



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Brasil

Torres Costa, Wilma da

A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e Morte

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 16, núm. 3, 2003, pp. 475-482

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18816306>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## A Bioética e a Psicologia da Saúde: Reflexões sobre Questões

Wilma da Costa Torres<sup>1 2</sup>  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

### Resumo

O presente trabalho focaliza os fatores impulsionadores do surgimento da Bioética, destacando: a) a revolução tecnológica, e b) a revolução social dos anos 1960. Descreve o desenvolvimento histórico da Bioética desde sua definição como ciência da sobrevivência humana até seu estágio atual – o da Bioética Global, e suas fronteiras com a psicologia da saúde. A psicologia da saúde integra esse contexto multidisciplinar principalmente por sua reflexão sobre a Bioética, entre os quais são aqui discutidos aqueles decorrentes da medicina intensiva (eutanásia) e da medicina substitutiva (transplantes). Questões básicas como definição de morte, consentimento, são analisadas como ainda polêmicas e controversas. Conclui-se com as indagações sobre as *quimeras* e a doença e os problemas da *ordem canibal* que se espera diminuam na medida em que as terapêuticas progredam.

*Palavras-chave:* Bioética; psicologia da saúde; questões desafiadoras.

### Bioethics and Health Psychology: Reflecting upon Life and Death Questions

### Abstract

The present work focus on factors that contributed to the emerging field of Bioethic. Among, those, we point out: a) technological and scientific revolution; b) social revolution of the 60's. It describes the historical development of Bioethic from its definition as a science of human survival to its current stage – Global Bioethic and its boundaries with health psychology. Health Psychology takes part in this multidisciplinary context, mainly due to its reflection upon the Bioethic, among these themes, we discuss here those brought about by intensive medicine (euthanasia) and the ones that are a consequence of substitutive medicine (transplants). Basic questions, such as death definition, consent, are analysed as still polemic and controversial. The article is concluded raising questions upon the triumph over diseases and the problems brought about by the *cannibal order*, that are expected to diminish with the progress of etiological and physiological therapeutics.

*Keywords:* Bioethic; health psychology; challenging themes.

---

Nas últimas décadas, as discussões sobre os temas limites vida-morte suscitaram dilemas que forçaram a ética a renascer com todo vigor (Torres, 1998). Segundo Veatch (1994), para esta explosão da ética são responsáveis dois movimentos sociais importantes:

1) A revolução tecnológica - que na área biomédica levou a prática médica a uma ênfase na técnica, no racional, no objetivo, no econômico, no público, etc, e a um quase abandono dos aspectos psicossociais e emocionais,

necessidade dessa pesquisa, base genética, doenças congênitas dos recém-nascidos, etc, em todo o mundo, ocorridas na década de 1960.

Da mesma forma, ainda segundo Veatch (1994), a revolução biológica, mais recentemente a patologia molecular que, hoje, a medicina, dará ao homem o domínio da reprodução (que envolve a ética da fecundação *in vitro*, etc), o da h

tal tentativa é contrária aos dados da ciência atual, pois ainda não podemos transpor a barreira da espécie. É portanto imoral ou amoral (Bernard, 1994). Tendo em vista os direitos dos receptores (no caso o direito dos pais do recém-nascido receptor), é preciso considerar que este singular enxerto parece ter sido tentado sem que os mesmos tivessem o conhecimento do caráter não científico, na época, do empreendimento. Será ético utilizar crianças que nascem com anencefalia como doadoras de órgãos? Os franceses criaram um termo para certas situações que se aplica a esta: *encarniçamento terapêutico*. Anteriormente, um bebê anencefálico tinha uma esperança de vida de horas ou dias. Hoje se pode mantê-lo em estado vegetativo por longo período. Ou seja, medidas sustentadoras da vida podem ser utilizadas a fim de que os órgãos não se deteriorem e se tornem úteis para transplantes. Tal prática tem ocorrido e suscitado dúvidas quanto às suas implicações éticas.

Outras situações poderiam ser ainda mencionadas, como por exemplo, a utilização do tecido fetal no tratamento de doenças neurológicas. Será este um procedimento ético tendo em vista a fonte? O projeto genoma pode ser usado de forma negativa? O teste de DNA pode vir a ter utilidade de forma discriminatória, reduzindo os seres humanos a predisposições genéticas?

