

Copyright 2000 Editora Sumaré

EDITORA SUMARÉ

IDESP – Instituto de Estudos Econômicos Sociais e Políticos
Rua Desembargador Guimarães, 21 – Água Branca
Telefone: 36733259
Fax: 36731605
Cep: 05002-050

Capa: Germana Monte-Mór
Projeto Gráfico: Ana Novais
Editoração Eletrônica: Ana Novais
Editoração de Texto: Heloisa Pontes e Tereza Cecília de Oliveira Ramos

Esta obra contou com o apoio do Programa de Pós-graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

P769

Políticas do Corpo e o Curso da Vida/Guita Grin Debert,
Donna M. Goldstein (orgs.) – São Paulo: Editora Sumaré, 2000.
320 pp.

ISBN: 85-85408-34-0

1. Corpo humano – Aspectos Sociais. 2. Corpo humano
(Filosofia). 3. Imagem corporal. I. Debert, Guita Grin. II.
Goldestein, Donna M.

CDD-306

POLÍTICAS DO CORPO E O CURSO DA VIDA

Guita Grin Debert e
Donna M. Goldstein (orgs.)



- the Western World*. Nova York: Columbia University Press.
- LATIN AMERICAN INSTITUTE. (1994). *Brazil: Country Explodes Over Military Anti-Crime Operations in Rio Slums*. University of New Mexico/Noti-Sur-Latin American Political Affairs, mimeo.
- LEEDS, Elizabeth. (1996). "Cocaine and Parallel Politics in the Brazilian Urban Periphery: Constraints on Local-Level Democratization". *Latin American Research Review*, 31(3): 47-83.
- LOPES, José Reinaldo de Lima. (1999). *Direitos Humanos: 50 Anos da Declaração de 1948*. Universidade de São Paulo, mimeo.
- MACHADO, Maria das Dores e Mariz, Cecília L. (1997). "Mulheres e Prática Religiosa nas Classes Populares: Uma Comparação entre as Igrejas Pentecostais, as Comunidades Eclesiais de Base e os Grupos Carismáticos". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12(34): 71-87.
- MINGARDI, Guaracy. (1998). *O Estado e O Crime Organizado*. São Paulo: IBCCrim.
- _____. (1992). *Tirás, Gansos e Trutas: Cotidiano e Reforma na Polícia Civil*. São Paulo: Scritta.
- O'DONNELL, Guillermo. (1992). "Transitions, Continuities, and Paradoxes". In MAINWARING, S., O'DONNELL, G. e VALENZUELA, J. S. (ed.). *Issues in Democratic Consolidation*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- PEREIRA, Anthony. (1997). "Elitist Liberalism: Citizenship, State Violence, and The Rule of Law in Brazil". XX International Congress of the Latin American Studies Association, Guadalajara, Mexico.
- PINHEIRO, Paulo Sérgio. (1991). "Police and Political Crisis: The Case of the Military Police". In HUGGINS, M. (ed.). *Vigilantism and the State in Latin America: Essays on Extralegal Violence*. Nova York: Praeger.
- SHIRLEY, Robert W. (1990). "Recreating Communities: The Formation of Community in a Brazilian Shantytown". *Urban Anthropology*, 19(3): 255-76.
- SOARES, Luis Eduardo, MILITO, Cláudia e SILVA, Hélio. (1996). "Homicídios Dolosos Praticados Contra Crianças e Adolescentes no Estado do Rio de Janeiro, de 1991 a Julho de 1993". In SOARES, Luis Eduardo. (org.). *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ISER.
- STOLL, David. (1990). *Is Latin America Turning Protestant? The Politics of Evangelical Growth*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
- ZALUAR, Alba. (1993). "Mulher de Bandido: Crônica de uma Cidade Menos Musical". *Estudos Feministas*, 1(1): 135-42.
- _____. (1994 [1985]). *A Máquina e a Revolta: As Organizações Populares e o Significado da Pobreza*. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense.
- _____. (1994). *Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro: Revan/UFRJ.
- _____. (1995). "The Drug Trade, Crime and Policies of Repression in Brazil". *Dialectical Anthropology*, 20:96.

O FIM DO CORPO

Comércio de Órgãos para Transplantes Cirúrgicos

Nancy Scheper-Hughes e João Guilherme Biehl

A ECONOMIA GLOBAL E A VIDA BRUTA

Na revista *Atlantic Monthly* de janeiro de 1998, o famoso bilionário e filantropo George Soros identificou algumas das flagrantes deficiências da economia capitalista global. Tal exercício crítico não é algo extraordinário em si, mas, quando o afamado financista emite tal parecer, e com um tom de que algo não está dando certo, vale a pena prestar alguma atenção ao que aí está sugerido.

De forma direta, Soros afirma que os benefícios do capitalismo mundial estão distribuídos de forma desigual; que o Capital está em condições muito melhores do que o Trabalho; e que, obviamente, é melhor estar situado no centro da economia mundial do que nas periferias. Dada a inerente instabilidade do sistema financeiro global, *busts* (falências e quedas) irão, inevitavelmente, suceder *booms* (sucessos), assim como a noite sucede o dia, e o Capital retornará aos centros, deixando os participantes distantes e com menos recursos com os bolsos e cofres vazios. Esse acelerado crescimento de monopólios globais, diz Mr. Soros, tem comprometido a autoridade dos Estados-nações e enfraquecido suas funções reguladoras.

O que mais incomoda Mr. Soros nesse processo "irreversível" é a perigosa erosão dos valores e da coesão sociais diante da crescente dominação dos valores anti-sociais inerentes ao mercado. Não, com certeza, não são os mercados os donos da culpa. Por natureza, mercados são indiscriminados, promíscuos e inclinados a reduzir quaisquer coisas, inclusive seres humanos, seu trabalho e mesmo sua capacidade reprodutiva, ao estatuto de mercadoria, coisas que podem ser compradas, vendidas, comercializadas e roubadas. Soros argumenta que, apesar de a economia de mercado ser, de modo geral, positiva, homens (e mulheres) não podem viver só de mercados. Sociedades abertas e democráticas requerem instituições sociais fortes que venham a garantir fins tais como justiça social, liberdade política, integridade

de do corpo e outros direitos humanos. Na visão de Mr. Soros, a evolução do Mercado Global ultrapassou em muito o desenvolvimento de uma Sociedade Global mediadora. O real dilema dos tempos e lógicas desse Capital está em saber administrar e vislumbrar alternativas imediatas (simbólicas que sejam) para os devastadores efeitos sociais de desenvolvimentos extremamente desiguais.

De fato, em meio aos reajustamentos neoliberais de, virtualmente, todas as sociedades contemporâneas, Norte e Sul experimentam um rápido esvaziamento das tradicionais práticas e ideologias modernas, humanistas e pastorais. Entretanto, observamos ganhar forma novas mediações entre capital e trabalho, corpos e estado, pertença e extraterritorialidade e, por que não, exclusão social e inclusão tecnológica. A rápida disseminação, nas últimas décadas, de tecnologias e práticas de transplantes de órgãos conforma um campo privilegiado para a identificação e compreensão desses novos processos. Não tratamos de discutir aqui uma estória nostálgica do triste declínio dos valores e relações sociais humanistas, mas, ao contrário, partimos do franco reconhecimento de que os fundamentos convencionais que referenciavam esses valores e práticas se transformaram de forma irreversível. Este ensaio explora criticamente – tendo como referência recentes desdobramentos de transplantes de órgãos nos Estados Unidos, Índia, China, África do Sul e Brasil – as novas formas de bioeconomia e biosociabilidade (Rabinow, 1996) que estão emergindo no rastro da internacionalização dessa poderosa tecnologia médica.

A combinação de biotecnologia de ponta, estranhos mercados, excesso de capital e partes humanas sobressalentes de corpos excedentes gerou um espetacular e lucrativo comércio de órgãos que promete a um seletivo grupo de indivíduos de razoáveis condições econômicas uma “milagrosa” extensão do que Giorgio Agamben (1998) chama de “vida bruta”, a forma biológica elementar da vida da espécie (Rabinow, s.d.). Tal possibilidade está vinculada a uma crescente politização (democrática) da morte em meio a reorganizações internas de Estados neoliberais (quando, por exemplo, o defunto se transforma em “corpo do estado”). Entendemos que estados pós-transplante têm a capacidade de definir e determinar a hora da morte e reclamar os direitos (e rituais) primeiros com respeito à utilização das partes dos corpos dos cidadãos.

Diante desse derradeiro dilema moderno – o fim do corpo –, a tarefa da antropologia é relativamente clara e direta: recuperar nossa premissa (não realizada) de uma epistemologia radical, um compromisso com a “primazia do ético” (Scheper-Hughes, 1995), e arriscar envolvimento prático e político nessa questão difícil e perigosa. Em 1995 e 1996, uma pequena equipe de trabalho internacional (da qual faço parte) reuniu-se no Centro de Conferências Rockefeller, em Bellagio, Itália, com o propósito de discutir padrões éticos para a prática internacional de doação de órgãos (especialmente à luz dos abusos que, diariamente, limitam a integridade física das pessoas socialmente mais vulneráveis e à luz dos fragilizados laços de confiança até recentemente tidos como integrais à doação voluntária). A equipe é composta por cirurgiões, especialistas na procura de órgãos, ativistas de direitos humanos e cientistas sociais, e coordenada pelo historiador social David Rothman. Nessas reuniões, examinaram-se as ramificações éticas, legais, sociais e médicas desses problemas emergentes e foram avaliadas estratégias para promover o seu impacto – como, por exemplo, uma central de direitos humanos para monitorar denúncias de violações na captação e distribuição de

órgãos para transplantes. Um relatório das primeiras conclusões da equipe foi publicado na revista *Transplantation Proceedings* (Rothman *et al.*, 1997).¹

Em nossa última reunião, fui escolhida para dar início a um estudo etnográfico comparativo entre diferentes contextos sociais e econômicos de transplantes, incluindo o tráfico global e doméstico de órgãos. A presente discussão baseia-se em resultados preliminares da pesquisa de campo do projeto colaborativo “Selling Life” (“Vendendo Vida”), coordenado por mim e pelo meu colega Lawrence Cohen, do Departamento de Antropologia da Universidade da Califórnia, em Berkeley. Cohen conduz atualmente pesquisa na Índia sobre o crescente “mercado negro” de órgãos humanos. Em minha pesquisa em andamento na África do Sul e no Brasil, tenho a ajuda de um pequeno grupo de pesquisadores locais. Mariana K. Ferreira (Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo) conduziu muitas das entrevistas especificamente referidas neste ensaio. Em Berkeley, conto com a colaboração de João Guilherme Biehl, que me tem assistido no desenvolvimento e na reflexão de argumentos apresentados neste ensaio, especialmente sobre as novas relações e tecnologias médicas, vida bruta, morte e práticas de governo.

A MERCANTILIZAÇÃO DO CORPO

De fato, como afirmou Arjun Appadurai (1986), não há nada fixo, estável ou sacrosanto acerca da possibilidade de as coisas se transformarem em mercadoria. Em nenhum campo da atualidade isso está mais dramaticamente inscrito do que no *boom* de mercados globais e locais de órgãos humanos (de doadores vivos e mortos). Tais mercados suprem a indústria de transplantes, um mercado biomédico governado pelo simples cálculo mercadológico de “oferta e procura”. A mera idéia de “escassez” de órgãos é o que Ivan Illich chamaria de necessidade criada artificialmente, inventada por técnicos e administradores de transplantes e oferecida a um grupo cada vez maior de enfermos, idosos e pacientes terminais. Esse mercado é parte de um impressionante desenvolvimento e refinamento de tecnologias de transplante. Historicamente, essas tecnologias superaram obstáculos desde a definição médica de coma irreversível (final dos anos 50) e o novo estatuto legal de “morte cerebral” (final dos anos 60) – nesse processo, a morte tornou-se um epifenômeno da tecnologia de transplante (Agamben, 1998: 163). Essas transformações revelam o grau em que o poder soberano dos Estados contemporâneos, “democráticos” e “autoritários”, é operacionalizado por meio das ciências da vida e das práticas médicas. Essas ciências, tecnologias e aparatos estão globalmente integrados em mercados que, por sua vez, reconfiguram Estados e culturas locais.

Em recente conversa informal, e em tom de alarme, o antropólogo Lawrence Cohen mencionou a mudança radical em valores sociais presenciada por ele ao longo de sua pesquisa de campo na Índia nesta última década. Num curto período de tempo, a idéia de trocar

1. De 26 a 28 de abril de 1996, o Programa “Critical Studies in Medicine, Science, and the Body” sediou na Universidade da Califórnia a conferência internacional, “Comércio de Órgãos: Cultura, Política e a Bioética do Mercado Global”. Representantes da *Task Force* de Bellagio e antropólogos médicos participaram de debates sobre o tema.

“um rim por um dote” naturalizou-se e tornou-se uma estratégia comum e legítima: pais pobres arranjam um “confortável” casamento para uma filha “extra” que até então estava fadada à pobreza e à chacota da vizinhança e de parentes. Em outras palavras, um rim de sobra por uma filha de sobra. No final dos anos 80, quando habitantes de vilas e pequenas cidades começaram a ouvir relatos sobre venda de rins em Bombaim e Madras, eles respondiam com previsível incredulidade e revolta. Hoje, não raro, ouvem-se comentários desses mesmos habitantes sobre quando, no ciclo familiar, será necessário vender um órgão sobressalente. Já não mais podem reclamar sobre o destino de marginalidade de uma filha sem dote. Cohen também relata vizinhos indignados inquirindo esses mesmos “doadores”: “Mas vocês também não tem um rim sobressalente?”.

Esses habitantes remotos representam apenas uma minúscula articulação da parcela do incremento do mercado mundial de órgãos e tecidos humanos (sem mencionar sangue, sêmen, óvulos ou bebês) que conecta Oriente e Ocidente, Norte e Sul. Nos últimos trinta anos, transplantes de órgãos transformaram-se de um procedimento experimental em poucos centros avançados de medicina no primeiro mundo em um procedimento terapêutico comum, desenvolvido em hospitais públicos e clínicas privadas em todo o mundo. Transplantes de rins são feitos nos Estados Unidos, na maioria dos países da Europa e da Ásia, em diversos países da América Latina e do Leste Europeu, e em alguns poucos países no norte e sul da África. Na última década, as taxas de sobrevivência de indivíduos com transplantes de rins cresceram de forma impressionante, embora ainda variem de acordo com o país no qual é feito e conforme a qualidade e o tipo de órgão (de doador vivo ou cadavérico).

