



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^{1,2}
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

O presente trabalho focaliza os fatores impulsionadores do surgimento da Bioética, destacando: a) tecnológica, e b) a revolução social dos anos 1960. Descreve o desenvolvimento histórico da Bioética como ciência da sobrevivência humana até seu estágio atual – o da Bioética Global, e suas fronteiras de saber. A psicologia da saúde integra esse contexto multidisciplinar principalmente por sua reflexão sobre Bioética, entre os quais são aqui discutidos aqueles decorrentes da medicina intensiva (eutanasia) derivados da medicina substitutiva (transplantes). Questões básicas como definição de morte, consentimento e consentimento informado são analisadas como ainda polêmicas e controvertidas. Conclui-se com as indagações sobre as *quimeras* sobre 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 Bioethics as a science of human survival to its current stage – Global Bioethic and its boundaries of knowledge. Health Psychology takes part in this multidisciplinary context, mainly due to its reflection upon Bioethics; 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, informed 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 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 psicosociais e emocionais,

necessidade dessa pesquisa, baseada nas mutações congênitas dos recém-nascidos, que ocorrem em todo o mundo, ocorridas na déca

Da mesma forma, ainda seguindo a revolução biológica, mais recentemente, a patologia molecular que, hoje, com 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 terapêutica*. 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 antes eram considerados de domínio da ciência. Pode-se dizer que a ética é um domínio social.

o indivíduo seja considerado um ser humano? Começaria a partir da formação do córtex, da constituição física do feto ou, ainda, a partir do nascimento, ou do útero; a das *consequências sociais*, para a qual se pergunta quando a vida começa mas quando a vida termina, qual é o tipo de pessoas queremos? A partir desse momento, se os indivíduos consequentemente. Nestes casos, é a dimensão biológica ou desenvolvimentista que é importante, mas o desejo da sociedade em termos de valores sociais e morais. O ser humano é totalmente social, totalmente relacional. Desde o útero materno, entre o feto e a mãe, e, também, entre o feto e o ambiente, todo o período de gestação, o ser humano passa por inúmeras trocas biológicas e relacionais, sendo o nascimento a característica mais marcante da vida humana.

Quanto à segunda questão, quando a médica Karen Quinlan, por sua importância social, se tornou um marco no debate que envolve as questões éticas da vida humana, ingressou na U.T.I. do Hospital de Newark, no estado de New Jersey, em coma devido à ingestão de barbitúricos, sendo então conectada a um respirador. Existe um caso similar, em que os pais de uma menina de 18 meses, que sofria de epilepsia, manifestaram, então, desejo de que os meios de suporte à vida fossem interrompidos e o respirador removido. A médica não aceitou o pedido, insistindo que era seu dever dar todas as medidas sustentadoras da vida. Os pais recorreram ao Supremo Tribunal do Estado de New Jersey, que negou o pedido. A menina permaneceu conectada ao aparelho por mais de 12 anos, falecendo em 1995. O caso é considerado um marco no debate ético da vida humana.

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)³.

Portanto, a Bioética não surge no contexto da Igreja, embora entre seus pioneiros haja importantes teólogos como Joseph Fletcher⁴ e Ramsey⁵, mas surgiu no meio de pesquisas, nos laboratórios, com os cientistas se questionando

experimentos envolvendo seres precárias e subumanas, tais como caridade, adultos e crianças com pacientes psiquiátricos, etc., mostrando que a imoralidade não era exclusivamente

Segundo Pellegrino (1999), a Bioética já passou por diferentes etapas: Wisconsin, onde se originou o campo da Bioética no sentido global, em que se considerava o ser humano e seu meio ambiente. Já a escola de John Rawls e Robert Kennedy, viu a Bioética essencializada dentro da filosofia. Hoje, no estágio da maturidade, a Bioética considera muitas disciplinas para a sua aplicação, estabelecendo fronteiras entre o conhecimento, tais como direito, antropologia, teologia, psicologia, entre outros, e seus aspectos mais marcantes em um contexto pluralista em que se discutem temas estranhos aos costumes morais (Engelhardt, 1999).

A Psicologia da Saúde e os

A psicologia da saúde, desencadeou questões éticas ligadas à vida e à morte suscitados por situações desnorteadoras com as quais a Biomedicina passou a integrar este contexto mudando um campo de atuação e reflexão, que vai da interface com as neurociências, passando pela cura das doenças mentais e, certamente, para a importância das pesquisas de saúde. Ainda assim, também, no que diz respeito a questões éticas desafiadoras, como, por exemplo, a questão da medicina intensiva, entre as quais a questão da eutanásia *versus* distanásia e a questão da medicina substitutiva entre as quais a questão da substituição de órgãos.

os transplantes.