Sem dúvida, o endeusamento tecnológico, a idolatria científica e a euforia tecnológica podem, a rigor, evidenciar tanto um esforço da medicina para negar a morte e para transformá-la em algo remoto, removível, abolível como demonstrar também, muitas vezes, um desrespeito à vida, uma vez que a tecnologia possibilita ambos os comportamentos.

Em resumo, os progressos até aqui assinalados levantaram questões éticas para as quais, no estado atual do conhecimento, não existe resposta satisfatória.

2) O segundo desenvolvimento responsável pela explosão da ética foi a revolução social dos anos 1960, que projetou a importância da pessoa leiga no processo decisório, inclusive na área médica, introduzindo no campo da ética temas que

o indivíduo seja considerado um ser humano. Isso começaria a partir da formação do córtex, da constituição física do feto ou, ainda, a partir da saída do útero; a das *consequências sociais*, para a qual se pergunta quando a vida começa mas quando a vida termina? que tipo de pessoas queremos? A partir desse ponto se os indivíduos conseqüentemente. Nestes aspectos é a dimensão biológica ou desenvolvimental importantes, mas o desejo da sociedade em aspectos sociais e morais. O ser humano é totalmente relacional. Desde o útero materno até a morte, entre o feto e a mãe, e, também, entre o feto e o mundo. Durante todo o período de gestação, o ser humano estabelece trocas biológicas e relacionais, sendo o relacionamento a característica mais marcante da vida humana.

Quanto à segunda questão, quando a vida começa? No caso Karen Quinlan, por sua importância, tornou-se um marco no debate que envolve as questões de vida e morte. Como se sabe, mas cabe lembrar, Karen Quinlan, após a idade, ingressou na U.T.I. do Hospital de Jersey City em estado de coma devido à ingestão de drogas, sendo então conectada a um respirador. Exames repetidos mostraram a irreversibilidade do coma. Ela não manifestaram, então, desejo de que os meios de vida fossem interrompidos e o respirador removido. Mas não aceitou o pedido, insistindo que era seu direito de tomar medidas sustentadoras da vida. Os pais recusaram o pedido e mais uma vez tiveram seu pedido negado. Karen alegou que Karen estava viva médica e legalmente e apelaram, então, ao Supremo Tribunal de Jersey. Esta instância revogou a anterior decisão, afirmando que a enferma tinha o direito constitucional de receber o tratamento nomeando o pai como tutor e eliminando o direito de Karen criminal pela retirada dos meios artificiais de vida. Em resumo, após a remoção do respirador, Karen continuou viva por 9 anos. Este caso tornou-se o símbolo do fato de que o direito de vida e decisões de interromper as medidas sustentadoras da vida

surgiu, dando-se às pessoas leigas, alheias às discussões médicas, o poder de decidir a respeito da admissão de um tratamento médico. Da mesma forma, a contestação da guerra do Vietnã, assim como a luta pela igualdade dos direitos entre brancos e pretos, entre homens e mulheres provocaram o despertar de uma nova consciência de ser, de um apurado sentido do humano. Em decorrência desses dois movimentos – a revolução tecnológica e a revolução social – a ética foi obrigada a abandonar as paredes protetoras da sala de aula, onde os códigos de ética profissional eram apenas teórica e abstratamente ensinados, para mergulhar nas complexas e turvas realidades emergentes das situações criadas por estas revoluções.

Estes fatos concorreram, em última instância, para que o poder da religião e a autoridade canônica acerca do bem, do que é certo, sobre a ação apropriada, fossem suplantadas pelas afirmações da ciência e por uma moral secular (leiga), que enfatiza o domínio do homem, levando-o a trazer para si próprio as decisões sobre a vida e a morte e, portanto, estão nas raízes da Bioética. Esta revolução da ética (secular), embora impedindo o imobilismo e impulsionando o progresso, deve, não obstante, estar imperiosamente apoiada em princípios, estes sim intocáveis.

