.04)

As leituras do diário de campo, referentes ao comportamento e emocional dos doadores durante as entrevistas, revelaram que na maioria delas, quando as falas se referiam às relações afetivas com seus receptores, eles se

tornavam bastante sensíveis. Raras, foram as entrevistas, nas quais os doadores não derramassem (mesmo que furtiva) alguma lágrima, e menos raras ainda aquelas onde o corpo não falou com eles (ou por eles) através de gestos indicativos de emoção.

Os doadores que efetivaram suas doações, há alguns anos (pelo menos, mais de cinco anos), foram os que mais se emocionaram e mostraram uma tendência para valorizar mais o feito e também suas consequências concretas (aumento da sobrevivência do receptor, e mudanças em si mesmos).

Resumindo os aspectos, mais marcantes, da análise deste sub-capítulo:

- ◆ Os doadores kardecistas militantes, os fiéis das religiões afro-brasileira, e os simpatizantes de ambas, foram a maioria no grupo pesquisado.

- ◆ Os doadores kardecistas relacionaram suas doações com a oportunidade de resgatar dívidas contraídas em vidas pretéritas. Essas dívidas, para eles, poderiam ter sido contraídas com seus respectivos receptores, ou não. Eles, também, acreditaram que a doação (se não estavam resgatando dívidas) teria a capacidade de otimizar seus carmas, e assim, permitir que eles através da doação viessem a dar um “salto qualitativo” em suas vidas espirituais.

- ◆ A maioria dos doadores da amostra vivenciaram situações psicoafetivas extremadas em suas famílias fundadoras e/ou reproduzidas.

- ◆ Os doadores homens mais jovens, do grupo pesquisado, frequentemente vivenciaram conduta anti-social e desviante que resultou em algum tipo de

rechaçamento familiar e social. Nesses casos, todos revelaram que a doação serviu para reintegrá-los familiar e socialmente.

◆ Os doadores do grupo pesquisado reconheceram ter tido um ganho em auto-estima, prestígio, e sentiram um crescimento interior. A maioria deles reconheceram que foram considerados heróis, pelo receptor, pelo núcleo familiar, e pela comunidade na qual estão inseridos.

◆ Ficou evidente, nos dados etnográficos, a existência de um exercício de poder na relação doador/receptor e nela o receptor desempenha o papel de subordinado.

◆ Houve uma evidente correlação entre o temor da existência de rejeição com a idéia de sacrifício. Existiu sempre a representação de que o “sacrifício” teria sido inútil se a rejeição do rim acontecesse.

◆ A reciprocidade generalizada (ou altruísmo superlativo) permeia a doação nos doadores estudados. Esta reciprocidade, que se caracteriza por trocas frequentemente simbólicas e raramente concretas, estreita os laços de parentesco principalmente entre doador e núcleo familiar.

◆ A doação renal obedece às regras da teoria da dádiva, onde o dar, o receber, e o retribuir, são obrigatórios.

5.3 A Imagem Encontrada

...”Tudo oferece um sentido, senão nada tem sentido”...

Lévi-Strauss

Este sub-capítulo se refere aos resultados da análise simbólica, dos discursos dos doadores da amostra. A exploração do imaginário possibilitou respostas para nossas inquietações, surgidas nos anos em que convivemos com nefropatas e doadores potenciais (ver p.15). O estudo do imaginário atendeu a tais expectativas porque através do símbolo contido na imagem foi possível chegar aos significados essenciais das representações. Além do que, o imaginário *“restabelece o equilíbrio vital, comprometido com a noção de morte e o equilíbrio psicossocial”*, e, até mesmo, o equilíbrio *“antropológico, fomentando humanismo e ecumenismo na alma humana”* (Durand, G., 1964, p.100). Equivale dizer, que o símbolo além de reequilibrar a relação mental do homem com a morte, dialeticamente restaura o indivíduo para a vida.

Ora, o doador renal está vinculado com a idéia de “morte”: morte do receptor, sua própria morte (consequente aos riscos cirúrgicos da operação transplantadora), morte do seu rim por uma possível rejeição, e porque não admitir com a idéia da “morte do seu rim para si”, uma espécie de pequeno morrer. O doador renal carece se “restabelecer” e se “reequilibrar” para a vida. Para a vida do receptor de quem ele foi mediador, através da doação. Ele necessita se

“reequilibrar” para sua própria vida com um novo corpo agora subtraído de um rim (além de potencialmente carente, em sua fisiologia).

O corpo está sujeito às crenças e aos sentimentos pertinentes ao substrato da vida social. O corpo tem que atender a essas crenças e sentimentos através de uma subordinação cultural, independentemente-se às vezes, dentro de certos limites, das normas do biológico. O papel social, do corpo, transparece quando percebemos que suas relações com o meio externo (astros, estações do ano, deuses) foram, muitas vezes, referenciais para o homem conceber e adquirir conhecimentos.

A relação do corpo com o social é facilmente percebida através do seu exterior, do que nele é visível. Exteriormente ele é marcado pela vida social. É modelado e permite uma leitura. Cicatrizes, tatuagens, mutilações de orelha, amputações de falanges, e uma interminável lista de manipulações corporais, sinalizam para “status”, padrões estéticos, rituais, entre outros, e traduzem aspectos culturais de um povo.

Entretanto, o interior do corpo que só se manifesta visivelmente através da fisiologia, também expressa a vida social. Desse modo diversos comportamentos culturais: hábitos alimentares, maneiras de parir, excitabilidade sexual, entre outros, demonstram claramente que a sociedade se apropria (respeitando limites) da funcionalidade biológica humana, e nela interfere. Segundo Rodrigues: *“a sociedade é um conjunto de relações que simultaneamente ultrapassam as consciências individuais e são delas imanentes. Possui todas as características de uma autoridade que tem ascendência sobre os indivíduos e que eles devem respeitar, pois dela provém todo o bem; da mesma forma, todo o mal está associado à sua ausência”* (Rodrigues, 1979, p. 32). Esta autoridade se faz sentir, não só na maneira do corpo se deixar “ver” mas também na maneira do corpo “agir” numa dada cultura.

Ora, o doador renal imprime na superfície do corpo o sêlo visível da doação, que é a cicatriz cirúrgica. Por outro lado, ao optar por viver com um único rim ele modifica um valor biológico genérico (o ser humano tem e usa para a fisiologia urinária, dois rins). Assim, o doador renal modifica o “seu natural”¹ saudável, a sua anatomo-fisiologia. A sociedade sabe e espera que ele possua dois rins. O cultural espera que os indivíduos preservem seus corpos e sua saúde, porque se assim o fazem estão preservando a sociedade. É possível que a supervalorização, demonstrada pelo consenso social para com o doador renal vivo, esteja relacionada com esta coragem de romper com o padrão sócio-biológico juntamente com as consequências do seu ato sobre o receptor. Ele torna-se uma exceção da regra que a biologia instituiu e os padrões culturais esperam dele. Isto é, seu gesto impõe, nele, a subtração de um órgão, que embora virtualmente o fragilize deixa-o continuar como partícipe saudável da sociedade (não minimiza o edifício social). Ao mesmo tempo, seu gesto recupera um segundo indivíduo, até então, não saudável para a sociedade.

Foi possível com o estudo do imaginário do doador vivo ver como esta ruptura para com as normas biológicas não o torna inadequado socialmente (ao contrário, como a etnografia revelou, a doação fortalece as alianças de parentesco e consolida a coesão social). Este estudo parece ter confirmado o papel equilibrador bio-psico-social que o imaginário exerce nas pessoas. Além do que, o imaginário permitiu inferir sobre as motivações não explicitadas da doação.

¹ Tudo que independe da tradição social, que não é comportamento aprendido e transcende o domínio das normas, hábitos, costumes. Tudo que é universal e não é particular a uma dada sociedade (Rodrigues, 1979, p.21).

O imaginário por bons pares de décadas, para não dizer séculos, ficou desprestigiado (pelo menos na sociedade ocidental). Na contemporaneidade ele voltou a assumir um espaço no qual o interesse pelo seu estudo e o estudo das repercussões das imagens, nos mais diversos contextos, se tornaram justificadas.

É possível que a modernidade tenha contribuído para esta revalorização da imagem, através do surgimento de técnicas como fotografia, cinematografia, virtualização de imagens, utilizadas para dimensionar o universo macro. Não esquecendo que quando se pretende analisar o micro, verdadeiras viagens às profundezas do corpo, por exemplo, são realizadas através de microscopias ópticas e eletrônicas. Estas tecnologias revelam a intimidade do ser quando mostram imagens moleculares e sub-microscópicas através da Histoquímica e da Bioquímica. Extrapolando as fronteiras do planeta, imagens de outros mundos são captadas e caminham distâncias incalculáveis, chegando até nós reveladoras e instigantes.

A presença da imagem no cotidiano associada ao relato (televisão) parece ter exercido um papel importante no retorno do prestígio da imaginática.

E principalmente, ressalte-se aqui, o empenho dos estudiosos da simbólica, responsáveis pela retomada do interesse no estudo do imaginário, atualmente.

A Psicanálise, a Psicologia das Profundezas, e a Antropologia, foram importantes na medida em que elegeram como objeto de estudo os mitos e os símbolos. As modernas formas de Crítica Artística, seja literária ou pictórica, também justificaram o renascimento do interesse pelo imaginário, que o positivismo sequestrou para sítios distantes e divorciados da ciência.

Ao pretender estudar o imaginário, segundo a teoria de Gilbert Durand, necessário se faz estabelecer o conceito de alguns termos:

Imaginário² deve ser compreendido como o conjunto de imagens e de suas relações, que constitui o patrimônio elaborado através do pensamento e responsável por todas as criações (Durand, G., 1989, p.14);

Símbolo é a representação de um sentido secreto, de uma realidade ausente. René Thom diz que o símbolo contém o significante e o significado concomitantemente, e esta característica torna compreensível sua coerência física. O símbolo permite juntar coisas diferentes, sem excluí-las (Durand, G., 1981, p.53). O símbolo representa as coisas por nome, imagem ou conceito, que refletem ou indicam algo. Esta capacidade de nomenclatura significativa possibilita a localização, no tempo e espaço, da sua significância. Por outro lado, ele possui uma identidade não localizável, ou "*identidade de não-separabilidade*" (Durand, G., 1981, p. 54). É a identidade semântica do símbolo. Daí porque, o símbolo, o mito, o discurso, indicam conceitos sobre o ser. Os símbolos podem ser classificados, segundo revelem repetitividades de gestos, de relações linguísticas, ou de imagens concretas (artísticas) (Durand, G., 1964, pp. 17-19). Foi através do instrumento linguístico que tentamos identificar, nos discursos dos doadores, os símbolos e imagens reveladores de pistas, capazes de corroborar com as interpretações que os dados etnográficos nos deram;

Arquétipo ou imagem primordial, segundo Jung, é detentor de uma energia específica (que se densifica em certas situações: rituais ou emocionais), e que além de interferir nos atos coletivos também aparece na estruturação individual, conferindo características pessoais aos indivíduos (Jung, 1978, p.79). G. Durand utiliza a noção de arquétipo, na sua Teoria do Imaginário, vendo-os como "*substantificações dos*

² Imagem é o objeto de estudo, o imaginário é onde ela se encontra, e imaginação é a função psíquica (Durand, Y., 1988, p.13).

schèmes” e ponto de junção entre o imaginário e os processos racionais (Durand, G., 1989, pp. 42-43);

“Schème” (como foi visto na p. 35) é o dinamismo e a afetividade generalizadora da imagem. É ele que associa os gestos inconscientes da motricidade sensitiva com as representações. Ele organiza as imagens em núcleos densos, de acordo com seus significados;

Mito ou narrativa é um sistema dinâmico de símbolos, arquétipos, e *“schèmes”* submetidos ao gerenciamento dos últimos. O mito se utiliza dos arquétipos (enquanto idéias) e dos símbolos (enquanto palavras). E também *“promove a doutrina religiosa, o sistema filosófico”* (Durand, G., 1989, p.44).

A teoria do Imaginário, de G. Durand, através do método de convergência³ encontra os núcleos organizadores que representam o somatório de imagens consteladas. Estas constelações de imagens são estruturadas por equivalência de forma e se orientam pelo sentido que carregam, se dispendo em torno de um tema arquetipológico. Há portanto uma dinâmica essencial que organiza as imagens e que resulta no “trajeto antropológico” (ou intercâmbio constante entre as potências subjetivas dos indivíduos, das normas biológicas as quais ele está submetido, e das imposições sociais e cósmicas). O “método de convergência” circunscreve os grandes eixos dos trajetos antropológicos.

A Antropologia desenvolveu um esforço no sentido de recolocar o mito e o símbolo como princípios mobilizadores, e ao mesmo tempo causadores de permanência cultural. Ela faz isto, principalmente, através do que G. Durand denomina *Antropologia profunda ou das profundezas* (Durand, G., 1981, p. 61).

³ Mostra como as imagens se agrupam em torno de grandes constelações, quase invariantes.

A interpretação do imaginário passou a ocupar uma posição instrumental definitiva na ciência, a partir do seu reconhecimento como reveladora de:

- Índícios qualificadores de padrões comportamentais do indivíduo ou de sociedades;
- Parâmetros para críticas literárias e de artes plásticas;
- Estratégias terapêuticas para psicopatologias;
- Pistas para diagnósticos psicopatológicos.

Levamos em conta, nesta Dissertação, que identificar e interpretar as imagens existentes, nos relatos dos doadores, permitem chegar próximo da ordem implícita dos fatos subjetivos.

Como demonstramos na etnografia, apresentada na “Identidade Visitada” e a “Máscara Desvendada”, raramente os sujeitos da amostra tornaram seus motivos explícitos, a não ser aqueles motivos hiperestasiados pelo senso comum. Interpretar os discursos, com o que G. Durand chama de “*Antropologia profunda*” (Durand, G., 1981, p. 61), permitiu aprofundar o nível das interpretações etnográficas no sentido de cercar as forças motivadoras, não explicitadas, da dádiva.

Os dados, mais frequentados na etnografia, permitiram identificar temas comuns levantados pelos indivíduos da amostra. Estes temas serviram, de indicadores, para realizar a pesquisa das imagens simbólicas dos discursos.

As 25 entrevistas dos doadores remeteram às vinte e cinco biografias diferentes, de indivíduos submetidos às injunções sociais similares. Seus discursos

apresentaram sintaxes diferentes, e até mesmo, léxicos diferentes (em função das diferenças de classe social, heterogeneidade intelectual, e visões de mundo diferenciadas dos oradores). Mas eles tiveram em comum o episódio da doação renal em suas vidas.

Consideramos que identificar e interpretar as imagens encontradas nos relatos individualizados (entrevistas “*per se*”) aumentaria a margem de erros.

Portanto, as vinte e cinco entrevistas foram somadas e tratadas como uma obra⁴ ou “texto discursivo”.

O autor da “obra” é a soma dos 25 doadores renais⁵.