Até recentemente, a “melhor” opção médica para transplante de rim era usar um doador vivo geneticamente próximo (Fischel, 1991). Hoje em dia, no entanto, nos Estados Unidos, Canadá e em países da Europa Ocidental, a maioria dos transplantes são feitos com órgãos cadavéricos. Mas em países como o Brasil e a Índia (onde as taxas de morbidade devido à infecção e à hepatite são altas) rins de doadores vivos são utilizados numa escala muito maior. Nesses países pobres do Sul (ricos para poucos), as taxas de sobrevivência de transplante de rim são maiores com doadores vivos do que com órgãos cadavéricos “anônimos” (muitas vezes oriundos de doadores doentes e/ou sem os testes adequados).

Transplantes de órgãos acontecem num espaço transnacional, em que tanto doadores quanto receptores seguem os caminhos do capital e da tecnologia na economia global. Em geral, o movimento de órgãos “dados” vai do Sul para o Norte, do Terceiro para o Segundo e o Primeiro Mundos, de corpos pobres para corpos ricos, de corpos negros e mulatos para corpos brancos, de corpos jovens para corpos idosos, de corpos produtivos para corpos improdutivos, de corpos femininos para corpos masculinos. Habitantes dos países do Golfo (Kuwait, Arábia Saudita, Oman, Emirados Árabes) que precisam de rins viajam prioritariamente para a Índia; enquanto os de Taiwan, Hong Kong, Coréia do Sul e Cingapura viajam para a China, para cirurgias de transplante supostamente feitas com órgãos removidos de prisioneiros executados. Pacientes japoneses viajam para a América do Norte (além de Taiwan e Cingapura) à procura de órgãos retirados de doadores com morte cerebral, uma definição de morte só aceita no Japão recentemente e com muita relutância.

Um grande número de pessoas – na sua grande maioria “bens de vida” ou “ricas” – tem viajado grandes distâncias para assegurar um transplante, usando tanto meios legais

quanto ilegais. Isso acontece a despeito dos alardes quanto às débeis taxas de sobrevivência com órgãos obtidos em contextos mais comercializados. Entre 1983 e 1988, 131 pacientes de três clínicas renais nos Emirados Árabes e Oman viajaram a Bombaim onde, através de intermediários locais, compraram rins de doadores vivos. Os doadores, habitantes de favelas nos arredores daquela metrópole, foram compensados com quantias que variavam de 2 a 3 mil dólares por rim. Notícias sobre os “bazares de órgãos” funcionando nas favelas de Bombaim, Calcutá e Madras apareceram em revistas indianas e em programas especiais nos canais de televisão ABC e BBC. Além disso, prestigiosas revistas médicas (por exemplo, *The Lancet* e *Transplant Proceedings*) publicaram dezenas de artigos analisando os riscos médicos e insucessos em transplantes com rins de “pobre qualidade”, de “doadores” com quadros clínicos comprometidos.

Uma escassez artificial de órgãos para transplantes, medicamento inventada, tem gerado pânico e uma desesperada procura internacional por órgãos e por possibilidades cirúrgicas. Essa procura tem muitas semelhanças com o que acontece no mercado internacional de adoção de crianças: as pessoas estão tão obstinadas na sua procura que, muitas vezes e com facilidade, colocam de lado questões sobre como um órgão (ou bebê, no caso de adoção) foi obtido. Em ambas as instâncias, termos como “dádivas”, “doações”, “resgates heróicos” e “salvar vidas” mascaram a extensão em que práticas eticamente dúbias e mesmo ilegais são usadas para obter a escassa mercadoria pela qual estrangeiros (ou nativos da classe média e alta) estão prontos a pagar o que, para pessoas pobres, parece ser uma pequena fortuna.

Em meio ao desespero construído em ambos os lados da transação – “compradores” em estado terminal e “vendedores” necessitados –, credos sobre a santidade do corpo e procrições contra sua mutilação, até então tidos como atemporais, entraram em colapso em algumas partes do Terceiro Mundo sob o peso das demandas desse novo mercado. Essas novas demandas são direcionadas por uma rápida disseminação de tecnologia biomédica especializada em procedimentos cirúrgicos e um novo imaginário social global sobre as possibilidades de rejuvenescimento corporal e “restauração” da vida mediante a reposição de órgãos.

A lacuna entre oferta e procura que direciona o novo comércio global de órgãos é exacerbada por sanções religiosas e/ou constrangimentos culturais com respeito à “morte cerebral” ou à maneira apropriada de lidar com o corpo morto onde doações de cadáveres são proibidas. Restrições num país podem estimular o mercado de órgãos em países vizinhos mais secularizados ou culturalmente pluralistas. Entrementes, a “escassez” de órgãos diante das longas “listas de espera” tem incentivado médicos, administradores hospitalares, funcionários públicos e intermediários a se engajarem em estratégias eticamente questionáveis na obtenção de órgãos. Por exemplo, no Japão, devido a profundas reservas populares com respeito à definição social de “morte cerebral”, cirurgias de transplante de coração raramente são realizadas e a maioria dos transplantes de rins são feitos com doadores vivos parentes do paciente (ver Lock, 1996, 1997; Ohnuki-Tierney, 1994).

Há anos, muitos japoneses desesperados têm apelado para o serviço de intermediários com conexões com o crime organizado (a chamada “máfia do corpo”) a fim de localizar doadores de rins em outros países, inclusive nos Estados Unidos. No final da década passada, jornalistas descobriram uma extensão da máfia japonesa, a *Yakuza*, operando em conexão com um centro médico de Boston; as atividades beneficiavam candidatos japoneses a trans-

plantes de órgãos – a operação foi dissolvida pela polícia.² Mais recentemente, pacientes renais japoneses viajavam para Taiwan e Cingapura a fim de comprar órgãos obtidos (sem consentimento) de prisioneiros executados. Em 1994 essa prática foi condenada pela Associação Médica Internacional e proibida por meio de novas regulamentações.

Se numa parte da Ásia “capitalista” o uso de órgãos de prisioneiros executados foi proibido, em alguns lugares da Ásia “comunista” essa prática está deveras consolidada. A demanda por moeda forte aliada a um autoritarismo bem gerenciado não reconhece fronteiras políticas ou ideológicas. Recentemente o *New York Times* (24/2/1998) relatou uma operação do FBI na qual dois cidadãos chineses foram indiciados por “conspiração para a venda de órgãos de prisioneiros chineses executados”. A ação foi levada a cabo com a ajuda do ativista de direitos humanos Harry Wu, que desde os anos 80 alerta para essa prática comum na China.³ Esse caso ainda está sendo investigado e o “veredicto” pode, de uma vez por todas, confirmar a veracidade das denúncias dos ativistas chineses (no decorrer do ensaio retornaremos a esta questão).

Esse espetacular tráfico internacional de órgãos humanos coexiste com um comércio doméstico de órgãos, que igualmente segue as rotas dos desníveis sociais e econômicos e obedece a leis de classe, raça, gênero e geografia. Um renomado nefrologista paulista, sob condição de total anonimato, admitiu numa entrevista em 1998 que “o comércio de órgãos sempre foi uma realidade no Brasil... Não são boatos, como se pensa, mas fatos reais, verídicos. Mas como a polícia está envolvida nunca se chega à apuração total dos fatos”. Esse médico enfatiza que quem mais sofre são os anônimos, na maioria pobres e sem educação formal, que de repente estão “doando” órgãos mediante transações anti-éticas e ilegais. Um caso “gritante”, conta o médico, “foi uma menina de doze anos na região de Taubaté que, depois de atropelada, foi transportada ao hospital. Aproveitaram a fratura da perna da menina para, durante a operação, extrair-lhe o rim... A investigação foi interrompida pela Polícia Federal. O Conselho Federal de Medicina julgou o processo e o veredicto foi absolvição por falta de provas”.

As populações pobres e em desvantagem social também não têm permanecido caladas diante da ameaça à sua integridade física e dignidade. De longa data, largos segmentos de indivíduos e populações sem muito ou nenhum “capital simbólico” têm anunciado seus próprios medos e ultraje por meio de boatos terríveis e lendas urbanas que, à sua maneira, alertam para a existência e perigosa proximidade de mercados de corpos e suas partes (ver discussão adiante). A circulação desses rumores que de tempos em tempos ressurgem em novas variações tem ajudado a criar em alguns países do Sul (como Brasil e Argentina) um clima de resistência “civil” quanto a doações voluntárias de órgãos mesmo quando feitas em contextos perfeitamente legais (Scheper-Hughes, 1996a). Associações médicas e governamentais têm tentado, sem muito sucesso, corrigir essa “desinformação” disseminada pelos persistentes rumores de roubo de órgãos.

2. Comunicação pessoal de Margaret Lock (atualmente desenvolvendo um estudo comparativo sobre cirurgias de transplante no Japão e Canadá).

3. Ver matéria “U.N. Says 2 Chinese Offered Organs From the Executed”, in *The New York Times*, 24 de fevereiro de 1998, p. A1. Ver também matéria “German Company to Leave China Over Sales of Organs” in *The New York Times*, 7 de março de 1998, p. A5.

Algumas das palavras-chave em transplantes de órgãos que requerem uma desconstrução radical são *escassez, necessidade, doação, vida, morte, oferta e procura* – termos que “encobrem” suas mediações tecnológicas, médicas e econômicas. A idéia da escassez de órgãos, por exemplo, é uma premissa poucas vezes examinada na vasta racionalidade e prática da cirurgia de transplantes e seus aparatos de captação de órgãos. A escassez de órgãos é invocada como um mantra, sem questionamento das longas filas de espera de candidatos a cirurgias de transplante (Randall, 1991). Só nos EUA, apesar de um bem organizado sistema nacional de distribuição de órgãos e uma lei que obriga os hospitais a requererem órgãos de familiares próximos, há cerca de 50 mil pessoas atualmente esperando em várias listas ativas de espera. Essa “escassez”, no entanto, foi criada por técnicos em transplante e representa uma necessidade artificial que, na verdade, nunca vai ser satisfeita, pois subjacente à escassez está a negação e recusa da morte por parte dos indivíduos e a possibilidade (técnica e legal), sem precedentes, da extensão da vida bruta com “órgãos vivos” de outros.

Introduzimos o termo “vida bruta” (o que para os gregos era *zoe*, o “simples” fato de viver, comum a todas as coisas orgânicas) como um paralelo conceitual a “morte cerebral”, para enfatizar que, em tempos de transplantes, a vida e a morte como conhecíamos outrora mudaram e foram refeitas com partes substitutas, fac-símiles e hologramas. Por exemplo, a determinação da hora (ou momento) da morte tornou-se território de técnicos e do Estado, uma vez que as pessoas comuns são incapazes de reconhecer a morte na sua nova forma legislada. Nas palavras de um especialista e ardente defensor da morte cerebral nos seus primórdios: “Precisamos, portanto, definir o momento do fim e não depender, como outrora, da rigidez do cadáver e, menos ainda, dos sinais de putrefação; [precisamos] simplesmente nos ater à morte cerebral... O que sucede é a possibilidade de intervir na pessoa falsamente viva. Só o Estado pode e deve fazer isso... Organismos pertencem ao poder público: o corpo é nacionalizado” (Agamben, 1998: 165, citando documentos coletados por Dagognet). No entanto, a chamada “dívida de vida” estendida a pacientes terminais (coronários, pulmonares e hepáticos) é de fato, muitas vezes, algo bem diferente daquilo que a noção de senso comum chamaria de vida. Por exemplo, as taxas de sobrevivência (registradas em estatísticas hospitalares) de um grande número de pacientes com fígados transplantados escondem suas experiências de “viver morrendo”. Ou seja, muitos pacientes “de sucesso” passam semanas e meses em sofrimento, confinados a seus leitos, e por vezes morrem nos próprios hospitais.

Em todo caso, os argumentos acerca da “escassez de órgãos” têm produzido o que a antropóloga canadense Margaret Lock (1996, 1997) chama de “necessidade de rapina” e o que o sociólogo japonês Tsuyoshi Awaya (1994) denomina abertamente de “canibalismo social” (ou “amigável”). “Nós estamos agora olhando os corpos uns dos outros com ganância”, diz Awaya, “como uma fonte potencial de partes sobressalentes destacáveis, com as quais podemos prolongar nossas vidas.” O sociólogo japonês não está disposto a condenar esse emergente contrato social e, de certa maneira, não quer que doadores e receptores sejam literal e explicitamente confrontados com o tipo de intercâmbio social no qual estão envolvidos. O fato é que nesse contexto a “biosociabilidade” (Rabinow, 1996) de poucos é possível mediante a incorporação literal e unilateral de partes de cor-

pos que, muitas vezes, não têm outro fim, uso ou destino social que não a morte (Castel, 1991; Biehl, s.d.; Scheper-Hughes, 1992).

O discurso sobre “escassez” encobre a superprodução de um excesso de órgãos desperdiçados e de “má qualidade” que podem ser encontrados em lixos de hospitais de todo o mundo. Esse desperdício se deve em grande medida à falta de infra-estrutura e treinamento técnico para captação e também, em parte, à simples má vontade e/ou prioridades de técnicos e especialistas médicos. Tanto na África do Sul quanto no Brasil muitas equipes de transplante ridicularizam abertamente a noção de “escassez de órgãos” dada a incrivelmente alta taxa de mortalidade entre populações jovens devido a acidentes de trânsito e homicídios, que produzem uma superabundância de “cadáveres saudáveis” e órgãos potencialmente utilizáveis. Algumas dessas equipes também deixam entrever que a escassez local de órgãos é muitas vezes intencionalmente induzida pela crescente competição entre hospitais públicos/acadêmicos e privados. Como diz uma enfermeira que trabalha numa unidade particular de transplantes em São Paulo: “O governo quis fazer a população acreditar que o problema da doação de órgãos estava na negativa da família. Isso não é verdade. A verdade é a seguinte: o sistema de saúde no Brasil não tem infra-estrutura para manter o doador adequadamente. A gente perde doadores a rodo. E pior ainda: quantas vezes você acha de ter um doador perfeito (por exemplo, um cara saudável, de 25 anos, que teve um acidente e está em morte cerebral, o resto está inteiro), aí tem um feriado prolongado, não tem quem faça [o transplante]. O coração vai para o lixo”.

Se, por um lado, oficialmente há sempre uma escassez na oferta de órgãos de “boa qualidade”, por outro, conforme aponta o diretor de um banco de olhos no Brasil, existem “sobras” de órgãos e tecidos circulando pelo mundo. Ao longo dos anos a América Latina tem sido um depósito favorito de produtos e estoques rejeitados no primeiro mundo, e agora isso inclui um “excesso” de córneas de má qualidade. Segundo esse médico, em entrevista concedida em 1998, o International Cornea Project envia o excesso de córneas para o seu centro: “lógico que não são as melhores córneas... mandam uma sobra que foi desprezada pra gente utilizar”.