O surgimento da Bioética foi uma exigência das situações decorrentes dos fatos até aqui analisados e, sobretudo, da revolução científica e tecnológica. Como disciplina, está completando 30 anos. O termo, um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética), passou a ser utilizado na década de 1970, quando surgiu nos Estados Unidos; na Europa, na década de 1980 e nos países em desenvolvimento a partir da década de 1990. Discute-se seus fundamentos epistemológicos, sua abrangência temática, mas sua maior preocupação é prover a qualidade de vida, tanto assim que foi inicialmente definida como *ciência da sobrevivência humana* (Potter, 1971)<sup>3</sup>.

Portanto, a Bioética não surge no contexto da Igreja, embora entre seus pioneiros haja importantes teólogos como Joseph Fletcher<sup>4</sup> e Ramsey<sup>5</sup>, mas surgiu no meio de pesquisas, nos laboratórios, com os cientistas se questionando

experimentos envolvendo seres humanos, animais, primatas, precárias e subumanas, tais como a eutanásia, a clonagem, a caridade, adultos e crianças com doenças mentais, pacientes psiquiátricos, etc., mostrando que a imoralidade não era exclusivam

Segundo Pellegrino (1999), a Bioética já passou por diferentes fases. Foi criada na Universidade de Wisconsin, onde se originou o conceito de Bioética no sentido global, em relação ao ser humano e ao meio ambiente. Já a escola de John F. Kennedy, viu a Bioética essencialmente como uma filosofia. Hoje, no estágio da Bioética, os problemas se ampliou muito, e a Bioética passou a considerar disciplinas para a Bioética, e, assim, estabelecer fronteiras entre a Bioética e o conhecimento, tais como direito, filosofia, antropologia, teologia, psicologia, etc. A Bioética em seus aspectos mais marcantes é a Bioética em um contexto pluralista em que a Bioética é *estranhos morais* (Engelhardt, 1999).

## A Psicologia da Saúde e os

A psicologia da saúde, desafiada por questões éticas ligadas à vida e à morte, suscitados por situações de crise, desastres, desastres com as quais a Bioética passou a integrar este contexto moral, um campo de atuação e reflexão da Bioética à interface com as neurociências, a cura das doenças mentais e, com a importância das pesquisas em psicologia também, no que diz respeito a problemas desafiadores, como, por exemplo, a medicina intensiva, entre as questões da eutanásia *versus* distanásia e a medicina substitutiva entre as questões dos transplantes.

Pois bem, estas questões são

Uma das questões desafiadoras se refere à definição da morte. Os debates em relação às definições da morte surgem em grande parte da dificuldade de definir o que seria o fim de uma vida. Como diz Engelhardt (1998), uma situação é estar interessado no momento em que a vida humana biológica deixa de existir e outra é estar interessado no momento em que a pessoa deixa de existir. Quando se fala da morte de um corpo humano, nossa atenção parece voltada para a vida humana biológica. Já uma definição da morte de todo o corpo a partir da morte do cérebro sugere uma definição que se concentra na vida de uma pessoa. A questão fundamental é a seguinte: qual é o tipo de vida em relação a qual a morte deve ser determinada?

Como se sabe, a ciência se encaminhou para uma definição da morte totalmente cerebral, e a razão para a centralização no cérebro é a idéia de que estar morto é ser incapaz de ser uma pessoa e que ser uma pessoa requer um grau de consciência assegurado unicamente pelo funcionamento cerebral adequado. Em sua grande maioria, todas as distinções conceituais da morte de todo o cérebro, exceto uma definição sobre a morte dos mais elevados centros cerebrais, já existiam no final do século XIX. Os problemas principais eram, portanto, de ordem operacional e não conceitual (Engelhardt, 1998). No século XX, surgiram mais informações e também uma necessidade prática do desenvolvimento de testes sobre a morte seja de todo o cérebro seja do neocortex. Esta necessidade surgiu não só do desenvolvimento, na década de 1950, das unidades de terapia intensiva e de respiradores capazes de sustentar os organismos com morte cerebral durante horas e até dias, mas também do desenvolvimento das técnicas de transplante que forçou uma definição de morte de todo o cérebro. O primeiro passo nesse sentido foi dado pela comissão de Harvard que concluiu que os indivíduos em coma irreversível poderiam ser declarados mortos (1968). No ano seguinte (1969), a Sociedade Americana de Encefalografia estabeleceu critérios para as determinações encefalográficas da morte cerebral, os quais, não obstante, sustentavam apenas a definição de morte de todo o cérebro.