Este “texto” foi submetido à mitocrítica (ver Metodologia p.52). A mitocrítica permitiu pôr em evidência os mitos que atuam por trás da narrativa (Durand, G., 1981, p. 75). Os mitemas, sendo as unidades semânticas constitutivas⁶ do mito, foram os primeiros elementos pesquisados na “obra”. Sendo unidade semântica não deve ser confundido com o tema, que é muito geral. Sua pesquisa, no “texto”, levou em consideração a repetitividade, já que o mitema tem como característica ser repetitivo (Durand, G., 1983, p. 28).

Um bom exemplo para compreender o mitema é analisar simbolicamente a imagem de Hermes na estatuária que o representa. O aparecimento de seis asas na maioria das estátuas de Hermes indica uma repetitividade compulsiva do elemento alar, e esta redundância identifica “asa” como um mitema. Na verdade, esta imagem simbólica, “asa”, confere a Hermes uma significação associada com velocidade, mensageiro, e maliciosidade rápida (Durand, G., 1983, p. 29). O mitema, portanto,

⁴ Termo que, aqui, significa o conjunto das entrevistas e que representa um “texto discursivo”.

⁵ Razão pela qual, neste sub-capítulo, as citações dos doadores não estão assinadas.

⁶ Conceito dado por Lévi-Strauss (in Panoff & Perrin, 1973).

representa um tema densificado. Esta densidade é conferida pela obsessividade com que ele se faz presente na narrativa.

Além da repetitividade, consideramos sua significação, isto é, o sentimento que ele está imprimindo no contexto da fala. Desse modo, para identificar o mitema levamos em conta substantivos, adjetivos, verbos, partículas de ligação, e até sintaxe em alguns casos, como preconiza G. Durand (1983, p. 29).

Nas obras pequenas, tal qual o “texto discursivo” analisado neste trabalho, o mitologema⁷ *“enquanto abstrações resumidas renuncia em favor do mitema, e nele se condensa”* (Durand, G., 1983, p. 23)

Por outro lado, o mitema, nas obras menos extensas, se reduz em imagens emblemáticas⁸, consubstanciadas, reforçadas, e quase concretas.

Considere-se, portanto, na “obra” ora analisada, por ser pequena a ocorrência de uma imbricação de mitologema e mitema.

A identificação dos mitemas foi operacionalizada através da microcomputação, cujos editores de texto permitem hoje localizar palavras e até pequenas frases.

Cabe colocar que o *“texto é portador de uma carga semântica e que a carga semântica sou eu, no fim das contas. É um jogo complexo onde o eu, a sociedade, a língua, o léxico, tudo intervem”* (Durand, G., 1981, p. 80). Mas acreditamos que essa interferência enquanto leitor, não invalida os resultados, posto ser

⁷ Resumo abstrato, de certo modo, de uma situação mitológica” (Durand, G., 1983, p. 32).

⁸ Que tem o caráter de emblema ou objetos que consubstanciam as alegorias. Por exemplo, a idéia de justiça é representada por um personagem que, de olhos vendados, sanciona ou absolve. Os objetos que valorizam essa representação (balança, tábuas da lei, pergaminhos) são emblemas (Durand, G., 1964, p. 13).

indiscutível, hoje, o fato de que o observador não se abstrai da realidade observada e ao observá-la passa a participar dela.

Quando os mitemas foram se revelando passaram a ser agrupados em pacotes ou constelações, segundo suas redundâncias e de acordo com suas significações.

O somatório de todas as repetitividades, segundo suas significâncias, traduziu o perfil imaginático do doador. Um doador descoberto em vinte e cinco doadores. Este perfil foi, então, superposto à estruturação do imaginário proposta por Gilbert Durand, nas Estruturas Antropológicas do Imaginário (Durand, G., 1989).

O percurso metodológico foi baseado, primeiro, em procurar os núcleos de imagens convergentes e a partir desses núcleos identificar as constelações ou conjuntos definidos. Os critérios de identificação foram "*segundo os significantes de mesma família dos significados, isto é, das homologias*" (Durand, G., 1981, p. 3).

O aparecimento de redundâncias ou mitemas no "texto discursivo", aqui considerado, permitiu identificar conjuntos ou núcleos de imagens. As constelações ou pacotes de imagens formadas, a partir das unidades semânticas encontradas através de seus compulsivos aparecimentos na "obra", identificam a maneira como o imaginário do doador renal, aqui estudado, funciona em relação ao ato da doação.

Foi refletido, nesta leitura simbólica, de que forma o imaginário dos autores da "obra" harmonizam as próprias pressões (subjetivas) motivadoras ou inibidoras e as imposições sociais que cercam o gesto da doação.

Os temas⁹ que a etnografia revelou com maior frequência, na leitura interpretativa das entrevistas, foram: maternidade, aprimoramento espiritual, sacrifício, heroísmo, angústia, mudança interior e alimentares.

A análise simbólica dos discursos revelou a existência de imagens e símbolos que apareceram repetidamente e correlatos aqueles temas.

Foram imagens e símbolos relacionados com: mãe, filho, maternidade, casa, luz, escada, asa, voar, subir, água lustral, cicatriz, ferida, ferimento, mutilação, queda, descida, passar do tempo, vertigem, fio, feitiço, dentre outros.

As imagens e símbolos que refletiram o tema da maternidade apareceram com grande frequência e com uma consubstancialidade que lhes deu densidade quase monolítica: mãe, maternidade, ventre, casa, mar.

Já o tema do aprimoramento espiritual presente nos discursos, foi corroborado através da mitocrítica por constelações de imagens relacionadas com a simbologia da luz, escada, água lustral, asa, voar, subir, ânjo, pássaro.

O tema do sacrifício foi facilmente identificado na narrativa de modo redundante, através do verbo sacrificar e de sua substantivação.

O heroísmo se fez presente com uma frequência relevante da simbologia da mutilação, cicatriz, ferida.

A simbologia da queda, descida, vertigem, fluir do tempo, escuridão, refletiram o tema da angústia.

⁹ Estamos considerando, aqui, os assuntos ou matérias mais predominantes nos discursos.

O tema da mudança interior remeteu à simbologia da metamorfose. E imagens de borboleta e unidades semânticas traduzindo a idéia de transformação e mudança, se fizeram repetitivas nos discursos.

Uma significativa repetitividade de temas alimentares ocorreu no “texto” analisado.

Consideramos a pluralidade do órgão doado; sua função filtrativa; a relação que a doação de um órgão tem com a intimidade (penetração do órgão doado no receptor); a idéia de ruptura que a cirurgia transplantadora encerra.

Os símbolos indicativos de pluralidade mais presentes na “obra”, foram: dois, alma , guia.

A filtração (associada à purificação) e sua simbologia apareceu, novamente, por meio das imagens e símbolos de água lustral ou límpida, fogo, voar, claridade.

A simbologia da transferência de intimidade foi significativamente repetitiva no “texto” e ela se expressou via imagens e símbolos que estão relacionados com os cortadores de liames, que também se associam com os símbolos relacionados aos atadores. As imagens recorrentes na “obra” foram: fio e feitiço.

A condição de intermediário ou “médium” entre vida e morte, que o doador representa, surgiu em imagens e símbolos que evocam mediação. Eles foram frases ou verbos que traduzem esta representação.

TEMAS♣	SÍMBOLOS E IMAGENS♣♣
Maternidade	Mãe, Filho, Ventre, Casa, Mar.
Ascensão Espiritual	Luz, Escada, Asa, Água Lustral. Voar, Subir, Anjo.
Purificação	Água lustral, Fogo, Ar, Voar.
Angústia	Queda, Descida, Escuridão, Vertigem, Tempo.
Heroísmo	Mutilação, Cicatriz, Ferimento, Muro.
Pluralidade	Dois, Alma, Guia.
Metamorfose	Borboleta, Mariposa.
Cortadores de Liame	Fio, Feitiço.
Mediadores	Meio, intermediação.
Alimentares	Alimentos.

♣Temas mais frequentados nos dados etnográficos.

♣♣Símbolos e Imagens mais redundantes na análise simbólica da "obra".

MÃE

O tema referente a mãe apareceu, insistentemente, na narrativa discursiva. As imagens convergiam para núcleos de significações que refletiam a idéia de maternidade. Mitemas relacionados com a simbologia do ventre foram redundantes.

Seguem alguns trechos da "obra":

*..."eu **abri meu ventre** para ela... a primeira vez, quando fiz uma cesariana para ela nascer e a segunda vez quando operei para tirar o rim"...*

*..."a sensação era de **estar indo para a maternidade novamente**... engraçado, é como se meu rim fosse ele **pequeninho de novo dentro do útero**"... "*

...a gente tem que ser mesmo, hoje, muito mais amigos. Eu conheço ele, meu corpo conhece o corpo dele, porque está dentro dele e o corpo dele está dentro do meu”...

As imagens, contidas nesses trechos, permitem algumas interpretações.

O ventre em si é tepidez, caverna aconchegante, ternura, proteção. Reflete uma atitude regressiva, uma volta uterina, e extrapola para um amadurecimento espiritual decorrente da aceitação dos obstáculos, aparentemente intransponíveis.

As imagens simbólicas relacionadas com a maternidade que também associamos à intimidade, presentes nessas citações, foram do ventre e tepidez. Entretanto, as imagens acima citadas refletem significações de continente e conteúdo onde doador renal é conteúdo e receptor é continente. Esta interpenetração orgânica permite que a carne retirada continue ternamente aconchegada e amornada pela temperatura tépida do receptor.

Eis um destaque, dentre vários que se relacionam com a preocupação de temperatura agradável, e que de um certo modo se relaciona com esta significação.

...”me preocupava com tudo... Toda vez que ele ia para a máquina, eu levava uma sacola com todas as coisas que ele pudesse precisar... Levava até cobertor, manta, sabe? Porque fazia muito frio na sala... E às vezes

*eles têm uns calafrios quando estão fazendo hemodiálise... Meu cuidado era prá deixar ele sempre **quentinho**... as enfermeiras até mangavam de mim”...*

Imagens e símbolos relacionados com filho apareceram inúmeras vezes. Estes símbolos parecem remeter a uma representação de acréscimo tanto de bens materiais quanto de homens, que nesta análise subentende um acréscimo de humanidade. E o dom do rim, simbolicamente, fez nascer ou renascer um ser humano. Acresceu humanidade à humanidade.

Como G. Durand diz, o filho duas vezes inaugura uma tendência à ressurreição, ele sempre renasce após a morte, assim foi com Moisés, Rômulo, e Cristo (Durand, G., 1989, pp. 206-210).

Os doadores viabilizaram os ressurretos da pós-modernidade. Esta simbologia é representativa de uma bi-unidade que pode ser traduzida, também, como uma bi-sanguinidade dos heróis com seus inimigos (Durand, G., 1989, pp. 206-210). A etnografia apresentou vários relatos de doadores que se “inimizaram” com suas famílias e a comunidade na qual estavam inseridos, e a doação apazigou-os com elas. No caso específico do doador, é possível ser uma expressão imaginativa da sanguinidade reforçada. Consanguinidade natural, devido ao parentesco, somada a um reforço conferido pela doação do órgão. Abundância de consanguinidade permitida “artificialmente” pelo transplante.

Existe nas mitologias, principalmente naquelas que pretendem domar a caminhada do tempo e que intentam gerenciar a angústia resultante do seu transcorrer inflexível, imagens associadas à perpetuação. É a imagem da perpetuação, via parentesco, pelo filho. Ou o desdobramento do pai biológico, pelo pai mítico (Durand, G., 1989, pp. 139-174).

Imagens e símbolos representativos da casa foram abundantes. A casa, o lar, a morada, foram repetidamente falados na “obra”. Tanto no sentido de que foi sofrido minimizar o tempo despendido para zelar e administrar, quanto no sentido de local de refúgio, aconchego, e recuperação da paz.

Eis alguns exemplos:

...”eu só tinha paz quando chegava em casa... quer dizer, um pouco de paz”...

...” minha casa ainda era o lugar que eu podia chorar em paz”... Me aliviar”...

A casa é um lugar “sagrado”, um templo, imagem do próprio universo. É também o ser interior. Simboliza o feminino (no seu aspecto mais benéfico) quando se traduz por refúgio, proteção, seio materno alimentador.

O mar apareceu com uma frequência significativa.

Destacamos algumas citações:

...”nossa diversão antes dela adoecer era os passeios no mar”...

...*"sofria tanto quando a gente ia **tomar banho de praia**... Os irmãos dele **correndo no mar**, alegres, ligeiros... e ele ali, sentado, todo opado...*

...*não sei se foi porque a vida da gente mudou muito, deixamos de **ir para a praia** aos domingos... Eu sonhava muito com o **mar**... Como eram os sonhos? Normais. Às vezes era **nadando**...Às vezes era em **embarcações**"...*

O mar, símbolo da dinâmica da vida de onde tudo sai e tudo volta, remete ao local dos nascimentos. E se reflete na maternidade na medida em que simboliza um estado transitório entre as possibilidades, do mesmo modo que uma gestante trás dentro do útero possibilidades não configuradas de seu filho. É água dinâmica, sempre móvel mas que permite o mergulho, "*o retorno às fontes originais da felicidade*" (Durand, G., 1989, p.156). A simbologia do mar está atrelada às simbologias da Grande Mãe e remete a reabilitação do feminino.

O imaginário se organiza para adequar o ser humano às contingências cósmicas, sociais, e psíquicas. Ele tem duas possibilidades para arregimentar as imagens e símbolos, e dentro destes dois Regimes (Diurno e Noturno) tem três formas de estruturar essas imagens e símbolos. Diante do curso inflexível do tempo, da morte inevitável, e das imposições biopsicossociais, o imaginário pode fazer a opção de beber na fonte das forças vitais do fluir, do devir, e aí ele se constitui em Regime Noturno. As constelações de imagens, acima encontradas, cabem dentro deste regime e têm uma estruturação mística.

A estrutura imaginativa mística realiza um empenho para a união e se mobiliza para a intimidade, aquela mais essencial e secreta. Nela, há a inversão do que é visto na estrutura heróica, quanto à sua característica básica de separar e valorizar a antítese. Na estrutura mística há uma tendência para a continuidade através dos símbolos de encaixamento. Em vez de lutar contra as forças do destino, esta forma de imaginar é levada a exorcizar, e banalizar até, os monstros e deuses da morte e, assim, conseguir mimetizá-los em instrumentos benéficos.

A estrutura mística tende ao contrário da luta, a impelir o “pensar” para a perseveração de uma convivência pacificada, aderida ao inaceitável. Ela viabiliza um imaginar analógico e de assimilação de modo que seus “*schèmes*” organizam as imagens no sentido de confundir. Este comportamento imaginativo propicia acalanto, morridade salutar, e refúgio.

Os arquétipos mais evidentes da estrutura mística, são a Mãe, a Moradia, a Substância. A dominante reflexa relacionada com ela é a *digestiva*, na medida em que este reflexo pressupõe a introjeção para o lugar mais íntimo, mais interno, e se associa com a assimilação mais intensa que é a metabólica.