Tais práticas certamente contribuem para a transferência de saberes e tecnologias de transplante para áreas tidas como “em desenvolvimento”. Essas práticas transnacionais são tanto criticadas quanto defendidas por especialistas em transplantes. Alguns anos atrás, por exemplo, um grupo de cirurgiões, sob a liderança do Dr. Thomas Starzl, da Escola de Medicina da Universidade de Pittsburgh, tentou estabelecer um acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, pelo qual tecnologia médica de ponta seria trocada por fígados humanos. Os cirurgiões americanos defenderam a proposta como sendo um passo em direção a um intercâmbio internacional de órgãos guiado pelo simples cálculo de oferta e demanda. O Brasil ainda não tinha desenvolvido muitos centros especializados para esse tipo de transplante e parecia ter um excesso de fígados não usados, “prontos” para atender as necessidades de pacientes norte-americanos. O Brasil está desenvolvendo o programa de transplantes de fígados nos seus próprios termos e o “excesso de oferta de fígados” é mantido para a seletiva clientela nacional que tem acesso a esse difícil e caríssimo procedimento cirúrgico.

Os dilemas de justiça social inerentes às práticas de transplantes de órgãos há muito tempo têm criado mal-estar entre ativistas de direitos humanos, médicos humanistas e, por

vezes, indignados intelectuais. Hoje em dia, debates sobre a distribuição desigual dos benefícios de transplantes e o comércio de órgãos – internacional ou doméstico – coexistem com fortes sentimentos e paixões nacionalistas. De forma, assim, o corpo doador, vivo ou morto, está de fato sendo nacionalizado (Agamben, 1998). A mera idéia de “fígados brasileiros” irem para pacientes norte-americanos indigna um cirurgião brasileiro segundo quem os órgãos devem ser mantidos como “um tesouro nacional” – uma expressão freqüentemente ouvida (em diferentes versões) em várias regiões do Brasil e na nova (democrática) África do Sul. Uma enfermeira e irmã coordenadora da unidade de transplantes de um grande hospital particular na Cidade do Cabo comentou sobre os freqüentes pedidos de estrangeiros ricos vivendo em Botswana e Namíbia (de origem alemã, britânica e israelense) por acesso a órgãos e transplantes na África do Sul: “certamente não consigo impedi-los de vir aqui, mas digo de forma direta e inequívoca que, dependendo de mim, os órgãos sul-africanos pertencem aos cidadãos da África do Sul. Antes de ver uma pessoa branca da Namíbia botar as mãos num coração ou rim que pertencem a uma criança negra da África do Sul, eu mesma vou dar um jeito de que o órgão se perca num balde”. Os sentimentos nacionalistas dessa irmã não são necessariamente comungados por cirurgiões para quem outras considerações são prioritárias – especialmente a capacidade dos estrangeiros e pacientes do “outro lado da fronteira” de pagar o dobro ou mais que o Estado ou as companhias de seguro pagam aos cirurgiões.

Entretanto, as preocupações e discussões sobre justiça social e inalienabilidade do corpo são contrapostas a argumentos igualmente fervorosos a favor da autonomia individual, que incluiria o direito de doar ou de vender os próprios órgãos (ver Daar, 1992; Kervorkian, 1992; Marshall, Thomas e Daar, 1996; Richards, s.d.). Esse amálgama de posições e discursos aponta para a constituição de novos laços sociais, concepções de justiça e contrato social em torno dos fins e usos mercadológicos do corpo.

UMA ANTROPOLOGIA DOS ÓRGÃOS HUMANOS

O crescimento fenomenal da cirurgia de transplante dentro do contexto/tempo de um neoliberalismo triunfante e a comercialização de órgãos humanos levantam inúmeras questões centrais à Antropologia, tais como: relações entre eu/corpo/sociedade (Scheper-Hughes, 1994; Csordas, 1994); intercâmbio social, reciprocidade e a dádiva (Mauss, 1977; Bourdieu, 1977) *versus* mercadoria (Appadurai, 1986; Taussig, 1992); tecnologias científicas e tecnologias sociais (Canguilhem, 1994; Foucault, 1979; Strathern, 1992; Rabinow, 1996, s.d.); legados coloniais, regimes autoritários e morte (Taussig, 1986; Comaroff, 1985; Scheper-Hughes, 1992; Biehl, 1998). As práticas e aparatos de transplantes cirúrgicos têm demonstrado seu poder de reconceitualizar o corpo humano e as relações de partes do corpo com o todo, com a pessoa, e desta com os outros. Tanto nos países do Sul quanto nos países afluentes do Norte, noções de senso comum sobre corpo, órgãos, vida estendida e hora da morte estão sendo rapidamente reinventadas no rastro desses avanços vinculados a mudanças de leis sobre os direitos das famílias e do estado de acesso ao corpo moribundo. A voz da Antropologia na maioria das vezes está calada ao longo dessas transformações e processos de propósitos múltiplos, sendo que os debates e confrontos “reais” têm acontecido, em geral, entre médicos, cirurgiões, bioeticistas, sociólogos e economistas.

Quando conceitos tais como “autonomia” e “agente” são invocados para defender os “direitos” daqueles indivíduos que talvez queiram vender um órgão sobressalente, há que se perguntar se certas “coisas vivas” são, de fato, candidatas legítimas à mercantilização e à venda. Enquanto para um grande número de cirurgiões e administradores um órgão é um mero (e precioso) objeto de saúde, a perspectiva antropológica crítica de Veena Das⁴ pergunta, por exemplo, pelo elementar: “Mas, afinal de contas, o que exatamente é um órgão?”. Existe alguma ressonância familiar entre a concepção médico-cirúrgica do rim como uma redundância, uma parte sobressalente, e, por exemplo, a visão do empobrecido tecelão indiano de que seu rim, além de ser uma fonte singular e preciosa de vida, talvez também seja um meio desesperado de confrontar impasses econômicos que tornam sua vida insuportável? Cabe à Antropologia enfatizar que esses dois “objetos” não são comparáveis, que um rim para um cirurgião transplantador não é a mesma “coisa” que um rim para alguém vivendo em condições de perpétua insegurança ontológica – assim como nenhum desses dois objetos equivale diretamente àquele “objeto” de “vida” que falta ao desesperado paciente renal (ainda que tenha “condições” financeiras).

Segundo Das, quando bioeticistas afirmam que precisamos pensar o novo desta “época” a partir da premissa de que o corpo (e seus órgãos) é propriedade do indivíduo, os antropólogos acertam ao introduzir nosso cauteloso relativismo na discussão. Quando pessoas vivem em condições sociais e econômicas de abandono, pode-se ainda dizer que são “donas” de seus rins? Essa premissa supostamente auto-evidente (e pastoralmente redefinida em discussões bioéticas) é negada, por exemplo, pela experiência coletiva de empobrecidos trabalhadores no dia-a-dia da zona canavieira do Nordeste do Brasil. Essa vida sobrevivida em regime de semi-escavidão e fome chega a conclusões opostas de forma igualmente absolutista: “Nem somos donos dos nossos próprios corpos” (Scheper-Hughes, 1992, cap. 6).

Entretanto, as novas biotecnologias e práticas médicas correlatas colocaram em dúvida pensamentos ocidentais convencionais sobre o Corpo, o Indivíduo e o Eu. Como continuar usando logicamente noções iluministas de que o corpo é a propriedade inalienável do indivíduo à luz das diversas e conflitantes demandas por tecidos humanos e material genético (ver Rabinow, 1996; Andrews, 1998; Curran, 1992; Neves, 1993)? E o que dizer sobre as reivindicações unilaterais em países que adotaram leis de “consentimento presumido” (como Espanha, Áustria, Alemanha e mais recentemente o Brasil), dando ao Estado a total autoridade de dispor como achar conveniente de corpos e órgãos no momento da morte do indivíduo? No Brasil, desde a passagem da nova lei de transplantes é comum ouvir-se referências ao cadáver como “corpo do Estado”. Certamente, nem a família nem a Igreja têm controle (como em outros tempos) sobre o corpo quando o sujeito morre.

Embora a maioria dos médicos tenha deixado de lado suas dúvidas e ambigüidades “científicas” sobre os critérios de morte cerebral, muitos permanecem cautelosos em usar essas novas noções com respeito à morte sistemática e somática. *Brain stem death* não é uma percepção de senso comum ou intuitiva. A apreciação da morte como uma decisão científica

4. A discussão que segue sobre as atuais preocupações bioéticas sobre o corpo mercantilizado e a ciência médica do Estado deve muito à apresentação oral feita pela socióloga Veena Das na conferência sobre comércio de órgãos em Berkeley, abril de 1996.

co-política ainda está longe de ser algo óbvio para quadros de enfermagem, médicos especialistas e, principalmente, familiares de vítimas. Que indeterminação conceitual dá conta do hiato entre morte cerebral e morte somática? A morte cerebral antecipa ou leva à morte? Que inconsistências lógicas precisam ser ignoradas a fim de que se aceite pacificamente uma morte que antecede a morte? Qual é a relação prática entre o tempo do decreto de morte cerebral e a demanda temporal (*deadline*) para captação de órgãos úteis? Um patologista ligado ao famoso Hospital Groote Schurr, na Cidade do Cabo (onde Christian Bernard experimentou com sucesso o primeiro transplante de coração), rejeita veementemente o conceito de “morte cerebral”. Numa entrevista em 1996, esse médico comentou: “Falando como um patologista, há somente dois estados orgânicos: vivo e morto. Médicos sabem melhor o que está em jogo e deveriam falar a verdade aos familiares e a si próprios. Facilmente poderiam chegar-se aos familiares dizendo ‘O seu ente querido está para além de qualquer esperança de recuperação. Vocês nos permitiriam desligar as máquinas que o estão mantendo num estado vegetativo para que possamos captar os órgãos e assim salvar a vida de uma outra pessoa?’. Assim [a transação seria] ética. É necessário um pouco de honestidade básica”.

Como Das observou, o corpo pode ser definido como “cerebralmente morto” para certos propósitos (como diminuição de custos de manutenção de “vida artificial” ou captação de órgãos), enquanto para outros propósitos (como laços familiares, afetos, credos religiosos ou noções culturais de probidade e dignidade) ele pode ainda ser percebido como “vivo”. Mesmo quando a morte somática é óbvia para os membros da família (“o ente querido que se foi”, “nosso amado irmão” etc.), a mudança de percepção de “corpo morto” para “cadáver usável” talvez leve mais tempo para ser assimilada do que o tempo técnico disponível para a captação de “órgãos em boas condições” (um tempo que a ciência está estendendo com novos métodos e produtos). Em muitas das sociedades industrializadas “avançadas”, incluindo os EUA (ver Kolata, 1995), a morte cerebral ainda está por ser popularmente respaldada e consumada como uma visão de senso comum. Se esse é o caso, o que dizer então de países onde transplantes são práticas raras ou recentes (ver *San Francisco Chronicle*, 9/1/1988: A9). Não se trata, como alegam muitos especialistas, de tão-somente educar percepções tidas como “errôneas ou obscuras” entre as massas ignorantes e desinformadas. É preciso problematizar essas faltas de consenso no contexto da longa história de exploração econômica e médica de corpos pobres excedentes.

A princípio, a realidade dos transplantes de órgãos parece ser totalmente inédita – com novas idéias e práticas sobre o corpo, órgãos, a pessoa, intersubjetividade, trocas corporais, mortalidade, “ressurreição” e imortalidade. Cirurgiões transplantadores geralmente enfatizam que o “problema” da “escassez” de órgãos é um fato sem precedentes históricos, baseado no acesso a novas tecnologias e novos critérios médicos. Mas há genealogias a serem exploradas e consideradas eticamente. A presente “escassez de órgãos” está em continuidade com os primórdios dos discursos e práticas biomédicas em torno da “falta” de corpos humanos e partes de corpos para autópsia e experimentação médica (Majno, 1969; Foucault, 1975; Laqueur, 1983). Na Europa, dos séculos XVI ao XVIII, os cadáveres de prisioneiros enforcados eram oferecidos a barbeiros e a cirurgiões, que poderiam usufruir deles como bem entendessem. De longa data, corpos de criminosos têm “função científica” – hoje em dia, na China, corpos de criminosos (de pequenos ladrões a prisioneiros políticos) são usados para

suprir as demandas das cirurgias de transplante (Rothman, 1996). E assim no Brasil, onde não raro pobres doentes são levados para aulas de anatomia em hospitais universitários, como um meio de “pagarem” suas dívidas médicas (Scheper-Hughes, 1992).

Isso nos leva a outra pergunta antropológica: o que é definido como “sobra” em cada sociedade (ver Scheper-Hughes, 1997)? Essa questão tem relevância extrema para as vidas dos mais pobres em países como Índia e Brasil, marcados por um excesso de corpos miseráveis, não identificados, sem ninguém que os queira cuidar ou enterrar (ver Scheper-Hughes, 1992; Biehl, s.d.). As reivindicações médicas sobre corpos residuais tem uma longa linhagem colonial/moderna. Durante os primórdios do período moderno, na Europa Ocidental, pobres não tinham autonomia na hora da morte e seus corpos podiam ser legalmente confiscados dos dispensários e “vendidos” para estudantes de medicina e hospitais. Uma vez que o “corpo” era considerado parte dos “bens” do morto e podia ser usado para cobrir dívidas de longa data ou outras obrigações pendentes, freqüentemente os corpos pauperizados mortos não acabavam nas mãos dos familiares. Entre outras coisas, esses corpos “não identificados” eram usados para pesquisas médicas e outras práticas pedagógicas. Em diversas partes do mundo contemporâneo, como no Nordeste do Brasil, por exemplo, os pobres ainda imaginam que o Estado pode fazer o que quiser com “respeito” aos seus corpos. Muitos resistem a hospitalizações e imploram para poder “morrer em casa”. Por razões similares, amplos segmentos da classe trabalhadora no Brasil opõem-se à nova lei de doação presumida, pois temem que seja usada contra eles (por exemplo, apressando suas mortes) para servir às necessidades (seletivas) insaciáveis dos mais afluentes. Como veremos adiante, esses medos não são infundados.

De maneira semelhante, na história de regimes coloniais e autoritários encontramos paradigmas que hoje em dia continuam dando forma a intercâmbios sociais e práticas de governo (Foucault, 1991). Regimes coloniais, como o fomentado pela coroa britânica, valeram-se de ícones e práticas médicas (mediados por aparatos humanistas e missionários) para consolidar dominação, disciplinar e “civilizar” indivíduos e coletividades inteiras nas colônias (Comaroff e Comaroff, 1992). As colônias tornaram-se “laboratórios” para experimentos sociais com as ciências naturais e práticas de saúde pública. Nesse processo, o papel “universal” e governamental das ciências naturais e médicas foi mais e mais formalizado (Biehl, 1998). Nas sociedades modernas – tanto autoritárias quanto democráticas –, o poder soberano do Estado tem expandido seu controle sobre o corpo e a morte mediante inéditas conexões com os avanços das ciências da vida e práticas biomédicas. Um dos pontos de origem e referência para as modernas “políticas de morte” (*thanato politics*) é a experimentação médica feita durante o nazismo (Agamben, 1998). Por meio da combinação de ciências eugênicas aplicadas e sentenças de morte, os habitantes dos campos de concentração eram reassimilados à sociedade como “mortos-vivos”, isto é, como vidas brutas que podiam ser assassinadas sem que ninguém fosse formalmente acusado. Tais “mortos-vivos” funcionam como contraponto para a constituição de novas leis de cidadania e a formulação de auto-identificações para os habitantes da “normalidade” (Biehl, s.d.).