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 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. É interessante lembrar que, segundo Engelhardt (1998),

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

Reconhecem-se os centros cerebrais como condição para a vida das pessoas por serem essenciais para um mínimo de consciência. Mesmo que o cérebro inferior, o cerebelo, ou algum dos outros centros cerebrais permaneçam 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 cérebro, e que se baseiam no fato de que uma morte rigorosa favoreceria o mau uso, e há os argumentos a favor da definição em termos da morte do todo o cérebro.

Cícero Coimbra, da Universidade Federal de São Paulo, 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 foram) baseados em achados científicos e sua proposição e reformulações que se sucederam, estão sempre sujeitas a erros de raciocínio e a conceitos confusos e mal formulados. (p. 1)

Ou seja, a morte encefálica é presumivelmente definida com clareza.

Na medida em que não há uma unanimidade geral em torno da definição de morte, muitos autores e organizações médicas e de saúde pública têm dificuldade de ser atingido um consenso para a definição de morte. Em uma sociedade pluralista a solução é encontrada no pluralismo, isto é, permitir a existência de definições baseadas nas preferências individuais. Entretanto, permitir variações na definição de morte pode gerar graves problemas. É o caso, por exemplo, de critérios baseados no uso esperado do corpo. A proposta é aprovar definições variadas da morte, dependendo de se o corpo será utilizado para transplante ou não. Existe, por exemplo, a Célula

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 eutanasia /distanásia, bem como na questão dos transplantes.

Uma outra questão implícita na discussão acerca da eutanásia/distanação, 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 causar mal, se tornarem a base da ética profissional. Por outro lado, também, nesta área, é alguém determinado pela liberdade da pessoa, à sua liberdade e autonomia. Portanto, a decisão deve ser resultado da necessidade de toda informação e de garantir que a decisão seja tomada com liberdade e dignidade da pessoa.

Kant diz: “O que tem sido substituído por qualquer outra, pelo contrário, o que é superior, por conseguinte, não admite dignidade” (citado em Valvasori, 2002, p. 100). O sujeito acerca dessas questões, evitada pela posição contrária de que no tratamento, defendendo-se as justificam a chamada distanásia.

O termo distanásia é um nome que o prefixo *dys* significa ato. Refere-se ao prolongamento terapêutica e à futilidade médica, uma discussão profunda a fim de e recair-se no reducionismo de

Segundo Engelhardt (1991), justificar a distanásia são falsos, hoje evitando tratar de casos no que se chama terapêutica fútil, termo que se define como o contrário de cura, que consiste em utilizar processos mais nocivo do que os efeitos desejados, porque a cura é impossível e os efeitos desejados são inseguros (Bach & Barchifontaine, 2000, p. 264). O paciente que não consegue mais a restauração da sua saúde torna-se uma futilidade. Daí o nome de tratamento que é inútil, fútil, intensificando a qualidade de vida. Cuidar é par-

com certo grau de certeza, que quaisquer outros recursos se afiguram inúteis. Duelar com a doença apenas adiaria, se tanto, a morte a custa 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 à 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 de um contexto moral religioso ou imoral contribuir de alguma forma para a morte de uma pessoa, a conclusão a que se chega é que a intenção e previsão, eutanásia ativa e passiva, e deixar morrer, assistir o suicídio ou suicídio voluntário deixam de ter um significado (Engelhardt, 1998). Sem referência a uma ética ou metafísica da dor e do sofrimento, torna-se porque a morte consensual seria errada em si mesma.

É importante insistir no fato de que qualquer moral passa a ser derivada da permissão, ou seja, tal fato tem sérias implicações, tanto éticas quanto psicológica, que devem ser analisadas. Se o homem não pode ser considerado apenas como uma máquina biológica, pois ele é acima de tudo um ser responsável - e assim deverá ser visto a partir de outro lado, não se pode deixar de considerar também um ser emocional, psicologicamente sensível, portanto, não se pode desconsiderar as motivações eutanásico, os aspectos psicodinâmicos e as motivações inconscientes.