As imagens e símbolos, pertencentes à estrutura mística, convergem e transmutam a angústia e o medo (existentes redundantemente em mitemas, encontrados no texto discursivo das respostas aos questionamentos colocados nas entrevistas) em sensações que chegam a beirar prazeirosidade e bem-estar.

A eufemização é uma estratégia otimizada de operacionalização dessa estrutura do imaginário. Quando hipertrofiada, a eufemização ultrapassa a simples amenização das representações para expô-las ao contrário, atribuindo-lhes substantivação e qualificação inversa chegando a atingir o âmbito da antífrase.

Seguem alguns exemplos da manifestação eufemizante da estrutura mística (que não é apanágio apenas dela, mas do Regime Noturno).

Eis como a imagem da morte se apresenta caracterizando a habilidade que esta estrutura tem “de negar o negativo”.

*...“e eu me perguntava... **Se ele partir, o que será de mim**”...*

*...“eu penso que **o pai dela se foi da mesma doença**”...*

*...“**a partida é muito dura, principalmente de gente moça**”...*

*...“quando tiver **que se passar, que seja depois de ter vivido**”...*

ELEVAÇÃO ESPIRITUAL

O tema da ascese espiritual se fez presente através das imagens e símbolos que se caracterizaram por expor a separação e a segregação.

Mítemas redundantes relacionados com a simbologia da luz e da claridade, apareceram na “obra”.

Eis alguns achados:

*...“o que significa melhorar o carma? **É torná-lo menos denso. Mais claro, mais luminoso. Olhe que os espíritos desencarnados, quando se apresentam para nós***

peças encarnadas, eles vêm com uma luminosidade, por isso são ditos irmãos de luz”...

*...”eu acho que cresci com essa doação. Eu daria de novo....Se disser que não tive medo, estou mentindo. Mas foi como se uma luz se acendesse dentro de mim... **Meus olhos hoje brilham**, e mais, algumas pessoas dizem isso... Pessoas que nem sabem de nada...Eu mesmo acho que tenho uma visão mais clara da vida”...*

*...”eu acho que ajudei ele a continuar vivendo... mas sabe, às vezes viver não é tudo. Quero dizer, é melhor para quem sabia que ia morrer e teve um adiamento dessa morte... porque um dia, todos nós morreremos, esta é a única verdade. Mas a alegria de quem ia morrer, a morte tava lá, certinha... e deu mais um tempinho parece que é maravilhoso. **Todo mundo via isso nos olhos dele, brilhava, tinha luz”...***

O “schème” da ascensão se opõe à queda e às trevas nos seus desempenhos simbólicos, e um extraordinário isomorfismo correlaciona a ascensão à luz. A luz, sendo diáfana, quase que sintetiza a purificação.

Percebe-se que existiu, às vezes, metaforização na simbologia da luz. A luz embora permita a concretude da forma sempre remete à energia. É atributo de pureza, e projeta a idéia de saída das trevas, do sombrio. É também conhecimento espiritual, sabedoria (o saber é luminoso), organização da desordem ou caos (na gênese do mundo, segundo o judaísmo cristão, quando Deus fez a luz¹⁰ reconheceu

¹⁰ Gênesis, 1º Livro de Moisés, 1 vers. 3, 4, 5.

que ela era boa, e com ela desfez o caos do tempo criando dias e noites). A luz remete, também, para a iluminação interior. Simboliza experiências místicas ou cosmomísticas. Simboliza a vida, a felicidade interior, a bondade, e a salvação.

Frases contendo imagens e símbolos representativas da Escada e da Ação de Subir, cujo sonho, que aqui destacamos (ocorrido nas imediações do ato cirúrgico transplantador), deixa transparecer:

...“era o dia da operação... a gente já estava na sala... e eu já ia subir na mesa de operação, só que a mesa era muito alta e eu tinha que subir uma escada muito grande. Então eu subia, subia, subia... e quanto mais subia mais tinha que subir... acordei molhado de suor, angustiado e não cheguei”...

Desde Platão, a representação da ascensão já é vinculada à viagem da alma para retornar a sua pátria (Platão, s/d). Essa pátria espiritual exige uma descida no sentido de ser necessário realizar uma interiorização, uma descida para dentro de si mesmo. A ascensão, neste caso, está ambigualmente associando descida (um tipo de descida) com a descida. A última citação acima, constante da “obra”, mostra claramente um subir sem ascese posto que dialeticamente não foi de forma ambivalente uma descida interior. Daí, ele ser um subir angustiado, sofrido, e apavorante.

A escada remete às relações entre o alto e o baixo, entre o céu e a terra. Projeta a idéia de ascensão e de valorização, de progresso, e de qualificação. É portadora de uma simbologia unificadora, posto que se propõe a ligar dois extremos: o alto e o baixo.

Ela é um símbolo de permuta, de contrato entre o céu e a terra. Degraus que permitem desfazer o rompimento do contrato fundador (noção quase universal), que dantes existiu entre a terra e o celestial. Recordemos a existência de degraus na arquitetura templária de quase todas as religiões.

A Asa foi um símbolo encontrado, seja associado à imagem de pássaros, a ação de voar, ou à imagem de anjos.

Seguem alguns trechos do texto analisado:

...“tinha um sonho que tive umas duas vezes: uma vez estava no zoológico com F., e ficava de pé na frente de um grande viveiro de passarinhos. Tinha de todas as espécies e de todas as cores. Aí, de repente a tela desabava e eles saiam em revoada, batendo na gente; outra vez, eu soltava os passarinhos das gaiolas, isso foi na feira... (ri) Acho que era minha vontade de ver ele liberto daquele mal... não sei”...

... eu sonhava muito voando... Engraçado, nunca mais sonhei assim, quer dizer, um dia desses sonhei de novo. Me via flutuando por Afogados, indo prá casa, via o rio, tudo...

...“sempre me agarrei muito com os anjos, principalmente o anjo da guarda dela. Rezava todo instante para eles todos”...

A asa é um símbolo do vôo e para se voar é necessário estar leve, separado das coisas pesadas. Logo, a asa remete à fluidez espiritual (ausência de peso), é um símbolo de liberação, liberdade, desprendimento da materialidade do corpo. Projeta uma querência de supra-humanidade, uma busca do angelical. Representa o espírito e uma aproximação com o poder sublime. Traduz um movimento para transcender a condição humana. Isto porque, ausência de peso e possibilidade de voar estão associados aos imortais.

A ação de subir se identifica com a operação preponderante da vida espiritual que, segundo Bachelard, *“quer crescer, quer elevar-se... busca instintivamente a altura”*... (Bachelard, 1990, p. 42).

O anjo foi uma imagem repetida e constelando isomorficamente. Ele simboliza a intermediação entre os homens e Deus, seus ministros. Mensageiros que anunciam as resoluções divinas que sempre são benéficas.

O pássaro, também, simboliza relações entre céu e terra. Ainda está associado aos anjos e ao estatuto espiritual. E como ele simbolicamente pode se comunicar com os deuses, neste trânsito torna-se capaz de fazer fluir e crescer força e vida.

Estas imagens e símbolos, identificados através da mitocrítica, revelaram que o doador renal se arregimentou nos seus processos mentais de tal forma que seu imaginário conferisse suporte ao seu papel de embaixador, entre os eventos

terrenos e os desígnios celestiais (finitude da vida por morte eminente do seu receptor ou seu próprio risco cirúrgico, e reversão dessas possibilidades).

A “obra”, também, apresentou imagens da Água. No “texto discursivo” a água apareceu redundantemente. A simbologia da água se fez presente através da Água lustral, isto é, água límpida, corredia, benéfica, purificadora.

Alguns trechos serão mais ilustrativos:

...sempre frequentei a Federação Espírita, pelo menos de 15 em 15 dias, mas durante o período que estava me preparando para o transplante, nunca deixei de ir lá duas vezes por semana... Tomava minha água fluidificada várias vezes por dia... Esta água me fez, sempre me fez muito bem”...

...”campos verdejantes, claros, com muitas árvores frondosas, sempre tinha um riozinho com uma água...”Meus sonhos, naquela época, sempre eram com muita paz, com água clara, friazinha, gostosa”...

...”A água é um suporte de imagens e logo depois um aporte de imagens... é uma contemplação que se aprofunda... quando viva, renasce de si... órgão do mundo... alimento dos fenômenos corredios e elemento lustrante... o corpo das lágrimas”...(Bachelard, 1989, p.12). Estas palavras de Bachelard encerram, ao

nosso ver, toda importância do aparecimento recorrente das imagens da água lustral no imaginário do doador.

O tema da ascensão foi identificado através do aparecimento, redundante, de unidades semânticas consteladas cujos significados projetam a um imaginário que representa a elevação espiritual e o heroísmo dos autores do "texto".

De acordo com G. Durand (1989, p.99), os "*schèmes verticalizantes* vão dar no plano do macrocosmo social, nos *arquétipos monárquicos*", e soberanos. No plano do macrocosmo natural levam à valorização dos céus e dos cumes, e no microcosmo do corpo humano (biológico) a verticalização induz várias fixações simbólicas nas quais o "ver" para "dividir" se colocam na parte mais alta do corpo.

Os símbolos e imagens ascensionais se relacionam com a reconquista de uma força perdida ou ameaçada de perda, propiciando o retorno dessa força que talvez tenha se perdido algures ou esteja se perdendo agora. Propõem-se a recuperar uma tensão afrouxada, por queda prévia ou viável de vir a acontecer. São símbolos que conferem ao "imaginador" uma segurança transcendental e material (olímpica). Eles permitem a segurança conferida pelos céus, pelas alturas. São suas imagens de iluminação que espetacularmente refletem a audácia do gesto ou a temeridade da empresa.

O subir também implica em dicotomizar: alto e baixo. Logo, traduz a idéia de separação. A ascensão é a contraposição da queda. Portanto suas imagens contrapõem antíteses possibilitando delimitações de contrários. Esta capacidade de antítese, dividindo, separando, sequestrando, viabiliza o reconhecimento concreto entre o que é aceitável e o que pode ser combatido. As imagens ascensionais formam constelações que traduzem predisposição ao exercício da luta, forçando o

combate a existir, logo, elas estão implicadas com o heroísmo. São imagens que se relacionam com a feitura de justiça, com a oportunização da justiça. Indicam, também, uma atitude purificadora. A luz purifica, a luz torna nítido. As imagens ascensionais, purificadoras, e imateriais, são organizadas e projetam uma espiritualização. A imaginação se utiliza, delas, para estabelecer heroicamente fronteiras entre as trevas e o luminoso. Entre o decaído e o ereto. Entre o horror da finitude e a temporalidade do biológico, e a imortalidade. Enfim, entre a eternização do ser e a atemporalidade celeste. Administra a finitude orgânica. Entretanto, convém colocar que a luz tem tendência para se tornar raio e a ascensão pode espezinhar a quem venceu. Símbolos ascensionais ou espetaculares que expressam a figura heróica do lutador podem, também, indicar um heroísmo que busca as armas do vencido. Quando nos reportamos para a leitura compreensiva dos dados etnográficos encontramos vários relatos, onde inúmeros daqueles heróis assumiam um comportamento despótico para com seus receptores. Sabemos, também, que pelas regras da dádiva, o receptor de rim devido à impossibilidade de retribuir o dom recebido com equivalência passa a ser vencido, em relação ao doador.

As imagens de ascese pertencem ao Regime Diurno da elaboração imaginativa. Um dos seus arquétipos é o heróico. Situamos o autor da obra, através da análise simbólica, na estrutura heróica do imaginário.

SACRIFÍCIO

As imagens e simbologias do sacrifício, também, se fizeram presentes na narrativa. Algumas vezes a representação psíquica do imaginário sacrificial surgiu

com concretude, outras vezes através de eufemismos. Foram lidos mitemas repetitivos que remetem às imagens e aos símbolos relacionados com representações de substituição, além de várias unidades semânticas que exprimem uma significação do sacrifício concretamente.

Aqui estão transcritas, algumas frases que contêm essas simbologias:

...“foi uma bobagem para mim... foi apenas uma troca de rim, ou melhor, troquei o meu pelo dela... Deixe eu explicar! Substituí o dela”...

...“eu sei que me sacrifiquei, sacrifiquei um rim. Mas o retorno foi magnífico para ele e para mim”...

...“sem renúncia não se consegue nada...sacrifício é sempre retribuído, senão por nós, pelo menos para os outros...entes queridos”...

Segundo G. Durand, *“todo sacrifício é uma troca”*. Existe, nele, um caráter de barganha. Um comércio que confere quitação do tempo passado e do tempo por vir, e isto põe o tempo sob controle (Durand, G., 1989, p.213). G. Durand ainda afirma, *“se o sacrifício se inaugura sempre por uma operação sacralizante iniciática ou batismal, é para tornar mais fácil a troca, a substituição”* (Durand, G., 1989, p. 213).

O sacrifício, frequentemente, exige uma tríade (ou pelo menos, uma diáde): a operação sacralizante, o sacrificador, e a vítima.

A operação sacralizante, no caso do transplante renal, é o próprio ato cirúrgico transplantador que ocorre como nos processos ritualísticos em um espaço asséptico (não profano), onde os gestos, a roupagem, a luz ambiente, os cheiros, determinam uma dada sacralidade.

O sacrificador (cirurgião) carrega a ambiguidade necessária exigida para torná-lo um sacerdote: ele cria uma circunstância de meio termo, de mediação, é o que cura mas é o que subtrai o rim do doador. É o que mata a morte.

A vítima (doador), aqui como alhures (nos ritos), depois de correr os riscos e perigos de transitar entre o sagrado e o profano (de se submeter à cirurgia) se agiganta, se enche de força simbólica, porque agora está descompromissado com o passado devido ou com o futuro pretendido. A leitura horizontalizada dos discursos permitiu, sem grandes dificuldades, identificar sentimentos de culpa. Sentimentos de culpa podem refletir atitudes sacrificiais (La Porta, 1979, pp. 58-71; Motta, 1991, p.2).

Os sentimentos agressivos (heteroagressivos) podem ser internalizados gerando violência para com o próprio ego, em lugar de atingirem o "outro". Esta mudança de direção e sentido da agressividade ocorre porque o super-ego interdita sua manifestação. O conflito entre super-ego proibitivo e ego heteroagressivo faz gerar um tonus, uma tensão, que expressa o sentimento de culpa (Freud, 1969, pp.107-108; 146-157; 159-166; 235-336). O sacrifício, em sua essencialidade, pode ter significados variados e se apresentar sob várias formas. Entre essas formas podemos referir: sacrifício em si, sacrifício para si, e diversos ritos destrutivos (Money-Kyrle, 1929, p. 258). O ato sacrificial satisfaz vários impulsos em níveis diferentes do processo mental. Ele, então, é submetido não somente a

supradeterminações (desejo de voltar a prenatalidade) como também a racionalizações, e é dependente de fatores como: predisposição inata, imposições culturais e do meio, e provavelmente todos eles são necessários mas nenhum é exclusivamente suficiente (Money-Kyrle, 1929, pp. 258-260).