Guardadas as devidas proporções e especificidades, os regimes militares que emergiram na América Latina nos anos 60 e 70 experimentaram impunemente com os corpos de milhares de suspeitos de dissidência política. Desaparecimentos e tortura foram uma parte

desse processo. Durante a “Guerra Suja” na Argentina, entre 1976 e 1982, crianças de prisioneiros foram dadas como “prêmio” para famílias de militares sem filhos (ver Suarez-Orozco, 1987), o que era justificado em nome de “salvar” as crianças do gérmen comunista. Também surgiram alegações de que nesse período existia um mercado ilegal de sangue, córneas e órgãos captados de pacientes “executados” (ver Chaudhary, 1992, mencionando o *British Medical Journal*). Na África do Sul, durante as piores fases do regime do apartheid, institutos médicos legais patologistas do Estado captavam órgãos e tecidos de corpos “sem identificação”, incontáveis vítimas da violência nas *townships* e de confrontos policiais.

No final dos anos 70, no Brasil, por exemplo, a relação entre transações com órgãos, aparatos militares e impunidade eram flagrantes, como afirma um renomado médico paulista: “As equipes de transplantes dos Hospitais K e Y são verdadeiros bandidos atrás de dinheiro. Não pense que estou fazendo acusações levianas, sem fundamento. Sei do que estou falando. Tenho conhecimento disso há muitos anos. A ousadia da equipe de transplantes do Hospital K era tanta durante o governo militar (hoje eles tentam se cuidar um pouco), que eles transportavam órgãos pela Via Dutra, de uma Escola de Medicina do interior do estado, escoltados pela polícia de motocicleta, para os órgãos chegarem em São Paulo com maior rapidez. Imagine: [órgãos com] escolta policial!”.

Esse mesmo médico também recorda a história de um indigente, paciente de um hospital do interior de São Paulo, que, no início dos anos 80, teve traumatismo craniano e estava em coma profundo: “o paciente foi tratado com barbitúricos [Gardenal ou então Dormonid] para ter a morte encefálica apressada. Esse hospital era tão pobre que quando um paciente estava em coma não havia aparelhos capazes de averiguar se se tratava de coma ou morte cerebral...”. Dadas essas práticas bizarras com o corpo dos miseráveis, esse médico é totalmente contra a atual lei de doação presumida: “É uma lei contra os pobres. Ninguém vai tirar rim no hospital particular, onde existe toda uma equipe de ajuda psicológica aos familiares daqueles que poderiam ser doadores... Não é desse cidadão que o rim vai sumir. É do indivíduo pobre, sem recursos, cuja família está muitas vezes a centenas de quilômetros de distância”.

OS BOATOS DE ROUBO DE ÓRGÃOS: UMA LENDA URBANA NO FINAL DO SÉCULO

A linhagem desta pesquisa em andamento remonta a boatos que circulavam entre a gente pobre do interior de Pernambuco na metade dos anos 80 (ver Scheper-Hughes, 1992, cap. 6; Scheper-Hughes, 1996a). Eram vozes de gente sofrida, os pobres dos pobres, morando nas favelas à beira de barrancos de um município da indústria canavieira (onde realizo pesquisa de campo desde 1964). Por volta de 1984, os tempos da violência política haviam passado e a gradual transição para uma sociedade democrática, acompanhada de medidas austeras de reajustamentos estruturais via Fundo Monetário Internacional, trazia à tona novas esperanças assim como novas formas de sofrimento social. Estórias de seqüestro de crianças emergiram durante esse momento de transição. Os rumores advertiam sobre o rapto e a mutilação de crianças que eram objeto de “olho gordo”, uma fonte de partes extras para ricos do primeiro mundo que precisavam fazer transplantes. Os moradores da favela relatavam múltiplas visões de kombis dirigidas por agentes médicos americanos e japoneses, que estariam espreitando vizinhanças pobres à procura de crianças e jovens vagando perdidos.

Diziam que as crianças eram apanhadas e arrastadas para dentro da parte traseira da kombi. Os corpos infantis descartados e eviscerados – sem coração, pulmões, fígado, rins e olhos – apareceriam mais tarde à beira da estrada, nos canaviais ou em lixos de hospitais.

A princípio, interpretei esses boatos como criativas invenções de gente humilde, na sua maioria analfabetos, que não tinham como substanciar reivindicações tão extremadas. Essas narrativas falavam diretamente sobre a insegurança ontológica e física vivida por esses pobres na face da terra, “contra quem se faz qualquer coisa”. Os boatos refletiam as ameaças cotidianas que colocavam em risco a segurança do corpo, medos de violência urbana, terror policial, anarquia social, roubo, perda e fragmentação. E o medo relacionado às novas cirurgias de transplantes? Certamente estava vinculado a temores mais antigos ligados ao descaso e à experimentação médica com os corpos dos miseráveis. Imaginavam que os hospitais faziam autópsias para coletar órgãos como uma maneira de pagar as dívidas do paciente. Era comum ouvir-se que “pessoas como nós não valem nada”.

Aqueles rumores “logicamente” conectavam (e confundiam) o robusto mercado de “bebês sobressalentes” para a adoção internacional com o mercado de “partes sobressalentes” para a cirurgia internacional de transplantes. Na realidade, futuros pais adotivos (na maioria da Europa, Estados Unidos e Israel) dependem de intermediários que localizam bebês em “orfanatos”, muitas vezes simplesmente casas de passagem onde os bebês são “engordados” para a adoção final. Nesse processo, a “taxa legal” (alguns milhares de dólares) passa por inúmeras mãos. Os pais adotivos sabem pouco ou nada sobre os pais da criança, mas têm sempre assegurado o “fato” de que as mães de livre e espontânea vontade “doaram” seus bebês. Numa cidade do interior de Pernambuco, registrei inúmeros casos de adoção coagida: entre 1992 e 1996 pelo menos 22 casos de adoções internacionais passaram pelas mãos de um juiz corrupto que intermediava o lucrativo negócio – esse juiz foi removido do cargo. Em meio a esse contínuo e co-existente mercado negro de bebês e órgãos, não podemos simplesmente classificar os pobres como ignorantes por pensarem que suas crianças são avidamente desejadas tanto vivas quanto por seus órgãos e, portanto, mortas.

Os rumores do roubo de órgãos expressam o crônico “estado de emergência” (ver Taussig, 1992, citando Benjamin) no qual a grande maioria dos pobres vive. Os boatos de expropriação e mutilação expressam a subjetividade de subalternos vivendo numa zona negativa de existência onde, por um lado, vidas e corpos são experimentados como uma crise crônica de presença (fome, doença, ferimentos) e, por outro, como uma crise constante de ausência e desaparecimento (agudizados nos regimes militares). Essas estórias, passadas de boca em boca, são no mínimo metaforicamente verdadeiras, operacionalizadas por meio de substituições simbólicas. Elas expressam um sentido intuitivo de que alguma coisa está gravemente faltando nesses corpos. Essa percepção está fundada numa realidade social e biomédica na qual os corpos dos pobres e de suas crianças são vistos como dispensáveis, como forragem para os ricos, e com a possibilidade real de ter a morte clinicamente induzida.

Cabe aos antropólogos que trabalham nesse campo obscuro desenlaçar os rumores de roubo de órgãos e expropriação de corpos das realidades terríveis dos efeitos da violência cotidiana e dos maus-tratos médicos (Scheper-Hughes, 1996a). Existem ocasiões em que os rumores e metáforas sobre roubo de partes do corpo são materializados em fatos etnográficos.

Por exemplo, em 1995, o caso do “desaparecimento” dos olhos de Olívio Oliveira, 56 anos, referido como tendo “problemas mentais”, morador de uma favela em Estância Velha, na Grande Porto Alegre, recebeu atenção nacional e internacional. O caso foi investigado por médicos, cirurgiões, administradores hospitalares, polícia e jornalistas. Não chegou-se a conclusões definitivas; ninguém foi indiciado ou preso. Enquanto alguns especialistas insistem que ratos ou urubus comeram os olhos do pobre homem, outros enfatizam que eles foram extraídos de forma cuidadosa e minuciosa, sugerindo um trabalho de técnicos. Como, por quê ou com que fim os olhos foram retirados, nunca foi descoberto. Aventou-se a possibilidade de que as córneas tenham sido transplantadas ou que corruptos políticos locais tenham usado os olhos para práticas de magia negra. Por fim o caso foi fechado.

No nosso mundo racional, boatos são uma coisa (desacreditada), mas relatos científicos em prestigiadas revistas médicas internacionais são outra bem diferente (creditada). No entanto, em meados dos anos 80, as duas narrativas começaram a confluir. A veracidade dos rumores de roubo de órgãos não se limitava mais à análise dos contextos das realidades médicas e sociais que circundavam cirurgias de transplantes e tráfico de bebês – mais e mais as metáforas se materializavam em fatos brutos. Dezenas de artigos publicados no *The Lancet*, no *Transplant Proceedings*, no *Journal of Health, Politics, Policy and Law* reportavam evidências sobre a crescente comercialização de órgãos humanos. Os artigos iam desde a Índia, onde existe um verdadeiro “bazar de órgãos” (ainda que oficialmente banido por novas leis), à China, onde diversas denúncias de ativistas confirmavam o uso de órgãos de prisioneiros políticos executados em lucrativos procedimentos cirúrgicos; da África do Sul, onde a Comissão Independente de Verdade e Reconciliação recebia acusações acerca de um macabro tráfico de partes do corpo de institutos médico-legais controlados pela polícia para curandeiros envolvidos em práticas de magia, ao Brasil, onde várias formas de “compensações e dádivas” para amigos e parentes são feitas a fim de “facilitar” a prática de cirurgia de transplantes, e aos Estados Unidos, onde o Comitê de Ética da Associação Americana de Medicina está avaliando a proposta de criação de um “futuro mercado” de órgãos humanos.

O DIREITO DE VENDER E MERCADOS FUTUROS

A despeito desse disseminado pânico moral sobre a integridade física, alguns cirurgiões e bioeticistas, como o Dr. Abdulla Daar, membro da equipe de trabalho Bellagio, vêem a comercialização e a mercantilização dos órgãos humanos, quer se concorde ou não com elas, como um fato irreversível. Trabalho é vendido, sexo é vendido, espermatozoides são vendidos, bebês também são internacionalmente vendidos para adoção. O que tornaria os rins tão especiais e dignos de isenção?, pergunta Daar. Segundo ele, é necessária a criação de rigorosos mecanismos de inspeção e regulação, além da formulação de uma declaração oficial dos Direitos dos Doadores, que informaria e protegeria os doadores em potencial.

Outros membros da equipe de Bellagio discordam da fé depositada por Daar nas noções ocidentais de contrato e “opção” individual. Eles têm em mente os contextos sociais e econômicos de extrema pobreza que tornam a “opção” de vender um rim tudo menos algo simplesmente “livre” e “autônomo”. Da mesma maneira, é problemática a idéia de “consenti-

mento” numa prisão onde o executor está à frente do detento e os cirurgiões aguardam a morte. Ademais, como dar conta do estado clínico dos que vendem os órgãos e na maioria das vezes não são vistos como pacientes segundo a perspectiva médica?

Em resposta à defesa de Daar da idéia de venda autônoma de órgãos e sua insistência em que os discursos baseados em “direitos humanos” são “paternalistas”, Veena Das tem contra-argumentado que em todas as noções de contrato há certas exclusões – como nas leis familiares, trabalhistas e antitrust. Há pressupostos básicos com respeito à proteção de certas áreas da vida – tudo o que viria a danificar relações sociais e comunitárias –, as quais deveriam ser colocadas fora das teorias contratuais. Um preço de mercado – ainda que justo – para partes do corpo explora o desespero dos pobres, afirma Das. Nessa linha de pensamento, muitos humanistas e bioeticistas assumem como evidente que certos objetos (como órgãos sólidos impossíveis de reposição) são bens fundamentalmente inalienáveis da pessoa. Pedir que a lei negocie, como sugere Daar, um preço justo e “bom” por um rim de doador vivo é pedir que ela vá contra tudo o que a teoria contratual e a sociedade enquanto tais representam.

Entretanto, o movimento em direção à comercialização legal de órgãos está ganhando terreno nos Estados Unidos. A Associação Americana de Medicina (AMA) está considerando a possibilidade de criação de incentivos financeiros que habilitariam pessoas a deixar seus órgãos, de acordo com certo preço, para herdeiros ou para entidades de caridade. O Dr. L. R. Cohen (nenhuma relação com o antropólogo Lawrence Cohen) propôs a idéia de um “mercado futuro” de órgãos cadavéricos que operaria por meio de contratos oferecidos ao público em geral. Esses contratos estipulariam que caso órgãos fossem transplantados com sucesso de um corpo morto, uma quantia substancial seria paga aos herdeiros conforme lavrado em testamento. Cohen sugere a quantia de 5 mil dólares por órgão utilizado. Essa proposta está baseada na idéia de que um mercado pode existir lado a lado com altruísmo e outros valores, e mesmo complementá-los. Dídivas puras podem ser esperadas de familiares, mas para prover órgãos para estranhos talvez sejam necessários impulsos financeiros.

O Dr. Charles Plows, Diretor do Comitê de Ética e Assuntos Jurídicos da Associação Americana de Medicina, em princípio concorda com a proposta de Cohen: “o único que não ganha nada nesta transação de captação e transplante é o indivíduo que morre. O hospital ganha dinheiro alocando o espaço para os trabalhos. Os cirurgiões transplantadores acertam os seus honorários. Os pacientes ganham um órgão salva-vidas. Mas o homem ou a mulher que doa o órgão não recebe nada”. Atualmente a AMA está estudando diversas opções: uma é colocar um preço fixo por órgão, outra é deixar que as forças do mercado – oferta e procura – ajustem o preço. A idéia desse mercado de órgãos ainda soa estranha para muitos médicos norte-americanos, mas o Dr. Plows e colegas estão levando as coisas adiante e provavelmente um projeto-piloto do governo seja colocado em funcionamento.