morte de todo o cérebro foi em parte uma preocupação com a coleta de órgãos de be-

Reconhecem-se os centros cerebrais mínimos necessários para a vida das pessoas por serem necessários mesmo para um mínimo de consciência. Mesmo o cérebro inferior, o cerebelo, ou algum outro órgão funcionando, eles não garantem por si mesmos a vida de uma pessoa porque não lhe dão consciência. De modo o debate persiste, pois há os argumentos a favor da definição de morte orientada para o corpo e, por outro lado, e que se baseiam no fato de que uma definição rigorosa favoreceria o mau uso, e há os argumentos que favorecem a definição em termos da mente e dos valores nobres.

Cícero Coimbra, da Universidade Federal de Minas Gerais, de Medicina, fez uma manifestação formal sobre a validade científica e médica dos critérios clínicos para o diagnóstico da morte encefálica. Segundo

os critérios clínicos utilizados para o diagnóstico da morte encefálica não são (e nem jamais o foram) baseados em achados científicos e sua proposição não sofreu as reformulações que se sucederam, estão sujeitos a erros de raciocínio e a conceitos confusos e mal formulados. (p. 1)

Ou seja, a morte encefálica é presumida e não definida com clareza.

Na medida em que não há uma unanimidade na definição de morte, muitos autores e pesquisadores têm dificuldade de ser atingido um consenso por parte de uma sociedade pluralista a solução encontrada no pluralismo, isto é, permitir a existência de definições baseadas nas preferências individuais. Entretanto, permitir variações na definição da morte cria graves problemas. É o caso, por exemplo, de definições baseadas no uso esperado do corpo. A dificuldade de aprovar definições variadas da morte, e a possibilidade de se o corpo será utilizado para transplante de órgãos, é um problema sério. Coimbra (1998) afirma:

compreender que ela não pode ser pluralista quando se trata de definir a morte. Portanto, os problemas suscitados pela definição da morte são mais complexos do que poderiam parecer e, como a escolha das definições dependem, a rigor, de crenças, e posições científicas e filosóficas, a discussão, provavelmente, continuará e, fatalmente, tem implicações na questão da eutanásia / distanásia, bem como na questão dos transplantes.

Uma outra questão implícita na discussão acerca da eutanásia/distanásia, objeto de reflexão para a psicologia da saúde, é a do livre consentimento informado. Se voltarmos ao ponto inicial, já comentado, na medida em que a ética secular não pode proporcionar uma visão canônica do bem ou uma explicação essencial sobre a ação apropriada, o princípio do consentimento passa a ser fonte essencial da autoridade moral, a qual, não obstante, deve estar apoiada em princípios intocáveis a fim de evitar a possibilidade de fracassos morais graves. Em um contexto pluralista secular, o livre consentimento informado, de fato, desempenha um papel fundamental. Quando não se pode decidir o que precisa ser feito é necessário perguntar aos indivíduos livres envolvidos o que eles desejam fazer e esperar que cheguem a um acordo comum.

A morte exige decisões e, portanto, exige visão e planejamento. Essa preocupação com o planejamento, que já existia na Idade Média, pode e deve ser compreendida em termos contemporâneos, embora a era moderna tenha se distanciado totalmente das visões tradicionais da morte. Como se sabe, enquanto o cristão, na época medieval, pedia a Deus que o livrasse de uma morte repentina, na sociedade ocidental contemporânea, ao contrário, muitas pessoas esperam morrer sem advertência, sem dor, enquanto estão adormecidas. Mas também nós deveríamos temer uma morte imprevista. As próprias tecnologias que podem salvar a vida e adiar a morte demonstram a necessidade de sermos competentes e responsáveis em relação à nossa morte.

Do ponto de vista da moral secular, o direito ao livre e

maleficência, fazer o bem, não c  
se tornarem a base da ética pr  
por outro lado, também, nesta á  
é alguém determinado pela lib  
pela pessoa, à sua liberdade e  
Portanto, a decisão deve ser re  
necessidade de toda informaçã  
que a decisão seja tomada com l  
dignidade da pessoa.