O sacrifício, simbolicamente, sacraliza algo ou alguém tornando aquele que o oferece separado de toda e qualquer profanidade. Ele é representativo da renúncia dos vínculos terrestres, em favor da adoração ao espiritual ou ao divino. Ele, também, é símbolo de purificação, expiação, apaziguamento, e solicitação.

É através desta citação de Hubert & Mauss: *“é pelo sacrifício que o homem adquire direitos sobre o destino e possui com isso uma força que obrigará o destino, e em consequência modificará a ordem do universo segundo a vontade humana”*, contida em G. Durand (1989, p.213), que percebemos que um dos papéis do sacrifício está intimamente relacionado com a submissão do tempo, com a intenção de dominá-lo. E Durand diz com a letra de Gusdorf & Przyluski: *...”o sacrifício marca uma intenção profunda não de se afastar do tempo, mais de se integrar ao tempo, mesmo que destruidor... e de participar no ciclo total das criações e das destruições cósmicas”...* (Durand, G., 1989, p. 212).

HEROÍSMO

A simbologia do heroísmo pareceu redundante na narrativa. As imagens e símbolos encontradas na análise simbólica da “obra” : cicatriz, mutilação, ferida, ferimento, são discutidos em seguida.

Destacamos algumas das inúmeras citações:

*...”a **cicatriz é grande**... não é bonita, não... Oh! gente, quem já viu **cicatriz bonita**”...*

*...”não sofri muito na operação, não... **a cicatriz, embora grande fechou logo**”...*

*..”claro que não posso usar um biquine, né, porque **a cicatriz aparece**”...*

*...”estou feliz, meu filho hoje está bem, mas **não posso negar que fui mutilado, perdi um rim**”...*

Expressões como, *ferir, ser ferido, magoar, ser magoado*, e substantivações como *ferimento e ferida*, foram significativamente repetidas na “obra”.

As imagens relacionadas com a mutilação deixam vislumbrar a quebra da ordem: o bípede que tem duas pernas e tem dois braços ou dois olhos, ao perder

uma perna, um braço ou um olho, se torna côxo, cotó ou caolho, e parece correr o risco de perder seus poderes sociais. Mas eles ganham outro “status” no plano do mitológico. Isto porque, as consequências sociais da mutilação não interferem no sentido simbólico dela enquanto mitema. A dualidade perdida com a retirada do rim ou a ausência de uniformidade da pele estigmatizada pela cicatriz, poderiam projetar esta desqualificação social. Todavia, simbolicamente, o mutilado, o deformado, embora aparentemente marginalizados do social (por superar ou não o resto da comunidade) passam a participar de outra ordem, de outro espaço, possivelmente algo divinizado. Um espaço no qual a ordem é una, apoiada sobre um vértice, é singular. É como se o transcendental preferisse o número ímpar. A mutilação está, portanto, simbolicamente relacionada, também, com a iniciação.

ANGÚSTIA

Símbolos e imagens relacionados com queda, descida, vertigem, e o passar do tempo, foram frequentes na narrativa.

Vejamos algumas citações:

...“nos meus sonhos, sempre eu estava caindo”...

...“neles (os sonhos) sempre aparecia uma cachoeira...ou muitas”...

...” eram ladeiras intermináveis, quanto mais eu descia, mais tinha que descer”...

...”Ele tinha passamentos...Vertigens”...

...”o tempo passava: dias, meses, anos e ele não melhorava”...

A queda é o contrário da ascensão, do mesmo modo que a luz é uma confrontação com as trevas. A queda representa um retorno, um consentimento da condicionalidade temporal... *“Um desaprender o medo”...* (Bachelard in Durand, G., 1989, p. 140).

Ela se opõe de modo radical à atitude diarética dos símbolos verticalizantes. É uma atitude mental onde o negativo reconstitui o positivo, onde a queda e conseqüente permissão para ser engolido ultrapassam seus significados, e revelam o acolhimento da intimidade e o prevalecimento do herói engolido. Aqui também cabem, novamente, os arquétipos de conteúdo e continente.

É uma grande epifania imaginativa da angústia decorrente da passagem do tempo. A queda motiva uma dominante reflexa surgida desde o nascimento, onde o ser humano vivencia seu primeiro medo. Fortifica a vertigem. A queda se relaciona com movimento rápido e trevas.

A vertigem dificulta a ascensão, e quando sentida determina inibição do psiquismo e manifesta reações neurofisiológicas desagradáveis e angustiantes. *“A vertigem é um lembrar brutal da nossa humana e presente condição terrestre”* (Durand, G., 1989, p. 80).

Esta simbologia acomoda, reconcilia, administra os sentimentos angustiantes relacionados com precibilidade e temporalidade, e nos lembra o poema de Virgílio:

*...”Adeus florestas! Precipitar-me-ei do alto de um rochedo aéreo;
Este presente extremo, recebei-o de um que morre”...*

(Virgílio, 1982, p. 133)

METAMORFOSE

Apareceram, de modo repetitivo, imagens que projetam o gesto da doação como um evento modificador do cerne do doador.

Seguem alguns exemplos:

...”este transplante me transformou para melhor”...

...”eu divido minha vida em duas fases: antes e depois da operação”...

...”eu sonhava muito com ele bom, até mais velho, é engraçado, uma vez sonhei com ele de cabelos brancos (o receptor só tinha 17 anos quando foi transplantado). Havia sempre uma árvore por perto... e eu estava mais jovem do que sou”...

...nos meus sonhos sempre apareciam borboletas”...

A referência às borboletas, mariposas, foi significativamente repetitiva.

O tema da metamorfose é rico simbolicamente. A etnografia revelou que as mudanças de estado interior, o alargamento das visões de mundo dos doadores, foram importantes e pareceram ser definitivas. E as imagens e símbolos que foram reveladas na análise simbólica da narrativa também estão associados com transformação definitiva de um estado para outro. Borboletas, mariposas, são estados sem volta dos seres que um dia foi apenas seus “imago”: a crisálida.

Estes símbolos revelam a vontade do que está no mais recôndito da mente para se configurar através da capacidade imaginativa.

PLURALIDADE

A ocorrência redundante de mitemas relacionados com o plural foi identificada na narrativa relacionada com a pluralidade do rim.

Eis alguns exemplos, agora, transcritos:

...”não me custou muito tirar um rim, pois a gente tem dois, né?”...

*...”se fosse **um**, aí sim, não podia dar...mas **são dois**”...*

*...”minha mãe dizia, quem tem **duas coisas**, na verdade **tem uma**, assim (ri) já sabendo disso, não me custou muito ficar mesmo **com um** só rim”...*

*...”melhor seria se tivesse **três**, em vez de **dois**”...*

Concordando com G. Durand (1989, p. 197), a pluralidade começa com dois. Ela é frequentemente encontrada na simbologia do sagrado agrícola, o que remete para a ideação de abundância e também da totalidade.

Entretanto, o “dois” também simboliza a oposição e o conflito. Simboliza, também, o equilíbrio e a viabilidade de ambivalências. Ele institui a possibilidade do movimento: do ir e voltar (entre o “um” e o “dois”). O “dois” instaura a dialética, a reciprocidade, e a ritmicidade (dia/noite - noite/dia), que é bem representado pelo dualismo chinês do “yin-yang”, simbolismo que reflete a continuidade progressiva dos contrários, o fluxo permanente.

Ao doar um dos rins, o doador será portador apenas de “um” rim. Na narrativa o número “um” apareceu com uma notável repetitividade. O número “um” se superpõe a representação do homem ereto, do falo, enfim da verticalidade. O “um” reflete o princípio, a atividade criadora, o fulcro místico, unificador e poderoso. Um poder capaz de dar vida, de restaurar saúde, e é o que realiza o doador ao ficar resumido a “um” só rim concedendo o direito ao receptor de ficar com “um” outro.

CORTADORES DE LIAME

Esta simbologia apareceu, na "obra", com muita frequência sob a forma de fio e feitiço.

Eis alguns exemplos:

*... "vida por **um fio**"...*

*... "a doença do rim **amarra** o doente, e quem é responsável por ele"...*

*... "o meu rim, eu sei, foi a **corda** que **amarr**ou ele na vida"...*

*... "não sei, me disseram que a doença dela foi **coisa feita**"...*

*... "claro que eu recorri a tudo, poderia ser **feitiço**"...*

A simbologia de ruptura da ligação merece umas considerações. Ela pode ser considerada organizada pelo "schème" da reparação cortante entre o bem e o mal (Durand, G., 1989, p. 112). São símbolos e imagens carregados de ambivalência, de modo que o corte pode estar conectado com purificação. Portanto, o que é cortador também pode ser atador. Sabemos que o doador renal está cortando o liame, a intimidade do seu próprio rim (afastando-o do seu contexto anatômico), mas está atando, amarrando a vida do receptor através da doação.

O fio e os instrumentos de **tecelagens** são símbolos do devir.

O fio é o símbolo da ligação, de **continuidade** (lembremo-nos do Fio de Ariadne¹¹), que permitiu uma ligação entre o “**entrar**” e o “**sair**” do labirinto de Cnossos. É símbolo do destino humano, do **perigo de morte**. Para G. Durand “o elemento que é a imagem direta das “**ligações**” **temporais**, da condição humana ligada à consciência do tempo e à maldição da **morte**” (Durand, G., 1989, p.77).

Existe uma correlação entre **ligar** e “**enfeitiçar**”, daí que foi feita a equivalência dos dois símbolos **redundantes** na **narrativa**.

MEDIADOR

Existiram mitemas reverberantes **relacionados** com mediação, na narrativa:

Alguns exemplos são reproduzidos:

...“Ah! **Deus realizou sua obra**, por meu intermédio”...

...“eu **fui apenas um meio** para que ela sobrevivesse”...

...“**não sei, não, eu acho** que meu corpo, minha saúde, um órgão, **serviram de anteparo** para a morte que era inevitável”...

¹¹ Filha de Minos e Pasífae. Deu um novelo de **fio** para Teseu se **orientar** no Labirinto, quando foi lutar com o Minotauro (Brandão, 1991).

Nesta simbologia é percebido a prevalência da dialética das oposições e a execução da harmonização dos contrários, aqui dramaticamente elaborados: Deus, o incomensurável, agiu através, mediado pela pequenez do doador, um ser humano, finito, mortal torna-se capaz de mediar com a morte...

As imagens e símbolos surgiram, algumas vezes, eufemizadas. A doença renal (doença grave, irreversível, e martirizante) apareceu representada de forma amenizada:

*... "seu **mal-estar** começou quando ele tinha 15 anos"...*

*... "se tirasse essa **fraqueza**, sua saúde voltava"...*

*... "**essa coisa que aconteceu, foi um freio na vida dele**"...*

ALIMENTOS

Os mitemas relacionados com a simbologia alimentar e nutricional foram redundantes e, além da repetitividade, a convergência de significação possibilitou identificá-los:

Seguem, alguns, exemplos retirados da narrativa:

*... "eu me preocupo muito com a **alimentação dele**... Organizo tudo aqui em casa... como você vê, no momento sou solteiro e o concurso feminino aqui, é apenas de uma*

secretária diarista... mas nunca lhe faltam as frutas, o leite, o queijo... mais do que desestimular, eu praticamente proíbo que ele coma carne... Acho muito maléfico se comer carne”...

Outro recorte da “obra”:

...”Ah! o sofrimento era grande, quando eu via a dieta que ele era obrigado a fazer... Se ele fugia do regime (dietético), os médicos ficavam umas araras e tinham razão, pois ele inchava, ficava cansado. Sal então, não podia comer, nem um pouquinho”...

Novamente o tema alimentar:

...”sabe um dos maiores prazeres que tive? Foi ver minha filha comendo bem, sem ter de deixar de se alimentar...minha impressão é que comida e vida têm de conviver junto”.

Esta simbologia remetendo-se à descida através do trato digestivo e o refúgio reconfortante, protetor, e translúcido das imagens internalizantes, se fez redundantemente presente.

A vivência sofrida e desgastante, apenas cronicamente suportável, sofre uma adequação estratégica pelo imaginário em um contexto de circularidade e ritmicidade.

A digestão e os fatos relacionados com ela, tais como: alimentação, alimentos, entre outros, pressupõem fagia nutritiva e excreção circularmente contínuos. A ingestão leva à assimilação dos nutrientes implicando numa consequente excreção do inútil. Mas, o inútil exteriorizado se continua útil para

fertilizar a semente que dará origem aos novos nutrientes. O ciclo se fecha e permite uma circularidade contínua. Portanto, excreta e reprodução de alimentos são idéias contínuas pois existe uma relação entre adubamento e fertilização. Assim, essa simbologia está atrelada a representação dos ciclos e dos ritmos (Durand, G., 1989, pp. 193-254).

O rim doado, visível enquanto imagem e palpável macroscopicamente, alimentará e adubará ao mesmo tempo o viver existencial do receptor.

As constelações de imagens, referidas na temática do ciclo, têm a funcionalidade de dominar o próprio tempo. Essas imagens se fundem numa integração contínua, sequenciada, e absorvem todas as outras atitudes do imaginário. Elas pertencem ao Regime Noturno e por se organizarem, sintetizadamente, harmonizando as imagens das estruturas heróica e mística recebem a denominação de estrutura sintética.

Assim, a estrutura sintética harmoniza os contrários convivendo bem com a ambivalência. Na verdade, esta estrutura com suas imagens e simbologias, muito mais do que viabilizar o descanso por capacidade adaptativa, permite o parecimento de uma energia dinâmica que representa um acordo entre adaptação e harmonização.

A estrutura sintética faz seu intercâmbio com o biológico, através da dominante reflexa copulativa (desde o nascimento e submetendo-se às injunções culturais) via percepções rítmicas da música e cinestésicas outras. Seus arquétipos fundamentais são: arquétipo do filho, do Deus plural, e da roda.

A “obra” analisada neste sub-capítulo, através do simbolismo nela existente, revelou que o imaginário confere lógica e coerência à doação e torna o doador (ator fundamental do processo de transplantação) portador de forças imaginativas, com poderes de mantê-lo mentalmente saudável durante e depois da efetivação do gesto. Percebemos, claramente, que existem na “obra” atitudes imaginativas diferenciadas. E elas, mesmo opostas, tornam o doador renal capaz de suportar as pulsões subjetivas e os impelimentos sociais envolvidos com a doação. Existiu, na “obra”, símbolos e imagens que parecem ter sido capazes de fazê-lo motivar-se para o gesto dativo.

O arquétipo heróico se tornou evidente na análise mitocrítica do “texto”. Também foi predominante a presença dos arquétipos da mãe e do sacrifício. Imaginativamente, o doador renal da amostra (de modo menos relevante) assumiu um imaginário gerenciado por arquétipos da iniciação e do duplamente nascido. Essas estruturações mentais foram definidas e interpretadas através de mitemas redundantes, que por similitude de significâncias convergiram para pacotes de imagens que trafegaram dinamicamente entre a inconsciência senso-motora reflexa e as representações envolvidas com a dádiva renal.