ÍNDIA E CHINA: BAZAR DE RINS E CORPOS COLETIVOS

Os primeiros rumores sobre a existência de um mercado e tráfico de órgãos vieram à tona em 1983, quando o médico americano H. Barry Jacobs estabeleceu um “Intercâmbio Internacional de Rins” na tentativa de intermediar rins de doadores vivos no Terceiro

Mundo, especialmente na Índia. No início dos anos 90, realizavam-se mais de 2 mil transplantes de rins com doadores vivos por ano, o que levaria Prakash Chandra (1991) e outros jornalistas a se referirem ao país como “o grande bazar de órgãos do mundo”. O urologista indiano Dr. K. C. Reddy (com uma lucrativa prática de transplante de rins em Madras) estava entre os primeiros profissionais a propor pagamentos aos doadores vivos, argumentando que a legalização do comércio eliminaria os intermediários que lucram explorando os doadores e que, assim, teriam seus ganhos reduzidos. Entrementes, em 1994, o mercado que fornecia rins para pacientes ricos do Oriente Médio foi relegado ao submundo, com a aprovação de leis criminalizando a venda de órgãos. Relatos recentes de ativistas, jornalistas e antropólogos, incluindo Lawrence Cohen, indicam que a lei teve o efeito de produzir um mercado negro doméstico ainda maior. Em algumas áreas esse lucrativo negócio renal é controlado por gangues de crime organizado (em alguns casos com o apoio de líderes políticos locais) que, por meio do comércio de órgãos, têm expandido suas atividades para além do tráfico de drogas (heroína). Em outras áreas, o comércio é controlado por empresários hospitalares.

Em dezembro de 1997, a revista *Frontline*, da Índia (26/12/1997), desvendou um grande mercado ilegal de rins de Bangalore a Madras: uma imbricada rede estabelecida por médicos e intermediários lucra com a venda de órgãos de pobres para indianos ricos e para um pequeno número de estrangeiros desesperados em estado terminal. Intermediários recrutam doadores que, via de regra, necessitam do dinheiro para cancelar dívidas pendentes, cobrir inesperadas despesas familiares ou mesmo pagar por alguma operação necessária. Uma “brecha” na lei permite que doadores sem vínculos de parentesco, mas afetivamente relacionados aos receptores, possam doar seus rins uma vez que esse procedimento tenha sido aprovado por comitês médicos organizados localmente. Em áreas nas quais a venda de rins tornou-se uma importante fonte de renda, muitos desses comitês locais imediatamente enveredaram pelos caminhos da corrupção. Ou seja, as vendas de rins são agora conduzidas com a autorização dos comitês médicos.

Em recente pesquisa de campo, a socióloga Veena Das (Universidade de Nova Déli) foi confrontada com narrativas sobre roubo de órgãos oriundas de informantes de “boa reputação”. Em 1996, durante a conferência sobre “Comércio de Órgãos: Cultura, Política e Bioética do Mercado Global”, em Berkeley, Das relatou na National Public Radio (no programa “Marketplace”) a estória de uma mulher que, sofrendo de tremendas dores estomacais, foi a uma clínica onde o médico lhe disse: “Você tem pedras na bexiga e temos que removê-las”. O médico usou as pedras como pretexto para operá-la e retirar um rim que foi repassado a um intermediário.

A China é o único país que continua a usar os órgãos de prisioneiros executados para cirurgias de transplante. Embora essa prática tenha sido documentada por várias organizações internacionais de direitos humanos e pelo próprio FBI, os dirigentes chineses não têm permitido nenhuma forma de inspeção ou verificação dos procedimentos de execução. Em outubro de 1984, o governo chinês circulou internamente um documento afirmando que “o uso de cadáveres ou órgãos de prisioneiros executados deve permanecer estritamente em segredo, muita atenção deve ser prestada para evitar repercussões negativas” (Relatório “A

Procura de Órgãos e a Execução Judicial na China”, produzido pelo grupo Human Rights Watch/Asia, 1994: 7).

Em 1995, David Rothman visitou grandes complexos hospitalares em Pequim e Xangai, onde entrevistou inúmeros cirurgiões de transplantes e outros especialistas acerca das dimensões técnicas e sociais das práticas de transplantes nas suas respectivas unidades. Os médicos no entanto recusavam-se a responder perguntas tais como “De onde vêm os órgãos?”; “Qual é o número de estrangeiros que vêm ao hospital à procura de transplantes?”; “Quanto o hospital cobra pela cirurgia?”. Os olhares permaneciam silenciosos, diz Rothman.

O Dr. C. J. Lee, chefe da equipe de transplantes em Taiwan e também membro da equipe de Bellagio, tem falado abertamente sobre suas experiências profissionais com respeito a transplantes na Ásia. Até o governo atender às pressões de ativistas internacionais, a própria unidade cirúrgica em que ele trabalhava transplantava órgãos de prisioneiros executados. Segundo o Dr. Lee, evidentemente a China tem mantido essa prática devido ao seu imediato caráter lucrativo; mas também porque lá e em outros países asiáticos há bem menos demandas éticas e emocionais com respeito ao “consentimento informado”. Lee sugere que a racionalidade daqueles que executam os prisioneiros e transplantam seus órgãos deixa entrever que está em jogo aí uma moral social baseada no princípio de que o uso de órgãos permite ao bem advir do mal e finalmente triunfar.

Em 1996, durante a Conferência de Berkeley, Mr. Lin, imigrante chinês residente de Oakland, Califórnia, divulgou um incidente terrível e comum (também levado ao ar no programa “Marketplace” da NPR). Antes de vir para a Califórnia, em 1994, ele visitou um amigo num hospital de Xangai. Na cama ao lado encontrava-se um homem economicamente bem-sucedido e politicamente bem situado, que dizia estar aguardando um transplante de rim para aquele mesmo dia. Seu rim chegaria ao hospital assim que um prisioneiro fosse executado naquela manhã. Minutos após o condenado ser executado com um tiro na cabeça, os médicos presentes iriam extrair os rins e levá-los ao hospital onde duas equipes de transplantes já preparadas aguardavam. Valendo-se de informantes chineses e estatísticas penais e médicas, o grupo Human Rights Watch/Asia e a Fundação de Pesquisas Laogai foram capazes de documentar (janeiro de 1995) as denúncias de que o Estado chinês sistematicamente extraía rins, córneas, tecidos do fígado e válvulas coronárias de prisioneiros executados. Via de regra esses órgãos são dados como “bônus” a chineses com boas conexões políticas e/ou vendidos (cerca de 30 mil dólares por órgão) a “visitantes” enfermos de Hong Kong, Taiwan, Cingapura e outras nações vizinhas.

Harry Wu, ex-prisioneiro político, foi um dos primeiros ativistas a denunciar essas práticas. Wu também falou na Conferência de Berkeley: “Em 1992, entrevistei um médico que rotineiramente participava da remoção de rins de prisioneiros condenados. Certa vez, ele começou a chorar e disse que participou de uma cirurgia, tarde da noite, na qual dois rins foram tirados de um prisioneiro vivo, anestesiado. Na manhã seguinte o prisioneiro foi executado com um tiro na cabeça”. Nesse caso a morte cerebral veio após a captação dos órgãos vitais, em vez de precedê-la. Wu e outros ativistas sugerem que o governo chinês capta órgãos de cerca de 2 mil prisioneiros por ano. O número está crescendo, uma vez que a lista de crimes capitais na China tem se expandido a fim de acomodar a demanda por órgãos. Recentemente, a Anistia Internacional reportou que a nova campanha anticrime “linha dura” tem

levado a um crescimento de execuções de pequenos ladrões e evasores de impostos. Só em 1996 foram confirmadas 6.100 sentenças de morte, com pelo menos 4.367 execuções. Rothman, entre outros, está convencido de que por trás dessa draconiana campanha anticrime existe um próspero negócio médico e que o Estado patrocina “uma máquina de matar insaciável” direcionada por uma ávida “necessidade” de órgãos frescos e saudáveis.

Como mencionado anteriormente, em meados de fevereiro de 1998, o próprio ativista Wu intermediou uma ação do FBI na qual Chen Tong Wang, ex-promotor público, e outro cidadão chinês, Xingqi Fu, foram presos depois de se apresentarem como executivos médicos que viabilizavam a venda de órgãos de prisioneiros executados e intermediavam operações de transplantes para pacientes americanos na China (conforme processo criminal apresentado na Corte Distrital de Manhattan). Os *businessmen* ofereceram fígados, pâncreas, pulmões e tecidos – um par de córneas, por exemplo, poderia ser adquirido por cerca de 5 mil dólares. Uma vez confirmado, esse caso pode ser a primeira evidência criminal de comércio de órgãos documentada pelo governo americano.⁵ Na onda dessas denúncias e inquéritos, a companhia médica alemã Frenesius, localizada num subúrbio de Frankfurt, abandonou suas atividades com centros de diálise em Guangzhou (perto de Hong Kong), na China. Investigações internas da companhia (em parceria com o sistema hospitalar chinês) sugerem que pacientes estrangeiros estavam recebendo tratamentos de diálises no seu centro médico enquanto aguardavam o “recebimento de órgãos captados de criminosos executados”.⁶ O porta-voz da Frenesius enfatizou que a companhia não conhecia o papel de disfarce do centro (junto à clínica de transplantes), que era totalmente administrado por médicos chineses e controlado por comandos militares.

ÁFRICA DO SUL: O CORPO DO APARTHEID

Na África do Sul, as práticas de transplantes de órgãos revelam tremendas divisões sociais e econômicas que colocam doadores e receptores em populações opostas e antagônicas. As novas leis que definem as práticas cirúrgicas de transplante são extremamente rigorosas; as possibilidades de um mercado local envolvendo doadores vivos são reduzidas. Existe, no entanto, grande alarde e debate sobre a integridade dos corpos cadavéricos e os seus usos em cirurgias. Moradores das *townships* alegam que institutos médico-legais estão captando, de forma indevida e criminosa, partes de corpos tidos como “não identificados” para uso em cirurgias de transplante e em práticas de medicina mágica (*muti*). Não é de estranhar que nas favelas da Cidade do Cabo (onde Nancy Scheper-Hughes tem realizado pesquisa de campo desde 1993) a maioria das pessoas manifesta atitudes hostis e negativas com respeito à doação de órgãos. Residentes apontam para a unidirecionalidade dos órgãos – de corpos negros para ricos brancos – e para a contínua intervenção policial nos corpos negros. Cirurgias com o uso de alta tecnologia, criticam os negros e os “de cor”, são ainda uma prerrogativa dos brancos ou dos ricos de nações vizinhas. É notório que inúmeros pacientes renais de Mauritius, Namíbia e Botswana vêm para a Cidade do Cabo e Johannesburgo trazendo seus doadores

5. Ver *New York Times*, 24/2/1998, p. A1. Ver também matéria publicada no *San Jose Mercury News*, 19/3/1998.

6. Ver matéria “German Company to Leave China Over Sales of Organs”, *The New York Times*, 3/7/1998, p. A5.

“relacionados” (na maioria compensados financeiramente) para a realização de transplantes.

Em assentamentos rurais, freqüentemente ouvem-se rumores sobre corpos roubados de mortuários por médicos bruxos, crianças seqüestradas ou homens de negócios usando genitais extirpados em rituais de magia negra destinados a aumentar os seus lucros. Recentemente, numa *township* perto da Cidade do Cabo, um júri popular foi instaurado a fim de investigar um casal acusado de matar uma criança, remover seus órgãos genitais e colocá-los à venda. A mutilação foi descoberta durante os preparativos para o funeral da criança. Relatos como esse coexistem com uma indignação generalizada quanto ao fato de que o treinamento dos doutores das universidades continua sendo feito a partir de corpos mortos de negros. Os temores populares com respeito ao uso dos corpos dos mortos são validados pelas práticas de rotina nas casas mortuárias ainda controladas pela polícia. Durante pesquisa de campo em 1993-94, 1996 e 1998, Scheper-Hughes reuniu informações documentando que córneas, válvulas coronárias e pele são de fato captadas por patologistas e outros técnicos sem solicitação ou consentimento dos familiares, sendo então distribuídas para unidades médicas e cirúrgicas. Na sua maioria, os corpos “doadores” são pessoas negras e “de cor”, habitantes das *townships*. Trata-se de vítimas desafortunadas de traumas e violências urbanas que, mortas, são ainda manipuladas por patologistas do Estado como pessoas sem identificação. Patologistas discordam entre si sobre se essas práticas estão ou não em estrita conformidade com as novas leis do Estado. Não há consentimento “presumido” para a captação de órgãos cada- véricos na nova África do Sul. Ao contrário, “presume-se” que médicos e hospitais estejam operando com o consentimento explícito dos doadores e/ou familiares, um pressuposto não completamente garantido.

A demografia das práticas de captação de órgãos e das cirurgias de transplantes na África do Sul está imbricada nas complexas estruturas raciais e de classe do pós-apartheid e precisa ser revisada neste período de reconstrução nacional. A prática de “encobrimento” das mortes de detentos políticos por parte de alguns médicos e cirurgiões distritais é precursora dessa contínua violação dos corpos pobres das *townships* (muitas vezes com suas identificações extraviadas de propósito). Recentemente um patologista do Estado, ligado a um prestigioso hospital universitário na Cidade do Cabo, expressou seu mal-estar com respeito à prática informal de “consentimento presumido” que opera nos centros médicos. Como muitos corpos “não identificados” chegam a cada semana aos mortuários, a prática de consentimento presumido “permite” o uso dos seus órgãos para transplantes e outras cirurgias. O apartheid econômico tem função determinante nessa “impossível identificação” dos corpos de africanos pobres: como notificar os familiares vivendo em distantes *townships* ou em novos assentamentos informais, onde casas e ruas permanecem sem referência? Entrementes, o limitado tempo à disposição para a remoção dos órgãos fundamenta as práticas rotineiras de patologistas e captadores de órgãos. Ademais, o argumento de “consentimento presumido” é utilizado em nome da “necessidade” de “salvar vidas”. Um patologista do Estado chegou a reportar à Comissão de Verdade e Reconciliação o papel que desempenhou ao sancionar a remoção (sem consentimento familiar) dos olhos/córneas de corpos negros para serem usados em cirurgias.

O medo popular da exploração médica dos mortos é tão generalizado que a segunda edição da lei dos direitos que lidam com a segurança física da pessoa inclui expressões visan-

do a proteção dos direitos humanos de doadores potenciais de órgãos. O Congresso Nacional Africano (CNA) aprovou um novo item na seção correspondente ao direito à integridade física, especificando “o direito [das pessoas] de tomar decisões sobre a reprodução e sobre seus corpos livres de coerção, discriminação e violência”. Falando em nome do CNA, Willie Hofmeyer explicou que a inclusão da expressão “e seus corpos” era uma referência direta às denúncias sobre a captação de órgãos no país.