Kant diz: “O que tem pr  
substituído por qualquer outra  
pelo contrário, o que é superio  
por conseguinte, não admite  
dignidade” (citado em Valvasori  
do sujeito acerca dessas questões,  
evitada pela posição contrária de q  
no tratamento, defendendo- se as  
justificam a chamada distanásia.

O termo distanásia é um ne  
em que o prefixo *dis* significa at  
Refere-se ao prolongamento  
terapêutica e à futilidade médic  
uma discussão profunda a fim d  
e recair-se no reducionismo de

Segundo Engelhardt (19  
justificar a distanásia são falso  
hoje evitando tratar de casos  
no que se chama terapêutica fú  
termo que se define como o c  
consiste em utilizar processos  
mais nocivo do que os efeitos  
porque a cura é impossível e c  
que os inconvenientes previsíve  
& Barchifontaine, 2000, p. 264  
não consegue mais a restauraçã  
torna- se uma futilidade. Daí o  
que é inútil, fútil, intensificando  
a qualidade de vida. Cuidar é m

com certo grau de certeza, que quaisquer outros recursos se afiguram inúteis. Duelar com a doença apenas adiaria, se tanto, a morte a custo de sofrimentos. Nestes casos, tanto médicos como *eticistas* devem conceituar bem o que são meios terapêuticos habituais, diferentes dos métodos extremos, decorrentes de exageros da tecnologia, bem como se posicionar em relação à utilização de drogas capazes de dar alívio revertendo o quadro clínico, embora sejam incapazes de mudar o prognóstico.

Apenas para considerar alguns exemplos. O que seriam métodos extremos decorrentes dos exageros da tecnologia? Manter uma pessoa viva, como um sistema orgânico, graças a algum equipamento a ela ligado, seja, talvez, o mais evidente; submeter um paciente já em fase terminal a um processo de reanimação; submeter este mesmo paciente a intervenções terapêuticas - tipo cirurgia, por exemplo, que de nada mais adiantarão a não ser prolongar a vida por um tempo muito curto.

No paradigma paternalista, a questão é resolvida de forma autoritária pelo médico, que é a figura principal, enquanto que o paciente tem um papel puramente passivo. Este paradigma evoluiu para outro que surgiu em decorrência da tensão entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente, ou seja, do conflito entre pacientes que querem dizer não às intervenções e os profissionais que querem fazer tudo o que for possível, não obstante a resistência do paciente (Pessini, 2001). Este paradigma focaliza o direito do paciente de estar livre de intervenções indesejadas e o direito de recusar tratamento. Atualmente um novo paradigma está emergindo como decorrência de um conflito oposto: um choque entre pacientes que querem insistir no tratamento e os profissionais de saúde que dizem não às intervenções médicas que julgam fúteis.

O debate atual, portanto, leva a uma reconsideração sobre o significado e o limite do conceito de autonomia, envolvendo um conflito entre a medicina altamente tecnológica e os valores das pessoas envolvidas. Como afirma Pessini (2001), a valorização do fator humano é

Em resumo, fora de uma visão moral mesmo de um contexto moral religioso p imoral contribuir de alguma forma para pessoa, a conclusão a que se chega é que intenção e previsão, eutanásia ativa e pas e deixar morrer, assistir o suicídio ou su voluntária deixam de ter um significado (Engelhardt, 1998). Sem referência a uma e ou metafísica da dor e do sofrimento, tor porque a morte consensual seria errada en na base de tudo está o consentimento da

É importante insistir no fato de que qu moral passa a ser derivada da permissão, o tal fato tem sérias implicações, tambl psicológica, que devem ser analisadas. S homem não pode ser considerado apenas c biológica, pois ele é acima de tudo um responsável - e assim deverá ser visto at outro lado, não se pode deixar de cor também um ser emocional, psicologicam portanto, não se pode desconsiderar as m eutanásico, os aspectos psicodinâmi motivações inconscientes.