Os símbolos e imagens, abduzidos da análise do “texto discursivo” resultante das entrevistas transcritas, revelam que as aspirações de ascese, as atitudes sacrificiais, as forças geradoras pela maternidade, parecem ter sido as maiores alavancas propulsoras do gesto dativo.

O doador renal, simbolicamente analisado aqui, parece ter usado seu imaginário no sentido de discutir e administrar as forças do destino, o curso do tempo, e a inevitabilidade da morte, através dos arranjos realizados ou por meio das

estruturas heróica, ou mística, ou sintética. De acordo com Rocha Pitta: *“estas três estruturas correspondem a três maneiras diferentes de enfrentar a angústia existencial, fazendo-lhes face com as armas na mão, construindo uma harmonia da qual ela é excluída, diluindo-a numa continuidade temporal que trará talvez uma solução”* (Rocha Pitta, 1984a). Como se houvesse um movimento de continuidade alternado, estabelecendo entre as três uma conformação ternária na qual não coubesse nenhuma tensão qualitativa entre seus limites, e permitindo que ela seja um sistema aberto.

Do exposto, sugerimos que um caminho antropológico foi percorrido pelo imaginário do doador, caminho este que foi representado pelo seu próprio mundo subjetivo (tônus afetivo, ânima, hesitações, medos, e virtudes) correlacionado com as imposições do mundo social que sua cultura lhe fez herdar.

O amor e a solidariedade que materializaram o gesto da doação, entretanto, foram frutos de uma intensa discussão com Tanatos¹² e obrigaram uma paciente domesticação de Cronos¹³. Neste esforço imaginativo, o doador se permitiu estar muito próximo de atingir a *Graça*.

¹² Gerado por partenogênese de Nix. Figura mitológica relacionada com a morte (Brandão, 1991).

¹³ Filho de Urano com Géia e pai de Zeus. Associado ao tempo (Brandão, 1991).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a doação renal não extrapola as regras da teoria da dádiva nem as estratégias e consequências da reciprocidade, e que o ato da doação do rim realizado por um indivíduo saudável mereceria o estudo do seu imaginário.

Para situar nossa problemática procuramos rastrear inicialmente os caminhos percorridos pelo transplante, desde os instantes em que ele ocupou os espaços da imaginação da humanidade, seja no mundo das mitologias, seja no universo dos milagres, seja na operacionalização científica.

Tivemos, ainda, a necessidade de discutir as implicações do enxerto, segundo sua aceitação ou rejeição imunológica, no sentido de parametrar a aceitação psicológica da dádiva do rim.

No entanto, devido à especificidade do nosso objeto de estudo foi necessário estreitar a transplantação ao transplante renal, e colocá-lo em face de suas relações com a ética, a lei, e a religião.

Mostramos que no grupo estudado as mulheres se dispõem mais que os homens para o ato dativo, e se são mães dos seus receptores elas tendem a correlacionar a doação com a maternidade; enquanto que os homens que fazem doações para filhos associam seus gestos com a obrigação e o dever de salvá-los.

Mostramos, também, ao correlacionarmos a doação renal inter-vivos com religião, que as ideologias e práticas espíritas, na amostra pesquisada, remetem sua doação para uma origem pretérita do gesto.

Em maior ou menor escala, variando de acordo com a biografia do doador da amostra, a doação acha-se associada a idéia de sacrifício onde o doar reflete uma obrigação a ser realizada, ressarcimento de dívidas antepassadas, propiciamento de ganhos cármicos, e esta atitude sacrificial é refletida no temor de que venha ocorrer uma rejeição imunológica no órgão doado.

O modelo da doação renal inter-vivos, no grupo estudado, se enquadra no esquema teórico do dom: obrigação dativa, receptiva, e retributiva. A reciprocidade é do tipo generalizado e se fez presente, principalmente, através de trocas simbólicas, dentre as quais se salientam: exercício de poder, aquisição de prestígio e respeitabilidade, e reconhecimento de heroísmo. Por outro lado, a doação permitiu ao doador reavaliar sua auto-estima e incrementá-la. Desempenhando a doação uma argamassa, capaz de estreitar os laços de parentesco e a coesão do doador com a sociedade.

As imagens e símbolos de mãe, maternidade, filho, ventre, e mar demonstram a presença dos arquétipos da mãe, da moradia, da substância. Do mesmo modo que as imagens e símbolos da luz, escada, asa e água lustral confirmam a presença de atitudes imaginativas no doador renal que remetem a ascese e elaboram o arquétipo do herói. Corroboram a presença desse arquétipo heróico nos doadores renais estudados, a simbologia da cicatriz, ferimento, e mutilação.

Reconhecemos, também, o arquétipo do sacrifício no grupo de doadores estudados, assim como os arquétipos de continente e conteúdo. Imagens e símbolos representativos de separação e aproximação, atar, desatar, cortar, foram detectados.

Demostramos a presença de angústia, no grupo estudado, através de imagens e símbolos que expressam: queda, descida, vertigem, e passagem do tempo. Completam o padrão simbólico do doador renal, analisado neste trabalho, imagens e

símbolos relacionados com a pluralidade: dois, guia, e alma, bem como aqueles que refletem metamorfose.

Evidenciamos que o imaginário dos doadores renais, aqui estudado, confirma os achados etnográficos e estabelece as raízes mais profundas da doação realizada.

Nos resta concluir: que a doação renal inter-vivos, tanto pela motivação de sua ocorrência (que, até certo ponto, parece estar relacionada com a regeneração do tônus psíquico do doador), quanto da possibilidade de se tornar inútil através da rejeição, e pela minimização fisiológica, embora virtual, que determina no doador, deveria ser substituída pela doação a partir de cadáver.

Seria ingenuidade, além de pretensão, admitir que esta Dissertação encerrasse o estudo do doador de órgão, quiçá do doador renal vivo. Primeiramente, porque a doação de órgão é ampla em seu horizonte e profunda na sua espessura. Em segundo lugar, porque uma Dissertação de mestrado é na verdade um aprendizado. Ela confere ao pesquisador maior visibilidade, no sentido de torná-lo capaz de vislumbrar os caminhos de como se aproximar da problemática proposta. Nunca esse vislumbramento atinge a nitidez que permita o conhecimento da verdade em sua integridade. Então, consideramos este trabalho como uma chegada às fronteiras do desconhecido, e a descoberta de que se tem muito mais a procurar do que o pouco que foi possível interpretar.

Necessário se faz realizar uma avaliação crítica do trabalho baseada em suas falhas e virtudes, sejam elas de caráter pessoal sejam teórico-metodológicas, e

que esta avaliação sirva de motivação para revisar o estudado ou propiciar novas inferências.

Portanto, devemos assinalar que não realizamos um estudo comparativo entre os doadores renais e seus respectivos receptores, seja do ponto de vista etnográfico seja do ponto de vista simbólico.

Não investigamos predominância de arquétipos nos doadores do grupo.

Ao escrever este capítulo reconhecemos que futuras investigações são necessárias, e elas não só ampliarão e verticalizarão o conhecimento sobre a doação de órgão e o doador renal, mas também, e principalmente, complementarão os passos iniciados por esta Dissertação:

1- estudo comparativo entre doadores renais cujos enxertos permaneceram funcionantes nos seus receptores *versus* doadores que tiveram seu rim rejeitado imunologicamente;

2- um estudo comparativo entre doadores renais cujos receptores sobrevivem *versus* doadores renais cujos receptores faleceram por causas que independem da rejeição;

3- um estudo comparativo entre doadores renais vivos *versus* os responsáveis legais pela autorização da utilização do rim de cadáver.

4- um estudo comparativo entre doador renal vivo *versus* doadores de outros materiais biológicos (naturalmente substituíveis pela fisiologia orgânica, como sangue, medula óssea, entre outros).

Sem esquecer quão interessante seria ver os aspectos que esta Dissertação levanta na ótica do receptor.

Há apenas que acrescentar que a validade das leituras, a laboratividade das entrevistas e suas transcrições, o esforço interpretativo e a obediência à disciplina metodológica, trouxeram muito mais alumbramento de conhecer o que foi possível do fascinante objeto pesquisado, do que fadigas ou ansiedades.

ABSTRACT

The present Dissertation pursues to study the kidney's donor as an individual contextualized in his society and the different ways he represents it seeking for a relation linked to his biography. It's also an attempt to identify how kidney donation has affected the donors' life and also his world's view as well as to analyse the reasons which had headed him for the donation. In the current research some emphasis was given to the investigation of the most representative images which compose the doner's symbolic universe.

This study is based on a research which was carried out among kidney doners and technicians involved with kidney transplants in Recife along 1993 and 1994, respectively.

As a point of departure, ethnography was taken and then submitted to two different kinds of interpretation - a comprehensive annalisys of ethnological data and a symbolic annalisys of the doner's discourse: - the first methodological strategy lies on an objective reality depicted by the doner's discourse. Therefore it was submitted to a mythocritic approach which enabled the researcher to interpret subjective realities such as the correlation between the doner and his role in the society, his family relationship and also the rapport between him and the receiver.

Secondly, using methodological instruments one can detect how images are organized around the donation act. Through a research, the imagenary showed how it is used to keep bio-phsych-social adjustments that provide a dynamic balance to the doner. The methodology applied here allowed us to see and reveal remarkable tendencies indicating that there are several driving impulses which altogether constitute a driving force to the donation. At last, one tries to state here that renal doner's discourse, either under a linear or a simbolic interpretattion, indicates subliminar reasons which go beyond the ones usually accepted as common-sense.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ABBAS**, Abul K.; **LICHMAN**, Andrew H.; & **POBE**, Joran S. Immunology. 2 ed. W. B. Saunders, 1994 - Pensilvania.
2. **ARANHA**, Maria Lúcia de A. & **MARTINS**, Maria Helena P. Filosofando (Introdução à Filosofia). Editora Moderna Ltda, 1991 - São Paulo.
3. **ARAÚJO**, José J.; **IANHEZ**, Luiz E.; **GOES**, Gilberto M.; & **SABBAGA**, Emil. Transplante Renal com Doadores Pais. Comparação dos Resultados entre Doador Materno e Paterno. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 7 (3) : 76-78, 1985.
4. **AUGÉ**, Marc. A Construção do Mundo. (Religião, Representações, Ideologia). Edições 70, 1974 - Lisboa.
5. **BACHELARD**, Gaston. A Água e os Sonhos. Ensaio sobre a Imaginação da Matéria. Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1989 - São Paulo.
6. _____ O Ar e os Sonhos. Ensaio sobre a Imaginação do Movimento. Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1990 - São Paulo.
7. **BADINTER**, Elisabeth. Um Amor Conquistado. O Mito do Amor Materno. Nova Fronteira, 1980 - Rio de Janeiro.
8. **BATALHA**, Eduardo & **CASTRO**, Viveiros. 104 Mitos Indígenas nunca Publicados (A Redescoberta do Etnólogo Teuto-Brasileiro). Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Publicação da Fundação Pró-Memória vinculada à Secretaria do Patrimônio Nacional e Artístico do Ministério da Cultura, 21 : 64-112, 1986.
9. **BERNHEIM**, G. Ethique Juive et Transplantation. IN: Ethique et Transplantation. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.

10. BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. 3 ed. Edições Graal Ltda, 1989 - Rio de Janeiro.
11. BONNAURE, Heraud. La Projection de la Personnalité a Travers les Créations de l'Imaginaire. Annales du Centre d'Enseignement Supérieur de Chambéry, 8: 187-207, 1970.
12. BORGES, Neulands. A Construção Social da Doença: Um Estudo das Representações sobre o transplante Renal. IN: LEAL, Ondina F. Corpo e Significado (Ensaio de Antropologia Social). Editora da Universidade / UFRGS, 1995 - Rio Grande do Sul.
13. BOUBAKEUER, D. Ethique Islamique et Transplantation. IN: Ethique et Transplantation. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.
14. BRANDÃO, Junito. Dicionário Mítico - Etimológico da Mitologia Grega. Editora Vozes Ltda, 1991 - Rio de Janeiro. 1v.
15. _____ Dicionário Mítico - Etimológico da Mitologia Grega. Editora Vozes Ltda, 1991 - Rio de Janeiro. 2v.
16. BRENT, Leslie; FABRE, John W.; ELVES, Michael W.; SELLS, Robert A.; & RAPAPORT, Felix T. Transplantation Today. Grune & Stratton, 1983 - London. 7v.
17. BRUMANA, Fernando G. Antropologia dos Sentidos. (Introdução às Idéias de Marcel Mauss). Editora Brasiliense S.A., 1983 - São Paulo.
18. CENTRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (CIS - EPM). V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante Renal. Escola Paulista de Medicina, 1994.
19. CHEVALIER, Jean & GHEERBRANT, Alain. Dicionário de Símbolos. 3 ed. José Olympio Editora, 1990 - Rio de Janeiro.

20. CHODOROW, Nancy. Psicanálise e Maternidade = Uma Crítica a Freud a partir da Mulher. Rosa dos Ventos, 1978 - Rio de Janeiro.
21. CUNHA, Antonio G. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa. 2 ed. Editora Nova Fronteira S.A., 1992 - Rio de Janeiro.
22. DEGOS, Laurent. Les Greffes D'Organes. 1 ed. Dominos / Flammarion, 1994 - France.
23. DINECHIN, O. Position De L'Eglise Catholique Sur Les Transplantations. IN: Ethique et Transplantation. Ce 5 Séminaire de Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.
24. DURAND, Gilbert. A Imaginação Simbólica. 10 ed. Cultrix Ltda, 1964 - São Paulo.
25. _____ Mito, Símbolo e Mitodologia. 1 ed. Editorial Presença, 1981 - Lisboa.
26. _____ Mito e Sociedade : A Mitanálise e a Sociedade das Profundezas. 1 ed. A Regra do Jogo, 1983 - Lisboa.
27. _____ As Estruturas Antropológicas do Imaginário. 1 ed. Presença, 1989 - Lisboa.
28. DURAND, Yves. La Formulation Experimentale de L'Imaginaire et ses Modèles. Circé, 1, 1969.
29. _____ L'Exploration D'Imaginaire. Introduction à la Modélisation des Univers Mythiques. L'Espace Bleu, 1988 - Paris.
30. DURKHEIM, Emile. As Formas Elementares da Vida Religiosa. Edições Paulinas, 1989 - São Paulo.
31. ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. By Encyclopaedia Britannica, Inc, 1966.