Atitudes negativas com respeito à doação e captação de órgãos estão também vinculadas a práticas tradicionais como a medicina mágica *muti* feita a partir de partes de corpos obtidos criminalmente. Em 1995, médicos do Hospital Groote Schurr confirmaram um caso de mutilação corporal e uso das partes em Nianga, um subúrbio negro da Cidade do Cabo. O jornal *Rapport* (23/7/1995: 6) descreveu práticas criminosas com o corpo de Chris Hani, levadas a cabo na casa mortuária Braamfontein, em Johannesburgo. Conforme alegações feitas junto à Corte Regional de Johannesburgo, o sargento Ande Schutte mostrou o corpo mutilado de Chris Hani para outro policial um dia após ter sido assassinado. O sargento declarou não ter participado das violações do corpo morto do líder negro. Durante a subsequente investigação do incidente, um coração (que se dizia pertencer ao herói caído) foi vendido a jornalistas investigativos por cerca de seiscentos dólares. O coração foi dado à polícia.

Estórias como essas certamente incendeiam rumores acerca do seqüestro e roubo de partes do corpo como os que o antropólogo sul-africano Isak Niehaus (1993) registrou na região de Transvaal durante sua pesquisa de campo entre 1990 e 1993. Niehaus repetidamente ouvia que bombeiros dirigindo kombis vermelhas estavam à procura de pessoas comuns para drogar, matar, sugar o sangue e remover os órgãos. Dizia-se que alguns órgãos eram usados para magia *muti*, enquanto outros eram vendidos para centros de transplante, e o sangue sugado era vendido para bancos de sangue. De forma semelhante, Luise White (1996) registrou um novo gênero de estórias sobre a morte de crianças circulando dentro e fora da nova África do Sul. As cabeças das crianças estariam sendo transportadas através da fronteira em cestos a bordo de mini-ônibus, a forma tradicional de transporte popular no país; e estariam sendo vendidas para *n’angas* e *sangomas* para múltiplos usos médicos.

Assim como no Brasil, a época desses rumores corresponde à transição democrática, reconstrução nacional e memória viva do autoritarismo militar. Durante a pior fase de opressão política sob o apartheid, alguns médicos sul-africanos, cirurgiões distritais e patologistas colaboraram com o Estado, encobrindo as ações da polícia que resultaram em seqüestro, tortura e mortes de centenas de detentos políticos. Só hoje em dia, na vertente da Comissão de Verdade e Reconciliação, os detalhes dessas mórbidas conspirações médico-políticas estão vindo à tona. Os rumores do roubo de órgãos participam do espírito dos tribunais de verdade, testemunhando o sofrimento humano nas margens e periferias das histórias oficiais e denunciando mecanismos econômicos de exclusão/inclusão social.

BRASIL: DÁDIVA COMPENSADA E FACILITAÇÕES MÉDICAS

Ainda que o comércio internacional de órgãos receba extensa cobertura da mídia, a maior parte do comércio é doméstico. No Brasil, no final dos anos 70 e durante

os anos 80, havia evidência de uma grande comercialização de órgãos, semelhante a que existe na Índia hoje em dia. Como enfatiza um nefrologista de São Paulo: “O tráfico era praticamente legalizado aqui; era uma coisa muito segura, feita em grandes e pequenos hospitais, sem muita preocupação com o aspecto legal da questão porque havia cobertura policial”. O comércio teve seu pico nos anos 80, quando havia um número alarmante de anúncios de órgãos à venda em todo o país: “Eram tantos que ofereciam, a preços variados, rins e córneas, além do sangue vendido nos bancos de sangue...”.

Anúncios como este do *Diário de Pernambuco*, publicado em agosto de 1981, apareciam rotineiramente nos maiores jornais brasileiros: “Estou disposto a vender qualquer órgão de meu corpo que não seja vital para mim e possa salvar outra pessoa, em troca de uma quantia que me permita alimentar minha família”. O jornalista Ivo Patarra, de São Paulo, foi atrás do homem que colocou esse anúncio no jornal e o localizou num bairro periférico de Recife (Patarra, 1982: 136). O motorista Miguel Correia de Oliveira, de trinta anos, casado e pai de duas crianças pequenas, estava desempregado havia quatro meses e extremamente preocupado com as prestações atrasadas da casinha em que viviam: “aperreado demais, não conseguia coordenar as coisas”. Miguel enfatizou ao jornalista que sua oferta era literal: “Eu fiz aquilo e não me arrependo não. Se eu vendesse, e ainda estou disposto, ia ser uma operação difícil e arriscada. Mas venderia qualquer órgão, desde que não contribuísse para minha morte. Um rim, mesmo um olho. Eu tenho dois, com um olho enxergo também”. Oliveira disse ter copiado a idéia de uma conhecida de Belo Horizonte que vendera um rim por cerca de 2 mil dólares. Admitiu que vender um rim era um pecado muito sério, mas que devido à situação desesperadora da família era necessário deixar “a religião um pouco de lado”. Como as coisas não pareciam melhorar mesmo, Miguel continuava cogitando a possibilidade de vender um órgão: “Se a pessoa chegar, mando o médico fazer os exames. Mas antes de operar, me dê o dinheiro” (Patarra, 1982: 137).

Embora jornais brasileiros não mais veiculem anúncios classificados como esses, doadores de órgãos em potencial ainda aparecem, sem anúncio prévio, nos centros de transplantes públicos e privados das grandes cidades. Alguns deles, segundo as palavras do médico de um hospital universitário, são “loucos”. O médico conta o caso “absurdo” de um homem que ofereceu todos os seus órgãos à equipe de transplantes, dizendo “eu já estou morto, eu só tenho um corpo, pode usar”. Ele falava que era só uma carcaça e que queria doar tudo”. Esse “louco” provavelmente aceitaria qualquer coisa que o hospital quisesse lhe pagar. Os médicos, conta, educadamente recusaram a oferta. “Não é raro pessoas ligarem para mim falando ‘Eu estou querendo vender um rim, sou engenheiro, economista, desempregado, e tenho uma dívida... Como é que eu faço?’ A gente não leva a conversa adiante”, enfatiza o cirurgião.

Esse médico admite que a venda de órgãos existe no Brasil, mas fora do contexto dos maiores, melhor equipados e “modernos” hospitais universitários: “O preço dos rins varia... No caso do economista que precisa de mais dinheiro é mais caro; se é uma pessoa mais humilde, é mais barato”. Esse comércio existe “em paralelo” e nos subterrâneos de clínicas privadas e centros de transplante não certificados, e onde há pessoas ricas dispostas a pagar

altas quantias para obter um novo contrato com a vida. Muitos dependem de obscuros intermediários ligados ao crime organizado.

Em 1997, a *Folha de S. Paulo* publicou diversas reportagens sobre investigações policiais da assim chamada “máfia do corpo”. Essa máfia é composta por pequenos bandidos (provavelmente sem conexões internacionais) que negociam sangue, órgãos sólidos e tecidos de doadores cadavéricos e vivos. Eles têm conexões submersas e remuneradas com o pessoal de centros de emergência e motoristas de ambulâncias, sendo que a polícia encobre a captação de tecidos e partes úteis dos corpos “sem identificação” que aparecem diariamente nos institutos médico-legais. Num caso reportado, verificou-se que atestados de óbito falsos haviam sido expedidos, suprimindo a conhecida identidade do cadáver e alterando as circunstâncias da morte. Os responsáveis pela casa mortuária foram indiciados.

O sistema de saúde pública brasileiro é marcado por tremendas contradições, falta de recursos e de equidade no atendimento, gerando condições “ideais” para o encobrimento do comércio de órgãos humanos e “facilidades” de acesso às cirurgias de transplante (na sua precariedade, o SUS oferece atendimento médico universal e gratuito, enquanto o forte setor médico privado, cobiçado por todos, está à disposição de uma pequena minoria – ver Mendes, 1993; Faveret Filho e Oliveira, 1990). Na falta de uma lista única nacional ou de uma rede unificada de repartição de órgãos, comparável à organização não-governamental norte-americana UNOS, United Network for Organ Sharing (em reformulação), ou à Eurotransplant, na Europa, as clínicas privadas competem com o setor público no acesso aos órgãos disponíveis. Como os incentivos financeiros são muito maiores no setor privado (com os honorários dos cirurgiões sendo muitas vezes superiores à taxa standard permitida pelo SUS), os hospitais privados são mais agressivos na localização e obtenção de órgãos. Por exemplo, por um transplante público de rim, o hospital recebe cerca de 7 mil dólares do SUS, sendo que a equipe médica recebe 2 mil dólares desse total; num hospital privado, esse mesmo transplante pode custar de 25 a 50 mil dólares. No caso de transplantes de fígado, o SUS paga ao hospital cerca de 24 mil dólares; em uma clínica privada, esse transplante varia de 50 a 300 mil dólares, “dependendo se há complicação clínica ou não”. Como diz a enfermeira responsável pela Unidade de Transplantes de um hospital particular em São Paulo, “essa média de preços... é só para despesas hospitalares. Honorários médicos são negociados entre o paciente e o médico. Nós não entramos nesses detalhes”.

Mesmo em casos em que não há comércio explícito mas o que denominamos de “facilidades médicas”, percebe-se como as desigualdades inerentes à saúde pública interferem na própria captação oficial de órgãos e como práticas técnico-burocráticas determinam a injusta distribuição dessas mercadorias vivas. Especialistas em transplante referem-se ao fato comum de que: “Às vezes o paciente morre na periferia e vira doador. Aí vem uma UTI móvel e leva para o hospital. Dessa maneira o paciente vai estar em melhores condições de ser um doador, para o hospital. Dessa maneira o paciente vai estar em melhores condições de ser um doador, com morte encefálica. Então a família entra em parafuso e fala: ‘Pô, até agora há pouco não tinha vaga pra ele [em nenhum hospital]. Agora chega uma UTI supermoderna e vão levar ele para um hospital particular ou um hospital universitário’”. O escândalo do Natal de 1997 em São Paulo evidencia o modelo privatizador da saúde que norteia as práticas de transplante no Brasil: dois rins captados no Hospital das Clínicas, em vez de irem para pacientes do

SUS, foram transplantados em clientes privados do Hospital Sírio Libanês. Conta a história que não havia equipe cirúrgica de plantão nas Clínicas. Nas palavras do cronista Elio Gaspari, os órgãos foram simples e cruamente “privatizados”.⁷

Embora a lei prévia regulando transplantes com órgãos de doadores vivos (Lei 8489 de 1992) fosse bastante estrita, só permitindo a doação entre “avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até o segundo grau inclusive, e entre cônjuges”, ela tinha um artigo que abria a possibilidade de doação entre “pessoas não relacionadas” uma vez obtida uma autorização judicial. A lei era com freqüência burlada, especialmente em hospitais privados onde o uso de “doadores” de rins vivos continua a ser a regra. No mês de julho de 1997, visitei um grande hospital privado no Nordeste, onde 70% dos transplantes de rins são realizados com doadores vivos. Nos registros dos últimos anos foram encontrados pelo menos 37 casos de transplantes de doadores vivos sem grau de parentesco, ao lado de um grande número de relações altamente suspeitas, como “primos”, “afilhados”, “cunhados”. Mais tarde, um médico de São Paulo confirmou o caráter comum dessas transações: “Freqüentemente vem paciente todo cheio de colar ou de pluma e a doadora de sandália havaiana, falando que é prima, que vem do Mato Grosso ou de outro lugar. A gente não faz, mesmo tendo estado legal. Quando insiste muito, mando pro juiz... pedindo autorização. Mas toda vez que a gente manda fazer isso, eles não retornam”.

Do Sul aos interiores rurais do Nordeste, ouvem-se estórias de cirurgiões, pacientes, receptores de órgãos e ativistas de transplante, que enfatizam como leis e regulamentações médico-hospitalares são constantemente “furadas”, negociadas, facilitadas por contatos pessoais, jeitinhos, especialmente para aqueles quem têm “condições” (financeiras). Um transplantador de fígados de São Paulo concorda que “sempre existem pessoas que tentam burlar o sistema”: “A pessoa está precisando de dinheiro, 20 mil reais. Ela vai tentar [vender o rim], e existe aquele que vai compactuar com isso. Eu não conheço, não vi nada disso... sou excepcionalmente crítico com isso... Mas acho que pode acontecer. Nós temos cento e tantos centros de transplante e alguns são em locais absolutamente... quem garante que isso não ocorra?”. Enquanto muitos cirurgiões “conscientes” recusam qualquer “negócio” com pacientes suspeitos de arranjar um doador pago mediante um parentesco dúbio, alguns fecham os olhos para as transações comerciais que, nas palavras de um transplantador de São Paulo, “não tem nada a ver comigo”. Recentemente, um jovem de São Paulo relatou a Mariana Ferreira que, depois de receber do seu oftalmologista o diagnóstico de que no futuro próximo deveria submeter-se a um transplante de córnea, o médico também imediatamente informou-lhe que “Vou te encaminhar, tem uns amigos meus lá, aí você entra na fila. Mas se você tem 3 mil dólares no bolso, já corta caminho, já te passam na frente”.

O Brasil tem 117 centros médicos credenciados para transplantes de rins, 22 para transplantes de órgãos, dezenove centros para transplantes de fígado e um sem número de centros não mapeados de transplantes de córneas (só dezessete são certificados). A demanda em manter essas clínicas funcionando numa otimização de custos-efetividade tem significado uma maior tolerância com o uso de incentivos informais para encorajar doações de pa-

7. Ver texto de Elio Gaspari, “Doutor Elias, o privatista dos transplantes”, *O Globo*, Rio de Janeiro, 14 de janeiro de 1998.

rentes e amigos. A realidade é que hoje o comércio explícito de órgãos é menos comum do que formas mais brandas e encobertas de transações pelas quais dádivas compensatórias são garantidas a parentes ou amigos que concordam em doar um órgão. Dádivas compensadas são aceitas por alguns cirurgiões como sendo uma prática ética neutra, na qual não interferem. Aqui, questões éticas e de direitos humanos estão mais emaranhadas, quando “dádivas” são confundidas com “mercadoria”, ocasionando o que bioeticistas têm denominado de incerteza moral.

As compensações oferecidas variam muito, indo de mil reais a privilégios na partilha de bens familiares e moradias. Segundo um médico: “Às vezes se ganha umas coisas, o irmão que doa tem algum benefício financeiro que a gente ignora. A gente fica sabendo depois que ganhou um carro, por exemplo; ou então o filho que doou para o pai, que é uma situação que não gostamos de transplantar, tem um privilégio dentro da família”. Um nefrologista de uma clínica privada no Rio de Janeiro relatou o caso de uma mulher jovem que concordou em doar um rim ao pai doente em troca de uma casa. A princípio os cirurgiões resistiram à idéia uma vez que a condição física do homem era débil, além de ele ser um paciente “rebelde” que não seguia as instruções médicas básicas. O doente finalmente encontrou uma clínica que fizesse o transplante. O resultado? “Dois anos depois o cara estava morto.” O homem sofreu várias crises de rejeição do rim, voltou à diálise e morreu: “E a filha com um rim a menos, com a casa dela”.