Quando um paciente pede para mor realmente pedindo? O pedido po necessidade de aliviar a dor que, não ob ser apenas a dor física, mas a dor emoc estresse de estar se confrontando com ou à dor social, a situação de abandon ainda a necessidade de uma pesso controladora que quer manter esse con sua morte; o paciente pode ainda estar preo se um peso financeiro, etc.

Richman (1993, citado em Leenaars, 19 o suicídio dos pacientes não se baseia e doença. Portanto, assim, como seria considerar, no caso desses doentes, os fator seria descabido não considerar os asp

mas se é um direito de liberdade, ninguém pode impedi-la, mas, também, não é obrigado a ajudá-la.

Finalmente, na análise dessas implicações, deve-se também considerar o que os americanos chamam de *slippery-slope* (declive escorregadio). Hurley (1993, citado em Zucker, 1995) afirma que ao se aceitar alguma forma de eutanásia é bastante provável que uma cadeia de eventos com más conseqüências venham a ocorrer. Assim sendo, um primeiro tipo de expectativa (do tipo *slippery-slope*) alega que um argumento usado em uma situação cujas conseqüências sejam aceitáveis, poderá continuar a ser usado em outras situações, em um esquema de gradação, levando a conseqüências indesejáveis. Por exemplo, permitir que recém-nascidos com graves defeitos de nascimento morram leva, em um primeiro passo, à permissão de que recém-nascidos menos gravemente afetados também morram e assim sucessivamente, podendo-se chegar ao ponto em que apenas crianças sadias sobrevivam. O que torna forte este argumento é a gradação, lenta, suave, que vai desde grave, moderada, até normal.

A outra perspectiva do declive escorregadio postula que aceitar um tipo de situação predispõe psicologicamente as pessoas a aceitarem outros tipos de situações indesejáveis. Trata-se, neste caso, da transferência de um sentimento que parece apropriado em uma situação para outra em que não é adequado. Por exemplo, o sentimento de que é aceitável ajudar na morte de uma pessoa idosa debilitada e terminal pode levar ao sentimento de que é aceitável ajudar na morte de um velho debilitado e terminal que, não obstante, não solicitou esta ajuda.

Com relação à segunda questão desafiadora da Bioética, sobre a qual já comentamos, decorrente da medicina substitutiva, a questão dos transplantes, também traz em sua base essa e outras questões complexas. A rigor, poderíamos começar dizendo que se deixarmos de lado a beleza do gesto, a solidariedade envolvidos na doação de órgãos, o fato é que os transplantes de órgãos implicam na história de dois fracassos: de um lado a medicina não conseguiu salvar a vida de uma pessoa, curá-la de sua doença, de tal modo

direitos da pessoa ainda viva. As questões acima discutidas. Apesar de já serem feitos na época, foram de coração que pressionaram as discussões sobre a vida e a morte influíram decisivamente, como que o comitê de Harvard propusesse a definição de morte. A questão dos transplantes faz parte do histórico da Bioética mas acaba por levantar questões éticas tais como a exploração obstinada terapêutica, a definição de questões como lucro versus doação, envolvidos para os doadores e

Se deixarmos de lado toda a questão de se é lícito violar a vida ou violar a morte, na questão do doador morto, as maiores dificuldades éticas, um órgão em um morto, duas questões discutidas acima, são necessárias para o consentimento.

Ambas as questões no nosso caso estão resolvidas por disposição legal, o que significa que não permaneçam abertas para contestações. Convém aqui lembrar que, segundo as leis de 1994, segundo as quais as leis de transplantes, prévios, longos, aprofundados, competentes, de reflexões, de parte, pois nada mais perigoso do que Acrescentaríamos, ainda, que a questão de debate com a opinião pública, o consentimento livre e esclarecido, no caso de doador vivo onde se trata do mesmo, se deve ser aceito, ou recusa (sem esquecer que tanto o doador largamente informado das implicações, no caso do doador morto, cujas decisões dadas anteriormente, ou pela família,



Este aspecto e outros reforçam a necessidade de um apoio psicológico às pessoas que vão passar por um transplante. De qualquer forma, é certo que a esperança suscitada pelo transplante prevalece sobre qualquer outra consideração. É o caso de ressaltar a reflexão de um transplantado: “Os problemas morais só existem para aqueles que não tiveram transplante de órgão” (Bernard, 1994, p. 47).