32. FERREIRA, Jacqueline. Semiologia do Corpo. IN: LEAL, Ondina F. Corpo e Significado (Ensaio de Antropologia Social). Editora da Universidade - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 1995 - Rio Grande do Sul.
33. FREUD, Sigmund. Obras Psicológicas Completas. Imago Editora Ltda, 1969 - Rio de Janeiro. 23 v.
34. GAZENEUVE, Jean & VICTOROFF, David. Dicionário de Sociologia. Verbo, 1982- Lisboa.
35. GRÜNSPUN, Haim. Distúrbios Neuróticos da Criança. 2 ed. Livraria Atheneu S.A., 1966 - Rio de Janeiro.
36. HOEBEL, Adamson & FROST, Everett L. Antropologia Cultural e Social. Editora Cultrix, 1976 - São Paulo.
37. HORKHEIMER, Max & ADORNO, Theodor W. Temas Básicos da Sociologia. 2 ed. Editora Cultrix, 1978 - São Paulo.
38. HOUAISS, Antônio (Org.) Pequeno Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse. Editora Larousse do Brasil, 1979 - Rio de Janeiro.
39. IANHEZ, Luiz E. Transplante Renal no Brasil: História, Evolução e Problemas Atuais. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 16 (1) : 5 - 16, 1994.
40. _____; ARAÚJO, José J. F.; GOES, Gilberto M.; & SABBAGA, Emil. Transplante Renal com Doadores Pais. Comparação dos Resultados entre Doador Materno e Paterno. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 6 (1) : 76-78, 1993.
41. JUNG, C. G. Tipos Psicológicos. Editora Vozes, 1978 - Rio de Janeiro.
42. KOUCHNER, Annie. Les Trafics d'Organes. IN: L'Express, 25 de maio de 1990.
43. KÜSS, René & BOURGET, Pierre. Une Histoire Illustrée de la Greffe d'Organes - La Grande Aventure du Siècle. Sandoz, 1992 - France.

44. LA PORTA, Ernesto M. Estudo Psicanalítico dos Rituais Afro- Brasileiros. Livraria Atheneu, 1979 - Rio de Janeiro.
45. LEPARGNEUR, Hubert. Lugar Atual da Morte. Edições Paulinas, 1986 - São Paulo.
46. LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural. 1 ed. Edições Tempo Brasileiro Ltda, 1975 - Rio de Janeiro.
47. _____ As Estruturas Elementares do Parentesco. 1 ed. Editora da Universidade de São Paulo / Editora Vozes Ltda., 1976 - São Paulo / Rio de Janeiro.
48. LOBO, Antonio. Dicionário de Filosofia. 2 ed. Platano Editora, S.A., 1989 - Lisboa.
49. MAFFESOLI, Michel. O Paradigma Estético (A Sociologia como Arte). Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - Publicação da Fundação Pró-Memória vinculada à Secretaria do Patrimônio Nacional e Artístico do Ministério da Cultura, 21 : 113 - 117, 1986.
50. MALINOWSKI, Bronislaw. A Vida Sexual dos Selvagens. 2 ed. Edição Francisco Alves, 1983 - Rio de Janeiro.
51. MARTINS, Carmem T. B. Dados Comparativos com Registros Internacionais. IN: V Registro Brasileiro de Diálise e Transplante Renal - Centro de Informática em Saúde / Escola Paulista de Medicina (CIS - EPM), 1994.
52. MAURON, Charles. Des Mèthaphores Obsédant au Mythe Personnel. Libraire Jose Corti, 1962 - Paris.
53. MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a Dádiva. Perspectiva do Homem / Edições 70, 1973.
54. _____ Sociologia e Antropologia. Editora Pedagógica e Universitária Ltda / Editora da Universidade de São Paulo (EPU / EDUSP), 1974 - São Paulo. 2 v.

55. _____ Ensaio de Sociologia. Editora Perspectiva S.A., 1981 - São Paulo.
56. MICELA, Rosaria. Antropologia e Psicanálise (Uma Introdução à Produção Simbólica, ao Imaginário, à Subjetividade). Editora brasiliense S.A., 1982 - São Paulo.
57. MONEY- KYRLE, M. A. R. The Meaning of Sacrifice. Thesis approved for The Degree of Doctor of Philosophy in The University of London. Published by Leonard & Virginia Woolf at The Hogarth Press, 1929.
58. MORIN, Edgar. O Método (A Natureza da Natureza). Publicações Europa - América. Gráfica Europam, Ltda., 1977. 1 v.
59. _____ O Enigma do Homem (Para uma Nova Antropologia). 2 ed. Zahar Editores, 1979 - Rio de Janeiro.
60. MOSCOVICE, Serge & HEWSTONE, Miles. De La Science au Sens Connu. IN: Psychologie Sociale, 1986 - Paris.
61. MOTTA, Roberto M. C. Xangô e Estratégias de Sobrevivência. Condição de vida no Nordeste Brasileiro. HUCITEC / CNPq, 1984 - São Paulo.
62. _____ Edjé Balé. Alguns Aspectos do Sacrifício no Xangô de Pernambuco. Tese de Concurso para Professor Titular de Antropologia, no Departamento de Ciências Sociais do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, 1991.
63. MOULIN, A. M. Droit a la Santé et Droit a la Transplantation: La Compatibilité Culturelle. IN: Ethiqué et transplantation. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.
64. NAU, Jean- Yves. La Loi de L'Offre et de La Demande. Le Monde, 15 de janeiro de 1991.

65. NEUMANN, Jorge & KALIL, Jorge. Desenvolvimento dos Transplantes Renais no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 11 (3) : 71-75, 1989.
66. NOVAES, S. L' Ethique du Don. IN: Ethiqué et Transplantation. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.
67. OLIVEIRA, Roberto C. & FERNANDES, Florestan. Mauss. Editora Ática S.A., 1979 - São Paulo.
68. PANOFF, Michel & PERRIN, Michel. Dicionário de Etnologia. Edições 70, 1973 - Lisboa.
69. PERRUSI, Artur F. A. Toda Loucura Será Castigada. Tese de 'Mestrado' em Sociologia - Universidade Federal de Pernambuco, 1992.
70. PESTANA, José O. M.; RAMOS, Oswaldo L.; & AJZEM, Horácio. Guia Clínico para o Transplante Renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 14 (2) : 67-86, 1992.
71. PLAJA, A. O.; COHEN, L. M.; SAMORA, S. La Comunicación entre el Médico y el Paciente en las Consultas Externas. *Educación Médica y Salud*, 3 (3) : 217-257, 1969.
72. PLATÃO. Diálogos. Edições Ouro - Editora Tecnoprint S.A., s/d - Rio de Janeiro. 1 v.
73. PORTO, C. C. Exame Clínico. 2 ed. Guanabara Koogan, 1992 - Rio de Janeiro.
74. PRODI, Giorgio. O Indivíduo e sua Marca : Biologia e Transformação Antropológica. Editora UNESP da Fundação para o Desenvolvimento da Universidade Estadual Paulista (FUNDUNESP), 1993.
75. QUERE, F. Position de L'Eglise Protestante sur les Transplantations. IN: Ethiqué et Transplantation. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé sous le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.

76. **REGISTRO BRASILEIRO DE DIÁLISE E TRANPLANTE RENAL (V)**. Centro de Informática em Saúde - Escola Paulista de Medicina (CIS - EPM), 1994.
77. **RICOEUR**, Paul. Teoria da Interpretação. 1 ed. (1976). Edições 70, s/d - Lisboa.
78. **ROAZZI**, Antonio; **ANDRADE**, Iraci B.; & **ANDRADE**, Amaro. A Relação do Doente Renal com a Máquina de Hemodiálise e o Transplante: Uma Análise dos Componentes Psicológicos. Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Nefrologia, 21-15 de outubro de 1990 - Recife.
79. **ROCHA PITTA**, Daniele P. (Org.) Padronização do Teste AT-9. Patrocinado pela Fundação Joaquim Nabuco (Inédito), 1984a - Recife.
80. _____ (Org.) O Imaginário e a Simbologia da Passagem (Anais do II Ciclo de Estudos sobre o Imaginário). Fundação Joaquim Nabuco / Editora Massangana, 1984b - Recife.
81. **RODRIGUES**, José A. & **FERNANDES**, Florestan. Durkheim. Editora Átila, S.A., 1978 - São Paulo.
82. **RODRIGUES**, José C. Tabu do Corpo. Achiamé Ltda., 1979 - Rio de Janeiro.
83. **ROITT**, I.; **BROSTOFF**, J.; & **MALE**, D. Immunology. Gower Medical Publishing, 1989 - London.
84. **SAHLINS**, Marshall D. Sociedades Tribais. 3 ed. Zahar Editores, 1983 - Rio de Janeiro.
85. **SALEM**, Tânia. O Velho e o Novo: Um Estudo de Papéis e Conflitos Familiares. Editora Vozes, 1980 - Rio de Janeiro.
86. **SANTOS**, Theobaldo M. Lendas e Mitos do Brasil. 2 ed. Companhia Editora Nacional, 1955 - São Paulo.
87. **SERVICE**, Elman R. Os Caçadores. Zahar Editores, 1971 - Rio de Janeiro.

88. **STOLCKE**, Verena. La Investigación con Datos Cualitativos. Concurso de Pesquisas sobre Direitos Reprodutivos pela Fundação Carlos Chagas, PRODIR, 1991 - São Paulo.
89. **STORR**, Anthony. As Idéias de Jung. Cultrix, 1973 - São Paulo.
90. **TEODÓSIO**, Marta R.; **PEREIRA**, A. B.; **NAGÃO**, A.; & **MAGALHÃES**, M. F. IgA Secretória na Urina de Crianças Portadoras de Infecção do Trato Urinário (ITU) e Diferentes Estados Nutricionais: Seguimento de 12 meses. *Jornal de Pediatria*, 69 : 300, 1993.
91. _____; **OLIVEIRA**, Eliane C. M.; **ANTUNES**, M. T.; **FREITAS**, C. L. C.; & **ARRUDA**, S. M. B. Estudo Multicêntrico de Litíase Renal do Brasil - Pernambuco. IN: **SCHOR**, Nestor (Org.) *Calculose Renal : Fisiopatologia, Diagnóstico, Tratamento*. Sarvier, 1995 - São Paulo.
92. **THOUVENIN**, D. Ethiqué et Loj. IN: *Ethiqué et Transplantation*. Ce 5 Séminaire du Club de la Transplantation a été placé le haut patronage du Ministère de la Santé, 1993.
93. **VIRGÍLIO**. Bucólicas. A Montanha Edições, 1982 - Botucatu, São Paulo.

ANEXOS

GLOSSÁRIO

- Ablação**__ do latim **abatio** (tirar). Retirada cirúrgica de um órgão.
- ABO (grupos)**__ tipos em que é classificado o sangue, cujo critério é a compatibilidade dos seus glóbulos e soro, com glóbulos e soro de outra pessoa. Os tipos sanguíneos são usados como barreiras imunitárias que não podem ser transgredidas na transfusão de sangue e no transplante de órgãos.
- Sangue tipo A- tipo sanguíneo determinado pela presença de uma proteína na superfície do eritrócito, que é transmitida hereditariamente.
- Sangue tipo B- tipo sanguíneo determinado pela presença de uma proteína na superfície do eritrócito, que é transmitida hereditariamente.
- Sangue tipo O- tipo sanguíneo determinado pela ausência das proteínas anteriormente citadas, seja do tipo A ou seja do tipo B.
- Adrenal**__ do grego **ad** (perto) e **renal**. Glândula de secreção interna localizada muito perto do rim, acima dele, com múltiplas funções endócrinas.
- AIDS**__ sigla que se traduz por síndrome de deficiência imunológica adquirida. Nela existe uma profunda imunossupressão da resposta imune, caracterizada pela diminuição seletiva dos linfócitos T4, com fortes evidências que seja determinada por um vírus denominado HTLV (Human T cell lymphocytotropic vírus).
- Anastomose**__ do grego **ana** (com) e **stoma** (boca). Formação cirúrgica ou patológica de uma passagem, boca, ou comunicação entre dois espaços ou órgãos normalmente separados.
- Anticorpo**__ substância específica do sangue e líquidos do corpo de animais imunes, sintetizada pelo linfócito B como resposta à introdução de um antígeno ou elemento estranho ao organismo.; o anticorpo é reconhecedor do antígeno que justificou sua síntese. Tem caráter proteico (imunoglobulinas). Na espécie humana existem cinco classes de anticorpos: IgG, IgA, IgM, IgE e IgD.
- Antígeno**__ do grego **gennân** (produzir). Denominação genérica para qualquer substância ou material, que introduzido no organismo é capaz de provocar a formação de um anticorpo específico, que posteriormente o reconhecerá.
- Artéria**__ do grego **aer** (ar) e **terein**. Admitiam os antigos, que as artérias eram preenchidas de ar. Vaso sanguíneo que leva sangue do coração para todas as outras partes do corpo.
- Arteriografia cerebral**__ exame complementar diagnóstico, que com o auxílio de uma substância contrastante acompanha o trajeto das artérias do cérebro.
- Autoenxerto** (enxerto autólogo, isoenxerto) __ enxerto transplantado de um indivíduo para ele próprio.
- Bacilo**__ do latim **bacillus** (varinha, bastonete). Microorganismo que assume a forma de bastonete.
- Cápsula**__ do latim **capsa** (caixa). Estrutura fibrosa ou membranosa que envolve um órgão.
- Complexo Principal de Histocompatibilidade**__ grupo de genes que codificam a reação de rejeição de órgãos. No homem ele é denominado **HLA**. As moléculas codificadas são apresentadores de antígenos, os quais são percebidos e captados pelos linfócitos T, na vigência da reação imunitária.
- Consanguíneo**__ do latim **consanguineus** (afim do plasma, dos glóbulos vermelhos e dos glóbulos brancos)
- Coto**__ expressão cirúrgica utilizada para denominar terminações término-terminais.
- Cross-Match**__ prova cruzada feita com o soro de pacientes candidatos a transplante de órgão e os linfócitos do candidato a doador, com o objetivo de detectar anticorpos citotóxicos no soro do receptor.
- Denervação**__ ato de cortar os nervos específicos de um dado órgão.

Diabetes__do grego **diá** (através de) subtenda-se rim, e **bainō** (passar). Doença caracterizada por poliúria (aumento da produção de urina), polidipsia (aumento da sede), polifagia (aumento da fome), hiperglicemia (aumento do teor de açúcar no sangue).

Difteria__do grego **diphthéra** (membrana) + ia. Doença infecciosa aguda, contagiosa, causada pelo *Corynebacterium diphtheriae*. Caracteriza-se pela produção de pseudomembranas ao nível de mucosas (faringe e laringe) e por fenômenos de intoxicação geral, devidos às toxinas produzidas por seu agente causador.

DNA__ácido presente nos núcleos das células. É uma macromolécula com funções codificadoras das informações genéticas. Sua estrutura é constituída de dois filamentos espiralados, cada um deles contendo uma das quatro bases simbolizadas por A, C, G ou T (adenina, citosina, guanina ou timina). Estas bases estão ligadas, obedecendo uma ordem com as do outro filamento, por meio de uma ponte de interligação. As sequências desse "alfabeto" da vida em um determinado trecho da espiral, escreve o caráter dos fatores hereditários do indivíduo.

Ectopia__do grego **ec** (fora) e **tópos** (lugar). Anomalia de posição ou de situação de um órgão.

EEG (Eletroencefalografia)__ do grego **electron** (eletricidade), **egképhalos** (encéfalo) e **grápho** (registrar). Método usado para o registro das correntes bioelétricas, produzidas pela atividade do cérebro.

Enxerto__do latim **insertare** (introduzir em). Material que é retirado de alguém e introduzido em outro. Material implantado.