Familiares mais vulneráveis (especialmente parentes do sexo feminino e pobres) são geralmente colocados sob forte pressão para que se ofereçam como doadores. Esse fato é extremamente problemático quando se sabe que pessoas de baixo status têm menos chances de um dia tornarem-se receptores (por exemplo, uma revisão da distribuição de transplantes de rins na Europa e na América do Norte publicada no *Transplanting Proceedings* revelou que mulheres e pacientes não brancos tinham só 2/3 das chances de homens e pacientes brancos de receber um transplante). Um cirurgião de São Paulo defendeu sua preferência por mulheres doadoras em termos de sua maior receptividade e comprometimento com os papéis e demandas do parentesco, ou seja, sua vontade de levar a sério o que Carol Stack chama de “roteiros de parentesco”: “A tendência é escolher dentro da família aquela pessoa que tem uma atividade social menor. Se pega aquela tia solteira...”

Veamos a história de Zuleide, professora de educação física de uma pequena cidade no interior de Pernambuco, abordada pelo médico do seu irmão mais velho. O irmão passara anos fazendo hemodiálise enquanto esperava por um órgão cadavérico. Mas a distância do centro médico mais equipado da capital, a falta de contatos médicos importantes, a recusa do SUS em pagar os caros testes de *matching*, tornavam as chances de Roberto receber um órgão “oficial” muito reduzidas. Junto com 15 mil outros brasileiros na fila, esperando por um rim cadavérico, Roberto teria que permanecer “acoplado” a “rentáveis” máquinas de diálise.⁸ No entanto, desde o desastre médico de 1995, no qual 38 pacientes da vizinha cida-

8. Para maiores detalhes sobre os esquemas econômicos e políticos em jogo na manutenção de centros de diálise, ver a tese de Vera Schattan Pereira Coelho, *Interesses e Instituições na Política de Saúde: O Transplante e a Diálise no Brasil*, Programa de doutorado em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1996.

de de Caruaru morreram de infecção bacteriana transmitida por máquinas públicas de baixo mantimento, pacientes renais estão prontos a fazer qualquer coisa para evitar a diálise e submeter-se à cirurgia.

A única solução para Roberto era arranjar um doador vivo por meio de uma clínica privada. Ele concordou em pedir o rim a sua irmã saudável, casada e mãe de três crianças. Embora Zuleide tenha doado seu rim “de bom coração” – “eu dei de coração, Nancy, e não por ganho” –, a operação não foi um sucesso. Seu rim foi rejeitado e Roberto morreu no ano seguinte. Entrementes, a recuperação de Zuleide teve complicações e ela teve que largar seu desgastante trabalho. Quando retornou à clínica de transplantes para auxílio médico pós-operatório, foi mandada embora pelos cirurgiões. Eles insistiam que Zuleide fora selecionada como doadora exatamente porque era tão saudável. Diziam que suas reclamações de dor eram “psicológicas”, uma síndrome denominada de “arrependimento do doador”, ou seja, uma espécie de neurose compensatória. Zuleide abomina essa interpretação: “Eu tenho saudades do meu irmão, não do meu rim”. Ela também “tem saudades” das duas costelas que os médicos removeram sem ela saber – fato que veio à tona depois das insistentes reclamações de Zuleide. “São estas costelas faltando”, diz ela, “que tornam difícil agüentar os exercícios físicos com as crianças na escola.”

No outro lado da cidade mora Wellington Barbosa, dono de farmácia, classe média alta, que nos seus sessenta anos ouviu dos médicos que precisava de um transplante de coração. Em contraste com as intermináveis demoras que Roberto enfrentou nas filas do SUS, o médico de Wellington “facilitou” sua subida imediata ao topo da lista num prestigioso centro médico em São Paulo. Em questão de semanas o novo coração de Wellington batia feliz e saudável. No morro do qual se avista sua casa e a farmácia, mora Carminha dos Santos. Foi a percepção da injustiça com respeito à iniquidade na distribuição de órgãos que manteve Carminha ativa na procura (infrutífera) por um transplante de córneas para o seu único filho, Tomas. O menino perdeu a visão aos sete anos de idade depois de sofrer uma infecção ocular e submeter-se a um tratamento médico malsucedido. Tecidos cresceram e cobriram a córnea de ambos os olhos de Tomas, agora com treze anos e vivendo num mundo de impenetrável escuridão. Carminha tinha certeza de que o destino do seu filho poderia ser revertido, “ainda que seja num só olho”, caso ele tivesse a oportunidade de um transplante de córnea. O obstáculo, segundo ela, “é que o banco de olhos, como tudo nesse mundo, é só para os que têm dinheiro”.

Primeiro Carminha levou o menino a Recife. Quando isso não deu certo, ela foi com ele para o Rio de Janeiro. Lá mãe e filho foram de fila em fila, hospital em hospital, médico em médico. Carminha insistia em acreditar que encontraria um “santo doutor”, um “médico com consciência” que teria vontade e condições de ajudá-los. “Eles não dão olhos novos aos ricos?” E seu filho não era “igual perante os olhos de Deus?”, ela pergunta. No final, mãe e filho retornaram do Rio de Janeiro derrotados e com muita raiva. Hoje, a única esperança de Carminha é conseguir um cão treinado para guiar cegos, por meio de uma entidade de caridade da Igreja Católica. “Eu aprendi uma coisa”, referindo-se à nova lei de doação presumida de órgãos, “para o governo os órgãos dos pobres valem mais mortos do que vivos.”

A NOVA LEI BRASILEIRA E O CORPO DO ESTADO

Segundo alguns dos seus legisladores, a nova lei de doação presumida aprovada no dia 4 de fevereiro de 1997 tem como objetivo a produção de excesso de órgãos à disposição para as cirurgias de transplantes, garantindo assim um “equilíbrio entre oferta e demanda” e a equidade na distribuição nacional de órgãos. Diversos cirurgiões no entanto rechaçam essa explicação, dizendo que não há de fato “escassez” de órgãos e que muitos órgãos disponíveis (devido à alta taxa de mortalidade por acidentes de trânsito e violência urbana) não são usados diariamente porque a infra-estrutura pública para captação, distribuição e cirurgia (via SUS) é inadequada ou inexistente (na Região Norte, por exemplo, é praticamente inexistente). Como afirma uma enfermeira: “A verdade é o seguinte: o sistema de saúde no Brasil não tem infra-estrutura para manter o doador adequadamente. A gente perde doadores a rodo”.

A nova lei de órgãos (similar às leis homólogas belga e espanhola) tornou todos os adultos brasileiros doadores de órgãos no momento de *suas mortes*, a não ser que tenham oficialmente se declarado “não-doadores de órgãos e tecidos”. A lei que tornou o Estado dono de todos os corpos mortos entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 1998. A partir daí, o Estado assumiu a função de disciplinar a distribuição dos órgãos cadavéricos. No entanto, muitos cirurgiões sugerem que, apesar de oficialmente tornar esses órgãos disponíveis, não há nada na nova lei de transplantes que elimine a possibilidade de tráfico de órgãos no Brasil. Se na lei anterior precisava-se de mandato judicial para garantir a legalidade do transplante não relacionado, ao eliminar essa cláusula, a nova lei pode na realidade “levar a uma maior comercialização”, conforme um informante. Ou seja, pelo que não está impresso, hipoteticamente a nova lei concede a cada cidadão o direito de vender seu rim, não cabendo aos hospitais nenhum controle legal, em nome do Estado, sobre essa transação. O artigo 15, Seção II, “Da Disposição do Corpo Vivo”, afirma que: “Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticos”. Como afirma um médico de São Paulo: “Antes, se sua amiga quisesse doar pra você, não poderia. A lei atual tirou esta cláusula. Então se você quiser doar para alguém, não importa o que está acontecendo, se você está vendendo ou não, não compete a mim, como médico, investigar isso. Eu não tenho nada a ver com isso”.

Uma vez que a estimativa de sobrevivência é muito maior com rins de doadores vivos, é amplamente reconhecido por médicos o fato de que as pessoas “melhores de vida” recusam-se a receber um órgão cadavérico, e elas irão continuar mantendo a demanda por doadores vivos. Em transplantes de rins, na maioria das vezes são os pobres os que incondicionalmente “aceitam” rins cadavéricos. Conforme um nefrologista carioca, os ricos só vão aceitar órgãos de alguém “conhecido”, isto é, alguém de certo status social. Ele confirma que “o paciente de alto nível dificilmente vai se oferecer para receber um rim de cadáver... No fundo é uma descrença no nosso sistema de saúde”. O rico, continua esse médico, pergunta “Quem é esse morto? Quem é? Será que está tudo bem com essa pessoa? Se ele puder, escolhe o doador vivo”. O medo de contrair AIDS ou outras doenças infecciosas por meio desses “órgãos públicos” é grande e, de fato, diz o médico, é fundamentado.

O diretor do Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro está entre aqueles que apóiam a nova lei, acreditando que ela servirá de base para uma reeducação moral e cultural do povo

brasileiro. Em uma entrevista ele enfatizou que: “O governo vai ter que, efetivamente, fazer um programa de esclarecimento. O Brasil tem dois problemas pilares, pai e mãe do resto: moral e ignorância. O dia em que conseguirmos ultrapassá-los, não vamos mais dar nenhuma importância ao corpo físico. Parece que as pessoas não acreditam na morte; morreu, está morto. Que me interessa se eu vou ficar com a córnea ou não? [Quando morto] eu não sou eu, eu já morri. É um problema de cultura”. Um cirurgião paulista também concorda que a lei de doação presumida é uma “lei moderna” e que, segundo ele, por isso tem provocado choque e rechaço por parte de amplos segmentos da população. O médico vê nesse choque uma possibilidade de educação do povão: “Em São Paulo já está acontecendo discussão... Mas imagina no resto do país, interior da Bahia, sertão... Às vezes nem chegou a notícia lá de que tem essa lei. É complicado num país em que só 10% da população lê jornal... Mas acho que todos vão ser beneficiados pela nova lei”.

Mas para a grande maioria da gente simples a nova lei para captação de órgãos é mais um assalto governamental, burocrático e médico aos seus corpos e dignidade – e não é bem-vinda. A única maneira de os cidadãos adultos eximirem-se desse novo controle estatal e médico sobre seus corpos mortos é tirando uma nova carteira de identidade ou carteira de motorista com um distintivo oficial dizendo: “Não-doador de órgãos e tecidos”. Nosso grupo de pesquisadores foi a campo em São Carlos, São Paulo (capital), Rio de Janeiro, Salvador e Recife, onde entrevistamos pessoas nas ruas e em filas de órgãos públicos aguardando para retirar suas novas carteiras de identidade. “Deus me livre”, disse Rosa, uma jovem negra, cozinheira, que durante a pausa no trabalho, no Recife, viera pegar o seu carimbo. Segundo ela, isso “salvaria” seu corpo de médicos avarentos e polícias mortuárias querendo transferir seus órgãos para uma ricaça “fulana de tal”.

Variações dessa mesma história foram ouvidas por todo o país. A maioria dos que se negam a ser doadores enfatizam que não confiam na medicina ou no Estado (e sua polícia) para monitorar os potenciais abusos de poder sobre a vida e a morte que eles, uma vez em desvantagem social e econômica, incorporam. “Agora tenho o dobro de medo de ser atropelado”, declarou seu José, um pintor de casas: “Sempre tive medo destes motoristas loucos, mas agora tenho medo dos que dirigem as ambulâncias que recebem grana para declarar a gente morto antes do tempo”. “Os médicos nunca nos trataram com respeito antes da lei”, disse Madalena, empregada doméstica, referindo-se aos conhecidos escândalos de esterilizações feitas em mulheres pobres sem consentimento. “Por que a gente deveria pensar que de repente os médicos vão respeitar nossos direitos e corpos?”

Carlos Romero, 52 anos, acha que a lei “é só para lucrar em cima da gente. O cara mal tá morto e já vão cortando ele inteiro... O ser humano é bicho ruim e esses médicos por aí não são exceção. Imagine só: você lá, meio morto, e os médicos cheios de pacientes querendo seus órgãos, oferecendo os tubos por um rim, um olho, o coração. Mesmo esse negócio de morte cerebral, eu não boto fé. Quem me garante que o médico não vai apressar a morte, dar um jeitinho do fulano morrer mais rápido, pra lucrar em cima da gente? O coração está batendo, pra mim tem vida ainda”. Seu Romero aconselhou seus filhos a optarem por não doar: “Tem gente por aí feito urubu atrás de órgão de gente jovem e saudável”. José de Almeida Cavalo, dezenove anos, estudante e técnico em computação, também concorda que esse negócio de doação presumida é “mais uma sacada para al-

guém ficar rico em cima disso”. Segundo Almeida Cavalo, “esse presidente está louco, achando que baixa uma lei sobre o corpo da gente, dizendo que depois de morto meus órgãos não mais me pertencem, nem à minha família. Já tiram tudo da gente e agora querem tirar também os órgãos. Tem gente dizendo que a nova lei é para facilitar os médicos, porque agora pode doar para qualquer um, não precisa ser primo, parente. Então já viu, liberou geral”.

O bancário aposentado Inácio Paes da Cunha Fagundes, 69 anos, ficou estarecido enquanto ouvia de Mariana Ferreira as tecnicidades da nova lei, os novos detalhes governamentais, médicos e econômicos nos quais sua vida e morte estavam agora imbricados: “Quer dizer que agora se eu morrer vão me pegar e cortar tudo, tirar as tripas e tudo o mais e vender por aí, mesmo que eu não concorde? É verdade mesmo?”. Balançando a cabeça, seu Fagundes disse em alta voz para a funcionária do serviço de emissão de cédulas de identidade: “Olha, querida, carimba bem grandão aí que eu não vou doar nada”.

COMENTÁRIOS FINAIS

Transplantes de órgãos dependem, como sugere Cantarovitch (1990), de um contrato e confiança social, cujos fundamentos precisam estar explícitos. Isso requer leis nacionais e internacionais protegendo os direitos tanto de doadores quanto de receptores de órgãos. Num nível bem elementar, a prática de transplantes requer um sistema de saúde pública minimamente justo e norteado por práticas de equidade. Por exemplo, em 1995, a Secretaria da Saúde de Gauteng, África do Sul, propôs uma moratória temporária dos transplantes de coração naquela província, numa tentativa de eliminar práticas dúbias de médicos de serviços privados que realizavam cirurgias em circunstâncias questionáveis no plano ético e legal. A ética social das cirurgias de transplante também requer um estado democrático no qual direitos humanos básicos, especialmente integridade física, são protegidos e garantidos. Captação de órgãos e transplantes realizados em Estados militares (passados e presentes), onde tortura policial, injúria e morte de detentos são práticas comuns, permanecem sob suspeita para a população em geral, ainda que esses procedimentos sejam feitos em centros médicos de excelência, administrados pelos mais obsequiosos médicos. De forma similar, em contextos onde há vestígios de trabalho forçado (em especial no sistema de peonagem que injustamente ata os trabalhadores aos seus patrões) e comércios injustos encobertos pela lei (incluindo tráfico de rins e de crianças), o pânico e a desconfiança com respeito à biomedicina em geral e à cirurgia de transplantes em particular continuarão persistindo.