Quando um paciente pede para morrer, de fato, está realmente pedindo? O pedido pode ser motivado por necessidade de aliviar a dor que, não obstante ser apenas a dor física, mas a dor emocional, o estresse de estar se confrontando com a morte, ou à dor social, a situação de abandono, ou ainda a necessidade de uma pessoa controladora que quer manter esse controle sobre sua morte; o paciente pode ainda estar pressionado por um peso financeiro, etc.

Richman (1993, citado em Leenaars, 1998) argumenta que o suicídio dos pacientes não se baseia em sua doença. Portanto, assim, como seria necessário considerar, no caso desses doentes, os fatores que seriam descobertos não considerar os aspectos éticos e filosóficos.

mas se é um direito de liberdade, ninguém pode impedí-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 consequências venham a ocorrer. Assim sendo, um primeiro tipo de expectativa (do tipo *slippery-slope*) alega que um argumento usado em uma situação cujas consequências sejam aceitáveis, poderá continuar a ser usado em outras situações, em um esquema de graduação, levando a consequências 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 graduação, 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 viviam questões acima discutidas. Apesar já serem feitos na época, foram de coração que pressionaram discussões sobre a vida e a morte que influiram decisivamente, como que o comitê de Harvard propusesse a definição de morte. A questão dos transplantes faz parte histórica da Bioética mas acaba com questões éticas tais como a exploração obstinada terapêutica, a definição de morte, questões como lucro versus doação, envolvidos para os doadores e

Se deixarmos de lado toda a se é lícito violar a vida ou violar na questão do doador morto maiores dificuldades éticas, um órgãos em um morto, duas co discutidas acima, são necessária consentimento.

Ambas as questões no nosso caso estão resolvidas por disposição legal. Isso significa que não permaneçam aí, sem contestações. Convém aqui lembrar que, segundo a lei de 1994, os testamentos prévios, longos, aprofundados e competentes, de reflexões, de passado e de futuro, são sempre válidos, pois nada mais perigoso do que negá-los. Acrescentaríamos, ainda, que a discussão deve ser feita de debate com a opinião pública, com o consentimento livre e esclarecido, no caso de doador vivo onde se deve respeitar a vontade do mesmo, se deve ser aceito, ou recusa (sem esquecer que tanto o doador quanto o beneficiário devem estar largamente informado das implicações), no caso do doador morto, cuja vontade deve ser respeitada, dada 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 constante (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 comereis
morrer” (Gênesis 2:17). A consequência
por ultrapassar este limite é conhecida
(Barth, 2000, p. 1)

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

Referências

- Barth, W. L. (2000). Bioética: Até onde podemos ir? In J. Bernard (Ed.), *Da biologia à ética* (R. Castilho & Campinas: Editorial Psy II. (Original publicado em 1994).

Coimbra, C. (1997). *Morte encefálica*. (Departamento de Neurocirurgia, Trabalho elaborado para disertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Experimentais. Universidade Federal de São Paulo, publicado).

Diniz, D. (1999). Henry Beecher e a gênese da Bioética. In D. Diniz (Ed.), *Henry Beecher e a gênese da Bioética* (pp. 335-355).

Engelhardt Jr., H. T. (1998). *Fundamentos da Bioética*.

Gafo, J. (1990). *La eutanasia: El derecho a una muerte digna* (pp. 62-63). Madrid.

Leenaars, A. A. (1995). Suicide. In H. J. Wass & R. N. Siegel (Eds.), *Facing the facts* (pp. 347-379). Washington, D. C.: Taylor & Francis.

Pellegrino, E. D. (1999). Origem e evolução da Bioética. In L. Pessini & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Problemas atuais da Bioética* (5^a ed., revista e ampliada). São Paulo: Loyola.

Pessini, L. (1999). Bioética: Horizonte de esperança para o mundo da Saúde, 23, 259-262.

Pessini, L. & Barchifontaine, C. P (2000). *Problemas atuais da Bioética* (5^a ed., revista e ampliada). São Paulo: Edições Loyola.

Pessini, L. (2001). *Distanácia: Até quando prolongar a vida* (2^a ed., perspectiva, 2). São Paulo: São Camilo Loyola.

Potter, V. R. (1971). *Bioethics, bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall.

Ramsey, P. (Org.) (1995). *Encyclopedia of bioethics*. New Jersey: Macmillan.

Torres, W. da C. (1998). A morte o morrer e a ética. *Arquivos de Bioética*, 2, 23-27.

Valvassori, A. (1997). Testemunhas de Jeová e as transplantações de coração. In J. Bernard (Ed.), *Da biologia à ética* (R. Castilho & Campinas: Editorial Psy II. (Original publicado em 1994).