Enxerto Alogênico__ (aloenxerto). Material transplantado em indivíduos da mesma espécie, porém geneticamente diferentes.

Enxerto autólogo__ (isoenxerto, auto enxerto). Quando a transplantação é feita de um indivíduo para ele próprio.

Enxerto Singênico__ (hetero enxerto). Do grego **sýn** (união). Quando o material transplantado pertence a um indivíduo geneticamente idêntico ao receptor.

Enxerto Xenogênico__ (xeno-enxerto). Do grego **xénos** (estranho, estrangeiro). Quando do o material transplantado é de doador pertencente a espécie diferente do receptor.

Filogênica__ do latim **phylum** (raça) e do grego **génes** (originar-se). Relativo à gradação evolutiva dos seres vivos.

Fossa ilíaca__ Cavidade que tem relação com o osso ilíaco ou flanco.

Gêmeo homozigótico ou idêntico__do latim **gemellus** (que nasceu do mesmo parto). São idênticos quando provém de um mesmo óvulo.

Gônadas__do grego **gónas, goné** (semente). Glândulas produtoras de gametas masculinos ou femininos: espermatozóide ou óvulo, portanto Testículos e Ovários.

Grupos tissulares__ou antígeno HLA, é a marca de reconhecimento existente na superfície das células, que está envolvida com a reação de rejeição dos transplantes.

Hemofiltração__processo que consiste na retirada de substâncias tóxicas (produtos finais, indesejáveis, do metabolismo).

Hepatite C__processo inflamatório do fígado, caracterizado por necrose ou morte das células hepáticas. Causada por vírus, antígeno de superfície do tipo C.

Hipertensão__do grego **hypér** (acima de, excessivo) e do latim **tensio, tendere** (estirar, esticar). Condição na qual as paredes dos vasos arteriais estão submetidos a uma tensão ou pressão aumentada.

Histocompatibilidade__do grego **histós** (tecido). Compatibilidade entre grupos tissulares.

Homeostase__do grego **hómoios** (semelhante) e **stásis** (parada). Tendência do organismo para manter as condições fisiológicas constantes.

Insuficiência renal__ redução da função renal, resultante de várias doenças. Pode se manifestar de maneira súbita, instalando-se em horas (insuficiência renal aguda) ou pode se desenvolver lentamente, em meses ou anos, constituindo a insuficiência renal crônica.

Lei Caillavet__ lei francesa que favorece o consentimento presumido, para se ter o direito de utilização dos órgãos de cadáver.

Mórbido__ do latim **morbidez**. Relativo à doença, patológico.

Nefrite tóxica__ do grego **nephrós** (rim) e **ite** (inflamação). Inflamação renal por intoxicação.

Pâncreas__ do grego **pan** (tudo) e **kreas** (carne). Assim denominado por Herófilo, devido ao seu aspecto caroso. Glândula de secreção interna e externa que produz o suco digestivo vertido para o intestino, e um hormônio proteico, a Insulina, que regula o metabolismo dos açúcares.

Pressão arterial__ pressão do sangue nas artérias.

Proteína__ do grego **proteîos** (chefê, primeiro). É o principal constituinte da matéria viva. Compostos orgânicos nitrogenados, formados por aminoácidos. Com estrutura tridimensional, individual em cada ser vivo.

Receptor__ (hospedeiro). Indivíduo que recebe tecidos ou órgãos de outro, em substituição àqueles que se encontrem fisiologicamente falidos.

Rejeição__ destruição de tecido estranho ou tumor, devida a uma reação imunológica contra ele.

RNA__ ácido existente no citoplasma e no nucléolo das células, responsável por fazer o correio das mensagens enviadas pelo DNA.

Sinais__ caracteres semiológicos de uma doença, visíveis.

Sintomas__ caracteres semiológicos de uma doença, relatados pelo paciente.

Sistema nervoso central__ estruturas nervosas contidas no crânio e na coluna vertebral.

Teratologia__ do grego **tératos** (monstro, monstruosidade) e **logos** (estudo). Ciência que estuda a formação, desenvolvimento, anatomia, classificação dos defeitos congênitos monstruosos.

Testículo__ do latim **testiculus, testis** (testemunha). Glândula sexual masculina, onde são formados os espermatozoides. O espermatozoide é a célula que somada ao óvulo, viabilizará um novo ser.

Tipagem__ método que possibilita determinar os grupos. A tipagem de HLA detecta os grupos tissulares.

Tireóide__ do grego **thyreoeidés** (semelhante a um escudo). Glândula de secreção interna situada no pescoço em frente à laringe, que produz hormônios responsáveis pelo metabolismo basal.

Toxina__ termo geral para caracterizar o efeito tóxico, das mais diversas substâncias, após um período de incubação no hospedeiro.

Transcrição/tradução__ processos biológicos que se caracterizam pela síntese de RNA a partir do DNA, e síntese proteica a partir do RNA.

Transplante__ do latim **trans** (através de) e **plantare** (plantar). Transferência de tecido ou órgão proveniente do mesmo ou de outro corpo. Sinônimo= transplantação.

Transplante Falso ou morto__ é aquele que, embora não rejeitado, passa a ser invadido por tecido neo-formado do receptor, como por exemplo transplantes de tecido ósseo, vascular e córnea.

Transplante heterotópico ou ectópico__ do grego **heter** (diferente), **ektós** (fora), **tópós** (lugar). O material transplantado é colocado em um sítio anatômico diferente de sua origem.

Transplante Ortotópico__ do grego **orthós** (reto, direito, normal). É aquele, no qual, é respeitada a localização anatômica do enxerto.

Transplante Verdadeiro__ é aquele cujo tecido transplantado se mantém vivo funcionando dentro do receptor.

Tronco cerebral__ parte do sistema nervoso central, que se localiza entre o cérebro e a medula espinhal.

Uréia__do grego oûron (urina). Produto final da decomposição das proteínas no organismo.
Encontrada na urina, no sangue, e na linfa.

Ureter__canal que leva a urina do rim até a bexiga.

Veia__do latim vena (oco, vazio). Referência ao fato das veias serem vistas vazias após a morte.
Vaso sangüíneo que conduz o sangue, dos delicados vasos (capilares) dos tecidos de toda parte do corpo, para o coração. Fluxo inverso ao das artérias.

Zoófitos__organismos intermedários entre os reinos vegetal e animal.

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O DOADOR

IDENTIFICAÇÃO E DADOS PESSOAIS

Nome
Sexo
Idade
Estado civil
Cor
Data de Nascimento
Local de Nascimento
Profissão
Data da Doação
Parentesco com o Receptor
Residência
Fone para contato

CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS

É empregado ou trabalha por conta própria?
Se empregado, onde trabalha?
Satisfeito no emprego?
Gosta do que faz?
Quanto ganha?
Há quanto tempo trabalha no atual emprego?
Se trabalha por conta própria, qual o ramo? Há quanto tempo?
Satisfeito com a situação financeira, a despeito da inflação que o país atravessa?
Tem casa própria? Se tem, ela está alienada ao Sistema Financeiro?
Tem automóvel? Qual a marca e o ano?
Tem outros bens moveis e/ou imóveis?

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS

Qual a escolaridade?
Se tem grau universitário, em que e onde se formou?
Se tem pós-graduação, onde fez?
De sua infância para hoje, na adultez você acha que mudou financeiramente?
Já morou no sul do país ? Ou no exterior?
Há quanto tempo se mudou do interior para o Recife (se for o caso)?

CARACTERÍSTICAS DE RELIGIOSIDADE

Qual sua religião? (deixar falar livremente)
É a mesma de quando criança?
Se mudou, por que acha que mudou?
É praticante?
Se não é praticante atualmente, já foi algum dia?
Você pensa na morte ?
Acha que existe vida após a morte? (deixar falar livremente)

Você acha que existe uma relação entre nosso modo de viver com a pós-morte?
Recebeu noções religiosas na infância e na adolescência?
Quando criança e adolescente acreditou e temeu o inferno?
Acha que o perdão de Deus é gratuito?
Para você como é possível conseguir um perdão ou uma reparação?
Acha que existe castigo ou recompensa de Deus, ou do destino, pelos atos cometidos?

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Fale um pouco sobre sua família. (Deixar falar livremente).
Quantos irmãos?
Qual sua posição, quanto à idade, em relação aos irmãos?
Como se relacionava e/ou relaciona atualmente com eles?
Alguma dificuldade de relacionamento com algum deles?
Como foi ou é seu relacionamento com os pais? (deixar falar livremente).
Qual o melhor relacionamento: com o pai ou a mãe?
É casado? Como é seu relacionamento, no casamento? (deixar falar livremente).

CARACTERÍSTICAS INTERPESSOAIS COM O RECEPTOR

(Se parente consanguíneo)
Que parentesco você tem com o receptor?
Como vocês se relacionavam, antes dele adoecer? (deixar falar livremente).
Se lembra do que sentiu, quando soube que ele teria de receber um rim para sobreviver?
Acompanhou o período no qual o receptor utilizou diálise?
Quais suas responsabilidades com ele nessa fase?
Quantas pessoas na família fizeram os testes para ver se podiam doar?
Por que você foi o doador?
Sua decisão foi repentina ou pensada? (deixar falar livremente).
Se lembra o que sentiu, quando se decidiu a doar?
Teve medo? Se arrependeu? Teve dúvidas?
Depois de sua decisão, antes de ocorrer o transplante, mudou sua relação com o receptor?
E depois do transplante?
Como vocês se dão, hoje? (deixar falar livremente).
Moram juntos?
Moravam, antes do transplante?
Como são os contatos entre vocês dois? Qual a frequência?
Tiveram alguma conversa, "só vocês", antes, durante ou depois do transplante? Se incomoda de falar sobre isso?
Em algum momento do processo, teve medo de que o receptor morresse?
No seu entender, qual foi a primeira reação do receptor, para com você, quando soube que seria justamente você o doador?

CARACTERÍSTICAS PSICOAFETIVAS DO ATO DA DOAÇÃO

O que sentiu quanto ao ato cirúrgico, ao qual iria se submeter?
Tinha sonhos no período? Repetidos? Se lembra de alguns? Pode contá-los?

Hoje, que tudo já passou, você acha que fez a doação do rim por qual motivo?
(Deixar falar livremente)

Qual a sensação de só ter um rim?

Você é influenciável?

Houve pressão de alguém sobre você, para que fizesse a doação? (Se positivo, deixar falar livremente).

Você acha que seu gesto mudou alguma coisa dentro de si? O que precisamente?

Alguma coisa mudou no seu relacionamento familiar? O quê?

De que maneira sua família lhe vê hoje, depois do transplante? Especifique as diferenças.

Você esperava que essas mudanças viessem a ocorrer? (deixar falar livremente).

Você mudou? Em que você acha que mudou?

O que, por exemplo?

PERFIL DE PERSONALIDADE DO DOADOR

Como foi sua infância e adolescência? (Deixar falar livremente).

Se relaciona bem com o outro?

Muda muito de emprego?

Já teve muitos casamentos?

Tem muitos amigos?

Acha que tem capacidade de liderança?

Gosta mais de mandar ou obedecer?

Gosta mais de atender pedidos ou solicitar?

Quais seus heróis na infância e juventude? E atualmente? Para você, qual o motivo do heroísmo deles?

Acha que conquistou muito ou pouco na vida?

Se sente uma pessoa amada pelo grupo familiar? Sempre se sentiu?

Se sente uma pessoa amada pelo grupo social no qual transita? Sempre se sentiu?

REPRESENTAÇÕES DO CORPO E TRANSPLANTE

Para você, o que é um rim?

Você sabe para que serve o rim? (Se não tiver escolaridade procurar saber onde adquiriu os conceitos, se eles forem corretos)

A córnea também é um órgão duplo como o rim, para você quem vale mais: rim ou córnea?

E o coração, como você o vê ou sente?

Que você acha sobre transplante de órgão de cadáveres?

Se você precisasse, aceitaria um órgão de cadáver?

Que você acha sobre o comércio de órgão, a partir de doadores vivos?

Você venderia? Em quais circunstâncias?

Você compraria para si ou para um ente querido seu?

Como você vê o transplante? Vale a pena realizá-lo?

Sua saúde mudou com apenas um único rim?

Para você, valeu a pena o transplante para o receptor? Em quais sentidos?

REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA E MORTE

Você era muito preocupado com doença antes de doar?
la freqüentemente ao médico?
Tomava muito remédio?
Passou a ser cuidadoso com sua saúde, depois da doação?
Tem medo da morte?
Fale um pouco sobre o que você pensa da morte.

RELAÇÃO DOADOR / TÉCNICO (MÉDICO, PSICÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL), NA VIGÊNCIA DO TRANSPLANTE

Que papel exerceram os médicos da Unidade de Transplante, durante o processo da sua doação?
Conversaram sistematicamente com você?
Esclareceram sobre os riscos cirúrgicos ?
Esclareceram sobre uma possível rejeição?
Teve acompanhamento psicoterápico durante o processo?
E o Serviço Social da Unidade de Transplante? Trabalhou com você?

DA OPERACIONALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE

O transplante ocorreu no Recife?
Se não, onde ocorreu? Por que o transplante não foi realizado no Recife?
Você tinha condições financeiras, para realizar o transplante fora do Recife?
Se não tinha, como adquiriu meios para custear as despesas?
Relate a experiência.

Hoje, você doaria novamente seu rim?
Doaria a outra pessoa, que não o seu receptor?
Doaria novamente à mesma pessoa?
Existe alguma coisa, que você acha importante, que não perguntei e gostaria de falar?

ROTEIRO DE ENTREVISTA
PARA TÉCNICOS RELACIONADOS COM TRANSPLANTE

IDENTIFICAÇÃO

Nome
Sexo
Profissão
Tempo de Exercício
Residência
Fone para contato

DA EXPERIÊNCIA DO PROFISSIONAL

Há quanto tempo é (médico, psicólogo) trabalhando em Nefrologia?
Há quanto tempo trabalha especificamente com seleção e preparação de doadores renais?
Qual é exatamente sua função, nesta atividade?

DA EXPERIÊNCIA COM PACIENTES E CANDIDATOS À DOAÇÃO

Quantas entrevistas, aproximadamente, são feitas para selecionar (psicológicamente) um candidato?
É o mesmo número de entrevistas para todos os candidatos?
Varia por que?
Quais os critérios (psicológicos) que vocês usam para considerar o candidato aceito?
São mantidos contatos com o doador, depois que o transplante é realizado?
Na fase de seleção, vocês seguem uma linha psicodiagnóstica ou psicoterápica com os doadores?
Quais os sentimentos mais evidenciados no doador?
Quais são os medos mais evidentes dos doadores?
Que pensam os doadores sobre transplante de rim de cadáver?
Que pensam sobre o comércio de rim?
Eles referem sonhos? Há predominância de temas sonhados? Há alguns, que você possa relatar?
Quais as perguntas que os doadores mais fazem?
Você acha que alguns doadores são coagidos pelo receptor, ou pela família do receptor para fazer a doação?
Para você, quais os principais motivos que levam as pessoas a se candidatarem à doação?
Você acha que todos os candidatos querem realmente doar?
Na sua visão, como se sente o doador depois da doação?
Você percebe alguma mudança nas relações entre doador/receptor, depois do transplante?