Em tais contextos, os mais vulneráveis continuarão lutando com os recursos que têm – boatos, rumores ou rechaço e resistência a “leis modernas”. Dessa forma, muitas vezes oblíqua, acertam as contas com a realidade de emergência que existe para eles nestes tempos de reajustamentos econômicos e democráticos. Essas vidas subalternas manifestam sua consciência dos processos reais e injustos de exclusão/inclusão na vida diária e articulam suas próprias categorias éticas e posturas políticas em face das novas formas de governo (especificamente um Estado que os trata melhor mortos do que vivos). Ademais, enquanto para cirurgiões um órgão é só um órgão, um coração é uma bomba e um rim é um filtro, uma mercadoria melhor usada que perdida, para um vasto número de gente simples um

órgão é outra coisa – uma parte de si viva, animada, espiritualizada, que muitos ainda gostariam de levar consigo quando morrerem.

AGRADECIMENTOS

Este artigo é parte de um amplo projeto colaborativo e comparativo intitulado “Selling Life”, coordenado por Nancy Scheper-Hughes e por Lawrence Cohen, no Departamento de Antropologia da Universidade da Califórnia, em Berkeley. O artigo foi concluído no Institute on Violence, Culture and Survival, da Virginia Foundation for the Humanities, Charlottesville, Virginia, onde estive como pesquisadora visitante (abril e maio de 1998). No Brasil contei com a ajuda de um impressionante grupo de pesquisadores: profa. Mariana K. Ferreira (Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo), antropóloga Núbia Bento Rodrigues (Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia), profa. Cecília de Melo Meth (Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual do Rio de Janeiro), Mônica Lima (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia) e Misha Klein (Departamento de Antropologia, Universidade de São Carlos). Na África do Sul, conto com a ajuda inestimável de Anthony Mongameli Mehlwana (Program in Energy Resources, Universidade de Cape Town) e de Charlotte Roman of Goodwood, da Cidade do Cabo. Os professores David Rothman, coordenador da *Task Force* de Bellagio, e Sheila Rothman são colaboradores do projeto como um todo. Muito obrigado a todos acima mencionados e a George Soros por incitar e inspirar esta aproximação às suas inquietações humanistas com respeito ao mercado global. A tradução para o português foi em parte financiada pela Abigail Reynolds Hodgen Publication Fund.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERS, George. (1995). “On Sale Now at Your HMO: Organ Transplants”. *The Wall Street Journal*, 17 de janeiro, pp. B1 e B5.
- ANDREWS, Lori. (1998). “Whose Body is it Anyway?” *The Lancet* 351, janeiro.
- AGAMBEN, Giorgio. (1998). *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.
- APPADURAI, Arjun (ed.). (1986). *The Social Life of Things*. Nova York: Cambridge University Press.
- ASHFORTH, Adam. (1996). “Of Secrecy and the Commonplace: Witchcraft and Power in Soweto”. *Social Research* 63, inverno.
- AWAYA, Tsuyoshi. (1994). “Freindly Cannibalism”. Trabalho apresentado no encontro da Bellagio Task Force on Securing Bodily Integrity for the Socially Disadvantaged in Organ Transplant Surgery. Rockefeller Foundation, Bellagio, Itália, setembro.
- BIEHL, João Guilherme. (s.d.). “The Techno-Political Management of Death in Brazil’s Zones of Social Abandonment”. Manuscrito, departamento de Antropologia, Universidade da Califórnia, Berkeley.
- _____. (1998). “A Morte da Sonhadora: Iluminismo, A Guerra Mucker e o Campo do Inconsciente no Sul do Brasil, Século XIX”. In SOUZA, Edson. (ed.). *Psicanálise e Colonização*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- BOURDIEU, Pierre. (1977). *Outline for a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University.
- CALLENDER, C. O., KELLY, B. S. e RIVADENEIRA, D. A. (1996). “Medical Utility versus Legal Justice: A Proposal for the Ethical Use of Prisoner-Donated Organs”. *Transplantation Proceedings*, 28(1):374.

- CANGUILHEM, George. (1994). *A Vital Rationalist: Selected Writings from George Canguilhem*. Nova York: Zone Books.
- CANTAROVICH, F. (1996). “Organ Commerce in South America”. *Transplantation Proceedings*, 28(1):146-148.
- CASTEL, Robert. (1991). “From Dangerousness to Risk”. In BURCHELL, G., GORDON, C. e MILLER, P. (eds.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- CHAUDHARY, V. (1992). “Argentina Uncovers Patients Killed for Organs”. *British Medical Journal* 34, 25 de abril, pp. 1073-74.
- CHENGAPPA, Raj. (1990). “The Organs Bazaar”. *India Today*, julho, pp. 30-37.
- CHILDRESS, James. (1996). “The Gift of Life: Ethical Considerations in Organ Transplantation”. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 81(3): 10-220.
- COHEN, Lawrence. (1998). *No Aging in India*. Berkeley University of California Press.
- COHEN, L. R. (1993). “A Futures Market in Cadaveric Organs: Would it Work?” *Transplantation Proceedings*, 25(1):60-61.
- COMAROFF, John e COMAROFF, Jean. (1992). “Medicine, Colonialism and the Black Body”. In *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder: Westview Press.
- CURRAN, W. J. (1991). “Scientific and Commercial Development of the Human Cell Lines: Issues of Property, Ethics and Conflicts of Interest”. *Nova England Journal of Medicine*, 324(14):998-1000.
- DAAR, A. S. (1989). “Ethical Issues: a Middle East Perspective”. *Transplantation Proceedings*, 21:1402-1404.
- _____. (1992a). “Nonrelated Donors and Commercialism: a Historical Perspective”. *Transplantation Proceedings*, 25(5):2087-2090.
- _____. (1992b). “Rewarded Gifting”. *Transplantation Proceedings*, 24:2207-2211.
- _____. (s.d.). “Living-Organ Donation: Time for a Donor Charter”. Department of Surgery, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman.
- DAS, Veena. (1996). Trabalho apresentado na International Conference “Selling Life: Commerce in Human Organs”, Program in Critical Studies of Medicine, Science and the Body, Department of Anthropology, University of California, Berkeley.
- FAVERET FILHO, P. e OLIVEIRA, P. J. (1990). “A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde”. *Dados*, 33(2):257-283.
- FISCHEL, R. J. (1991). “Long term Outlook for Renal Transplant Recipients with One-Year Function”. *Transplantation*, 51(1):118-122.
- FOLHA DE S. PAULO. (1991). “Americanos Oferecem Tecnologia em Troca de Fígados”, 1º de dezembro, caderno 4, p. 1.
- FOUCAULT, Michel. (1975). *The Birth of the Clinic*. Nova York: Vintage Books.
- _____. (1979). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Nova York: Vintage.
- _____. (1991). “Governmentality”. In BURCHELL, G., GORDON, C., MILLER, P. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- FOX, R. C. e SWAZEY, J. (1992). *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*. Oxford: Oxford University Press.
- FRON, John. (1995). “Private Parts: Body Organs in Local Trade”. *The UTS Review*, Cultural Studies and Nova Writing, 1(2):84-100.
- GABEL, H. (1996). “How Presumed is Presumed Consent?” *Transplantation Proceedings*, 28(1):27-30.
- GESCHIERE, Peter. (1997). *The Modernity of Witchcraft: Politics and the Occult in Postcolonial Africa*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- HARAWAY, Donna. (1985). “A Manifesto for Cyborgs”. *Socialist Review*, 80:65-108.
- HOGLE, Linda. (1995). “Standardization across Non-standard Domains: the Case of Organ Procurement”. *Science, Technology and Human Values*, 20(4):482-500.
- HUMAN RIGHTS WATCH/ASIA. (1995). “An Executioner’s Testimony. Supplementary Submission by HRW/A to the US Senate Committee on Foreign Relations”, 4 de maio, Hearing on China’s Use of Executed

- Prisoners' Organs.
- ISTO É SENHOR. (1991). "Contrato de Risco", 11 de dezembro, p. 54.
- KJELLSTRAND, C. (1990). "The Distribution of Renal Transplants – Are Physicians Just?" *Transplantation Proceedings*, 22(3):964-965.
- KERVORKIAN, Jack. (1992). "A Controlled Auction Market is a Practical Solution to the Shortage of Transplantable Organs". *Med Law*, 11:47-55.
- KOLATA, Gina. (1995). "Why Organs Aren't Donated". *San Francisco Chronicle*, 7 de julho, p. A-6.
- KRIEGER, Lloyd. (1996). "A Life and Death Proposal". *The New York Times*, 5 de junho, p. A-21.
- LAQUER, Thomas. (1983). "Bodies, Death, and Pauper Funerals". *Representations*, 1(1):109-131.
- LOCK, Margaret. (1996). "Deadly Disputes: Understanding Death in Europe, Japan, and North America". *Doreen B. Townsend Center Occasional Papers*, 4:7-25.
- _____. (1997). "Culture, Technology and the New Death: Deadly Disputes in Japan and North America". *Culture*, 17(1-2):27-42.
- MARSHALL, P. A., THOMAS, D. C. e DAAR, A. S. (1996). "Marketing Human Organs: the Autonomy Paradox". *Theoretical Medicine*, pp. 1-18.
- MAUSS, Marcel. (1966). *The Gift*. Londres: Cohen and West.
- MINTZ, Sidney. (1985). *Sweetness and Power*. Nova York: Penguin.
- NEVES, L. Moreira. (1993). "Patentes para a vida?" *O Estado de São Paulo*, 21 de abril.
- NEW YORK TIMES. (1998). "Indian Surgeons Arrested for Selling Stolen Kidneys", 12 de maio, p. A4.
- NIEHAUS, Isak. (1993). "Coins for Blood and Blood for Coins: Toward a Genealogy of Sacrifice in the Transvaal Lowveld". Trabalho apresentado no encontro da Society for South African Anthropology, Johannesburg, África do Sul.
- _____. (1997). *Witchcraft, Power, and Politics: an Ethnographic Study of the South African Lowveld*. Tese de doutorado, departamento de Antropologia Social, Universidade de Witwatersrand, Johannesburg, África do Sul.
- NIM. (1996). *Breaking With the Past: Reports of Alleged Human Rights Violations by South African Police*. Cape Town: Network of Independent Monitors.
- OHNUKI-TIERNEY, Emiko. (1994). "Organ Transplantation: Cultural Bases of Medical Technology". *Current Anthropology*, 35(3):233-54.
- PALMER, Robin. (1984). "Blood Donation in the Border Region: Black Donors, Exdonors, and Nondonors". Institute of Social and Economic Research, Rhodes University, Grahamstown, agosto.
- PATARRA, Ivo. (1983). *Fome no Nordeste do Brasil*. São Paulo: Editora Marco Zero.
- PEREIRA COELHO, Vera S. (1996). *Interesses e Instituições na Política de Saúde: O Transplante e a Diálise no Brasil*. Tese de doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.
- PIKE, R. E., ODELL, J. A. e KAHAN, D. (1993). "Public Attitudes to Organ Donation in South Africa". *SAMJ* 83, fevereiro, pp. 91-94.
- PINERO, Maite. (1992). "Enlevements d'enfants et trafic d'organes". *Le Monde Diplomatique*, agosto, pp. 16-17.
- RABINOW, Paul. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. (s.d.). *French DNA*. Chicago: University of Chicago Press.
- RAMPHELE, Mamphela. (1994). *A Bed Called Home*. Cape Town: Phillips.
- RANDALL, T. (1991). "Too Few Human Organs for Transplantation, Too Many in Need and the Gap Widens". *JAMA*, 265:1223-1227.
- RAYMOND, Janice. (1989). "Children for Organ Export?" *Reproductive and Genetic Engineering*, 2(3):237-245.
- RICHARDS, Janet Radcliffe. (s.d.). "Organs for Sale". Mimeo, Department of Philosophy, The Open University, Milton Keynes, MK7, UK.
- ROTHMAN, David. (1991). *Strangers at the Bedside*. Nova York: Basic Books.
- _____. (1997). "Body Shop". *The Sciences*, nov./dez., pp. 17-21.
- ROTHMAN, David et al. (1997). "The Bellagio Task Force Report on Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs". *Transplantation Proceedings*, 29: 2739-2745.
- SAALAHUDEEN, A. K. et al. (1990). "High Mortality among Recipients of Bought Living-Unrelated Kidneys". *The Lancet*, 336(8717):725-28.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. (1992). *Death without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press (trad. esp. *La Muerte Sin Llanto: Violencia y Vida Cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel, 1997).
- _____. (1994). "Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Medical Anthropology". In BOROFKY, Rob. (ed.). *Assessing Cultural Anthropology*, pp. 229-242. Nova York: McGraw-Hill.
- _____. (1995). "The Primacy of the Ethical: Notes for a Militant Anthropology". *Current Anthropology*, 36(3): 409-420.
- _____. (1996a). "Theft of Life: Globalization of Organ Stealing Rumors". *Anthropology Today*, 12(3):3-11.
- _____. (1996b). "Small Wars and Invisible Genocides". *Social Science and Medicine*, 43(5):889-900.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy e LOCK, Margaret. (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1):14-16.
- SCHWINDT, Richard e VINING, Aidan. (1986). "Proposal for a Future Delivery Market for Transplant Organs". *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, 11(3):483-500.
- SOROS, George. (1998). "Toward a Global Open Society". *Atlantic Monthly*, pp. 20-32.
- STRATHERN, Marilyn. (1992). *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Nova York: Routledge.
- STACK, Carol. (1972). *All Our Kin*. Nova York: Harper.
- SUAREZ-OROZCO, Marcelo. (1987). "Treatment of Children in the Argentine Dirty War". In SCHEPER-HUGHES, Nancy. (ed.). *Child Survival*. Dordrecht: the Netherlands, D. Reidel.
- TAUSSIG, Michael. (1986). *Shamanism, Colonialism and the Wild Man: A Study in Terror and Healing*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1992). "Reification and the Consciousness of the Patient". In *The Nervous System*. Nova York: Routledge.
- _____. (1997). *The Magic of the State*. Nova York: Routledge.
- USIA. (1994). "The Child Organ Trafficking Rumor: A Modern Urban Legend". Relatório para a UN Special Rapporteur on the Sale of Children.
- WHITE, Luise. (1996). "Traffic in Hads". Trabalho apresentado no congresso "Commerce in Organs", Berkeley, Universidade da Califórnia, 26-28 de abril.