### Considerações Finais

A medicina moderna, como argumenta Bernard (1994), para triunfar sobre a doença, constrói *quimeras*. “O meu coração faz circular nas minhas veias o sangue do meu irmão”, disse uma transplantada de medula óssea. Sem dúvida, a função mais importante da medula óssea é a formação dos glóbulos do sangue. O sangue que corre nas artérias e nas veias de M. (paciente) é realmente o sangue de J. (irmão). A cada batimento, o coração de M. envia aos seus vasos sanguíneos o sangue de J. Portanto, seus órgãos e seu coração coexistem, no seu corpo, com a medula e o sangue do irmão. M. tornou-se uma *quimera*.

Vamos ainda imaginar que fosse possível alguém sobreviver a uma multiplicidade de transplantes. Será que essa pessoa continuaria sendo a mesma? Quantos órgãos e tecidos podem ser substituídos e, no entanto, a pessoa continuar sendo a mesma?

Na teoria, só dois métodos poderiam permitir mudar uma pessoa: a engenharia genética, transformando o patrimônio genético do indivíduo; o transplante do cérebro. O homem é, sem dúvida, definido por seu cérebro, mas, o fato é que, há alguns anos, o tratamento de certas doenças nervosas considera o enxerto de algumas centenas de células nervosas vindas de uma pessoa sã. Segundo Bernard (1994), de algumas centenas poderemos passar a alguns milhares, de um pequeno campo para um mais amplo. A rigor, os limites dessa eventual extensão não podem ser fixados no momento.

Um filósofo consagrado evocou em um artigo os perigos

atenuar. A *ordem canibal* é, então, uma c...  
(Bernard, 1994). Esperamos que sim.

Quando Deus criou o homem d...  
“Multiplicai”... Havia algum limite nisto?  
A Bíblia traz um alerta: “Podeis comer...  
do jardim. Mas, da árvore da ciência do...  
comereis, porque no dia em que dela c...  
morrer” (Gênesis 2:17). A consequência...  
por ultrapassar este limite é conheci...  
(Barth, 2000, p. 1)

Há um limite para a ciência? Talvez...  
vista da tecnologia, mas do ponto d...  
certamente que sim.

### Referências

- Barth, W. L. (2000). Bioética: Até onde podemos ir?  
Bernard, J. (1994). *Da biologia à ética* (R. Castilho &...  
Campinas: Editorial Psy II. (Original publicado...  
Coimbra, C. (1997). *Morte encefálica*. (Departame...  
Neurocirurgia, Trabalho elaborado para dis...  
Experimental. Universidade Federal de São...  
publicado.  
Diniz, D. (1999). Henry Beecher e a gênese da Bioética. C...  
335.  
Engelhardt Jr., H. T. (1998). *Fundamentos da Bioética*.  
Gafo, J. (1990). La eutanasia: El derecho a una mu...  
*temas de hoy* (pp. 62-63). Madrid.  
Leenaars, A. A. (1995). Suicide. Em H. J. Wass & R. N...  
*Facing the facts* (pp. 347-379). Washington, D. C.: T...  
Pellegrino, E. D. (1999). Origem e evolução da Bioética...  
L. Pessini & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Problemas*...  
41) (5ª ed., revista e ampliada). São Paulo: Loyola.  
Pessini, L. (1999). Bioética: Horizonte de esperança p...  
*Mundo da Saúde*, 23, 259-262.  
Pessini, L. & Barchifontaine, C. P. (2000). *Problemas atua*...  
e ampliada). São Paulo: Edições Loyola.  
Pessini, L. (2001). *Distanásia: Até quando prolongar a vida*...  
perspectiva, 2). São Paulo: São Camilo Loyola.  
Potter, V. R. (1971). *Bioethics, bridge to the future*. New Jer...  
Ramsey, P. (Org.) (1995). *Encyclopedia of bioethics*. New Jer...  
Torres, W. da C. (1998). A morte o morrer e a ética. *Arquiv*...  
2, 23-27.  
Valvasori, A. (1997). Testemunhas de Jeová e as