Para você a religião influencia o gesto da doação?

DA EXPERIÊNCIA COM FAMILIARES DO DOADOR / RECEPTOR EM RELAÇÃO AO TRANSPLANTE

Os familiares (aqueles que se responsabilizam pelo doente) do doador são assistidos psicologicamente?

Aplicam algum tipo de entrevista com o doador? Se existe um roteiro, posso ter acesso a ele?

Que preocupações mais evidentes existem nos familiares mais próximos do receptor?

Para você, que diferença existe nas famílias dos pacientes que ficam anos e anos numa fila de espera para realizar um transplante renal?

Quais as características da família que apresenta muitos candidatos à doação?

Já detectou a existência de alguma reciprocidade concreta entre o receptor e a família do receptor, para o doador?

A DOLOROSA E

LONGA ESPERA

NAS FILAS DOS

TRANSPLANTES

Les trafics d'organes

De nombreuses affaires ont malheureusement révélé la multiplication des trafics internationaux d'organes humains. L'Organisation Mondiale de la Santé a pris des mesures condamnant ces pratiques. La France, heureusement, est à l'abri de tels trafics.

Une pitoyable affaire de trafic d'organes où rabatteurs sans scrupules et médecins britanniques indécents tirent profit de l'ignorance et de la misère.

Elle a le visage bouffi, l'air las et un teint pâle que n'avive même pas le rose shocking de son survêtement. Depuis cinq mois, Hatice travaille, rive à sa machine à coudre, dans un petit atelier de confection d'une rue populeuse d'Istanbul ou s'activent cinq autres ouvrières. Coupant, cousant des jupes de laine grise destinées à l'exportation. Tout le monde, dans le quartier, connaît Hatice et son histoire. Une lamentable affaire où se mêlent miséreux, rabatteurs turcs et médecins britanniques indécents. Comme trois de ses compatriotes, cette femme a vendu le seul trésor qu'elle possédait : un de ses reins. « Volontairement. » Poussee, en fait, par le besoin. Et en toute ignorance des conséquences : elle ne savait rien de ce qu'est un rein, ni à quoi il sert. Aucun des médecins ne lui a jamais parlé des risques qu'elle encourait. « *J'ai perdu ma santé, dit-elle, je ne suis plus aussi vaillante qu'auparavant. Tout cela m'a démolie.* »

Un scandale que le General Medical Council (l'équivalent britannique de l'Ordre des médecins) vient de dénoncer à son tour : il s'est saisi des quatre affaires. Les trois spécialistes britanniques qui ont trempé dans ce commerce d'organes ont été reconnus coupables de graves manquements à la déontologie. L'un d'entre eux, surtout : le Dr Raymond Crockett, le plus impliqué dans le trafic, dont les pratiques « *ne l'ont pas seulement déshonoré personnellement, mais ont insulté l'ensemble du corps médi-*

cal ». Après de longues semaines d'auditions de témoins et de délibérations, le General Medical Council a assorti sa vive réprobation de sanctions disciplinaires extraordinaires : Dr Raymond Crockett, rayé de la liste des médecins, interdit d'exercice ; Dr Michael Joyce, interdit de transplantation pendant deux ans ; Dr Michael Bewick, interdit d'exercice pendant trois ans hors du secteur public, doit soumettre ses comptes rendus opératoires au Conseil de discipline. Ces médecins avaient vingt-huit jours pour faire appel. Ils ne se sont pas manifestés.

Le commerce de reins entre Istanbul et Londres aurait pu rester longtemps ignoré si Ahmet Koc, un paysan de 34 ans, originaire de l'Anatolie, n'avait, au début de l'année 1989, forcé la porte de *Hürriyet*, grand quotidien turc ; et trouvé en Selma Tükel, journaliste pugnace, une auditrice attentive. Ahmet est scandalisé. On doit lui rendre justice. « *Je suis tombé dans le piège des voleurs de reins* », clame-t-il. Et de montrer la longue cicatrice qui, au-dessus de la taille, barre son torse. (...)

Toutes les greffes organisées s'adressaient à des malades riches. Un appât du gain plus que déshonorant : révoltant. Comme la négligence médicale à l'égard des quatre Turcs, traités comme du bétail : six jours seulement à l'hôpital, après une intervention chirurgicale si lourde ! Quinze jours, ensuite, dans une pension de famille mal chauffée. Les opérés n'ont vu qu'une fois leur médecin, le Dr Crockett, avant de repartir pour Istanbul.

Les Drs Joyce et Bewick ne se sont pas vu reprocher, comme leur confrère, leur goût de lucre. Mais un grave manquement à la déontolo-

gie : ils n'ont pas été très regardants quant à la provenance de la « marchandise ». Ils n'étaient pas, il est vrai, dans l'illégalité. C'est peu de temps après qu'eut éclaté cette lamentable affaire, que le Parlement britannique a adopté une loi semblable à celle qui existe en France, interdisant la vente d'organes. Mais les médecins ont enfreint le code éthique du General Medical Council, datant de 1985, qui recommande que le donneur vivant soit apparenté au receveur.

La filière turque est peut-

être à présent tarie. Mais d'autres voies s'ouvriront. Car la situation est explosive : d'un côté, des malades en danger de mort qu'une greffe, technique aujourd'hui maîtrisée, sauve. De l'autre, une terrible pénurie de reins à greffer. D'où la tentation de certains de puiser dans le « vivier » des pays pauvres. Une inacceptable exploitation de la misère.

Annie KOUCHNER
in *L'Express*,
25 mai 1990

L'Express 25.06.95

Ética de proveta

Volnei Garrafa, professor da UnB, fala sobre os desafios da ética médica diante do avanço da engenharia genética e das técnicas de transplante

ELIANE TRINDADE

O médico, desesperado, aguarda há meses por um doador de rim, que poderia salvar a vida de seu paciente. Ai aparece um doador, na verdade um miserável que pretende vender o rim. O médico deve ou não recomendar a compra do órgão? Ou então, até onde vai o direito ético do médico de aproveitar os progressos da engenharia genética e "programar" a criança, antes do nascimento, evitando doenças e defeitos? Esses são alguns dos desafios que o incrível avanço da ciência nas últimas décadas atirou aos pés da ética médica. E o desejo de buscar respostas para esse tipo de questões foi o que levou o professor Volnei Garrafa, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, a mergulhar de cabeça, em 1991, no estudo da bioética. Garrafa, um dentista gaúcho, hoje aos 49 anos, desembarcara naquele ano em Roma, para dar início a seu pós-doutorado. Debaixo do braço, ele levava um projeto de pesquisa de nome pomposo. "Perspectiva conceitual do processo saúde-doença no século XXI", a ser desenvolvido na Universidade La Sapienza, da capital italiana. Tudo mudou depois de algumas conversas com seu orientador, o senador Giovanni Berlinguer, do PDS (o antigo Partido Comunista), vice-presidente do Comitê Italiano de Bioética. Quatro anos depois, Volnei Garrafa é um dos raros especialistas brasileiros em bioética. Por pouco tempo, espera. Desde o semestre passado, ele leciona introdução à bioética, uma disciplina optativa que - para sua surpresa - recebeu 350 pedidos de matrícula. "São jovens entre 18 e 20 anos que procuram respostas

ISTOÉ/1357-4/10/95

às suas preocupações éticas", diz o pesquisador. "Eles estão cansados da antiética da violência e da corrupção", conclui. Volnei Garrafa falou a ISTOÉ às vésperas do lançamento de seu primeiro livro, *A dimensão ética em saúde pública*. Ele promete, para o final do ano, um segundo - e polêmico - livro, *O mercado humano* (em colaboração com Giovanni Berlinguer), onde discutirá a mercantilização do corpo humano, à luz do avanço das técnicas de transplantes.

ISTOÉ - As leis atuais são capazes de acompanhar a velocidade do desenvolvimento científico e tecnológico?

Volnei Garrafa - Não. A bioética surgiu justamente para tentar dar respostas aos novos fatos e dilemas morais que a ciência colocou diante do homem moderno.

A inseminação artificial, por exemplo, apresenta questões novas, como a das mães de aluguel ou a da venda de esperma. Recentemente, indaguei em uma aula se os alunos haviam se dado conta de que todos naquela sala tinham apenas um pai e uma mãe. O que, aliás, já é suficiente para tantos problemas freudianos. Daqui a alguns anos vamos ter companheiros com três mães e dois pais. Uma mãe cede o útero, a outra cede o óvulo e a terceira é a mãe legal. Um pai cede o esperma e um segundo será o pai legal. Essa criança vai ser diferente ou não? A bioética trata dessas situações.

ISTOÉ - Não há um pouco de sensacionalismo nessas notícias sobre venda de órgãos?

Garrafa - Não. Existem agências de turismo na Europa, principalmente na Itália e França, que vendem pacotes por US\$ 20 mil, incluindo passagem, internação, compra do rim - o jovem indiano ganha US\$ 1,2 mil no negócio - e transplante. Isso hoje é retratado em revistas científicas, não em publicações sensacionalistas.

ISTOÉ - O que aconteceria se o Congresso brasileiro aprovasse o projeto? Garrafa - Como não há controle das listas de receptores, mais uma vez os ricos

seriam os beneficiados. Suponhamos que uma pessoa esteja às portas da morte num hospital e uma família esteja desesperadamente esperando um órgão. Claro que alguém do corpo clínico poderá ser subornado para acelerar a morte do paciente. Num país como o Brasil, onde a cultura da corrupção é bastante arraigada, a aprovação desse projeto seria muito perigosa.

ISTOÉ - Como o sr. analisa os atuais códigos de ética médica?

Garrafa - Defendo como grande código de ética profissional a Declaração Internacional dos Direitos do Homem. O Hospital das Clínicas do Rio Grande do Sul instituiu o primeiro comitê de ética pluralista, um grande avanço contra o corporativismo. O comitê agrega advogados, teólogos, médicos e outros representantes da sociedade civil.

vista natural-evolutivo. O mesmo problema aparece quando laboratórios patenteiam microorganismos à base de plantas brasileiras para fazer um remédio nos EUA. A vida, animal ou vegetal, não tem preço.

ISTOÉ - Ao aperfeiçoar as técnicas de transplante, a medicina não estimula o comércio de órgãos?

Garrafa - Todo desenvolvimento científico traz subprodutos indesejáveis. No caso dos transplantes, um desses fatores é a mercantilização de partes do corpo humano. Evoluímos, entre aspas, do mercado primitivo para o mercado tecnológico. No tempo da escravidão, o homem era vendido inteiro. Hoje, rins são comprados e vendidos com facilidade, na Índia e em outros países.

Le quotidien *Die Welt* (daté du 7 février) révèle qu'une agence de Brême propose depuis peu, moyennant une somme équivalant à plus de 400 000 francs, aux insuffisants rénaux allemands un voyage à Moscou, afin de bénéficier d'une greffe de rein. D'autres trafics du même ordre ont récemment été mis en évidence entre la Turquie et la Grande-Bretagne, mais aussi entre l'Inde et les Émirats arabes. Pour sa part, le conseil exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) vient d'adopter une série de principes s'opposant au commerce d'organes humains.

Si l'on en croit les propositions formulées par l'ONA Trading GmbH de Brême, reproduites par *Die Welt*, les citoyens allemands souffrant d'insuffisance rénale pourraient dorénavant bénéficier d'une transplantation rénale pratiquée en Union soviétique lorsque l'on n'est pas en mesure de leur proposer une telle transplantation dans leur pays. Selon les responsables de cette opération, l'agence de Brême pourrait assurer cent vingt transplantations par an.

On compte en Allemagne 7 000 insuffisants rénaux en attente d'une greffe de rein salvatrice. Avec l'agence de Brême, le délai ne serait que de

trois mois et le coût (voyage, intervention chirurgicale et hospitalisation) fixé à 120 000 marks, soit un peu plus de 400 000 francs. Cette officine a d'ores et déjà adressé des circulaires incitatrices à des malades insuffisants rénaux, ainsi qu'à des médecins, expliquant notamment que la région moscovite connaît un excédent de reins implantables et laissant entendre que les reins destinés à être greffés proviennent de sujets vivants, moyennant finances. Cette affaire commence à soulever une certaine polémique outre-Rhin, différents observateurs notant que l'accord des autorités soviétiques trouvait en

réalité son origine dans l'espérance d'une importation de devises allemandes.

Il y a quelques mois déjà, l'hebdomadaire britannique *The Lancet* (daté du 22 septembre) publiait une communication médicale révélant l'intensité du trafic entre les Émirats arabes unis et la ville de Bombay. Cette publication recensait ainsi 130 cas de patients (80 hommes et 50 femmes de six à soixante-quinze ans) insuffisants rénaux soignés dans les trois unités d'hémodialyse d'Abou-Dhabi, de Dubaï et de Mascate (Oman), qui avaient choisi d'aller se faire greffer un rein à Bombay. Huit de ces cent trente personnes devaient mourir dans les jours suivant l'intervention et vingt-quatre dans la première année, soit un taux de survie notablement inférieur à celui obtenu dans la plupart des pays industrialisés.

Déjà, en 1988, un industriel allemand avait annoncé la création d'une « bourse d'échange d'organes à transplanter » (*Le Monde* du 26 octobre 1988). Une initiative similaire avait été rendue publique en 1985. Il y a deux ans, le quotidien *The Independent* révélait l'existence d'un trafic de reins humains entre la Turquie et la Grande-

Bretagne, qui conduisit à la radiation à vie du docteur Rémy Crockett, néphrologue londonien très réputé et principal organisateur et bénéficiaire de ces « agences ». En octobre 1989, enfin, un trafiquant néerlandais faisait scandale en annonçant qu'il avait fourni pour 240 000 francs un rein prélevé chez une femme de trente-huit ans, l'organe étant ensuite greffé en France. Les faits n'ont toutefois jamais pu être prouvés (*Le Monde* du 15-16 octobre 1989).

Toutes ces affaires — sans parler de celles dénoncées en Amérique du Sud — ont suffisamment mobilisé l'attention à l'échelon international pour que l'Organisation mondiale de la santé décide — enfin — de formuler des directives sur ce thème. C'est ainsi que le conseil exécutif de cette organisation vient d'adopter une série de principes directeurs sur la transplantation des organes humains (voir encadré). Ces principes devraient être prochainement approuvés par la quarante-quatrième assemblée mondiale de la santé. Seront-ils suffisants pour mettre un terme à un tel trafic, scandaleux à tous égards ? Rien n'est moins sûr.

Jean-Yves NAU
in *Le Monde*,
15 janvier 1991

DOAÇÃO	BC/PIU
ENTIDADE	
VALOR	R\$ 30,00
DATA	11/03/96

39

V331c

PT

Vasconcelos, Maria Odete de

Contribuição ao estudo antropo-
logico do doador renal (pesqui-
sa em um grupode doadores rena
39/V331c

(845BC/96)