

A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras

The Brazilian Sanitary Reform's influence in the construction of a national bioethics

Dora Porto ¹
Volnei Garrafa ²

Abstract *This revision article remakes in general guidelines the path to the Brazilian Bioethics in the planning of research and education autochthonous lines from the relations between these lines and the social and historical process that consolidated the Brazilian Sanitary Reform. The works and theoretical perspectives selected have the proposal to act in the some scope, the social dimension; that relate to groups or particularly vulnerable segments that question the power relationship from the identification of the social inequalities as well as to the ones focused in the same orienting parameters, the Human Rights treaties; or the ones that included in its thematical rol the discussion about quality of life. The presentation of these distinct points of views of the Brazilian Bioethics are circumscribed at the tangential specifically related above and chronologically orientated from the creation of the "Bioethics" term in the North American academic environment.*

Key words *Bioethics, Society, Brazilian Sanitary Reform, Human rights, Inequalities*

Resumo *Este artigo de revisão reconstrói em linhas gerais o caminho percorrido pela bioética brasileira na formulação de linhas autóctones de estudo e pesquisa a partir da relação entre essas linhas e o processo histórico e social que consolidou a Reforma Sanitária no país. Foram selecionados os trabalhos e perspectivas teóricas que se propõem a atuar no mesmo âmbito, a dimensão social; que se referem a grupos ou segmentos particularmente vulneráveis; que questionam as relações de poder a partir da identificação das desigualdades sociais, bem como as voltadas para os mesmo parâmetros norteadores, os tratados de direitos humanos, ou ainda aquelas que incluem no rol de sua temática a discussão sobre a qualidade de vida. A apresentação destas distintas visões da bioética brasileira está circunscrita aos pontos tangenciais específicos acima relacionados e orientada cronologicamente a partir da criação do termo "bioética" nos meios acadêmicos estadunidenses. Palavras-chave Bioética, Sociedade, Reforma Sanitária, Direitos humanos, Desigualdade*

¹ Conselho Federal de Medicina. SGAS 915, lote 72, Asa Sul. 70390-150 Brasília DF.
doraporto@gmail.com

² Cátedra UNESCO de Bioética. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70919-970 Brasília DF.

Introdução

Há relação direta entre o processo da Reforma Sanitária brasileira e o perfil da bioética que vem sendo desenvolvida no país. Em ambas as áreas, a análise dos marcos teóricos, âmbitos de atuação, sujeitos aos quais se refere e parâmetros norteadores, o demonstra. A possibilidade de estabelecer paralelo entre esses planos analíticos indica que a reflexão bioética autóctone no Brasil está sendo direta ou indiretamente influenciada pelas perspectivas delineadas por aquele processo, iniciado há mais de vinte anos.

Se a Reforma Sanitária incorporou definitivamente a dimensão social na análise do processo de saúde e adoecimento da população, a bioética brasileira reflete essa preocupação, sendo a principal expressão disso o significativo número de trabalhos publicados recentemente e que relacionam os campos da bioética e da saúde pública¹.

Paralelo a sua mais expressiva bandeira de reivindicação - a universalização do acesso aos serviços de recuperação da saúde - a Reforma Sanitária enfatizou aspectos da saúde pública determinantes para a qualidade de vida de indivíduos, grupos, segmentos e populações, como ambiente, condições geográficas, acesso à água e alimentação. Tais aspectos passaram, gradativamente, a ser considerados tão importantes para a saúde e a diminuição da morbimortalidade quanto os recursos terapêuticos, especialmente nos casos em que se pôde comprovar que a efetividade da terapêutica havia encontrado seu ponto de saturação, não tendo mais influência na diminuição da relação saúde/adoecimento.

Quando foi possível perceber que o efeito da terapêutica havia deixado de reduzir os índices que mensuram a relação saúde/adoecimento, começam a ser, cada vez mais, incorporados à análise estes outros aspectos que correlacionam saúde à qualidade de vida. Tais aspectos extrapolam o âmbito tradicional da medicina curativa e de suas ferramentas analíticas, bem como de suas áreas prioritárias de produção do conhecimento - a biologia e seus sub-ramos, a química, a farmácia, além da própria medicina e suas especialidades, incluindo a epidemiologia e saúde coletiva - apontando a necessidade de agregar outros campos do conhecimento na busca de soluções para os problemas da saúde.

Sob a influência da Reforma Sanitária, também aspectos relacionados à dimensão socioeconômica, como habitação, renda, trabalho, educação e hábitos pessoais, passaram a ser percebidos como condicionantes do processo, compon-

do o recorte analítico sobre esses índices e introduzindo a necessidade de incorporar o conhecimento das ciências humanas, geografia e suas especialidades, ciências sociais, bem como da economia e urbanismo.

Paralelo à análise desses aspectos determinantes e condicionantes da qualidade de vida que atuam na dimensão social e relacionam-se basicamente com a promoção e proteção à saúde, o acesso aos serviços passou a ser visto como fundamental, transferindo o foco também no que concerne à recuperação da saúde, a outros fatores não diretamente relacionados à terapêutica. Passaram a fazer parte da reflexão da saúde pública, então, as formas de levantamento e financiamento de recursos, sua alocação e gerenciamento, assim como os resultados das políticas implementadas. Esse enfoque agregou a competência das áreas de gestão e administração, propiciando nova destinação ao conhecimento gerado pela estatística e suas ferramentas.

Além da discussão sobre a universalização do acesso, fica evidenciada a necessidade de garantir a qualidade dos serviços para alcançar sua efetividade. A adoção da ideia de qualidade de vida como parâmetro de saúde implicou em introduzir a dimensão subjetiva na análise do processo de adoecimento, permitindo subsidiar os discursos embasados nas noções de diversidade e do conhecimento produzido na área do direito no nível infralegal, constitucional e internacional e, em relação a este, principalmente, a área dos direitos humanos. Esse viés analítico veio ao encontro da ideia de pluralidade moral, noção que também demanda e subsidia a análise qualitativa em saúde pública, considerando as especificidades fisiológicas e comportamentais de grupos e segmentos populacionais, bem como as estratégias coletivas adotadas frente a sua situação e condições de vida.

Decorre da adoção desse viés a incorporação da política como área pertinente à análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida e saúde das populações. O amplo leque de acepções do termo permitiu que a incorporação dessa perspectiva ocorresse sob diversas óticas, abrangendo desde o arcabouço conceitual gerado nos processos autogestionários dos movimentos sociais, até aqueles relacionados ao estudo das relações formais de poder, centrados na estrutura, atuação e papel do Estado. No caso da Reforma, o Estado tornou-se agente fiduciário na implementação da qualidade de vida como direito de cidadania. A incorporação do campo da política à reflexão da saúde pública favoreceu a inserção

de ferramentas metodológicas da ciência política, relações internacionais e história.

A introdução da qualidade como parâmetro analítico na área de saúde abriu a discussão sobre a subjetividade em si mesma. A definição de qualidade como estado decorrente da percepção apontou a necessidade de incorporar técnicas e pressupostos analíticos capazes de identificar a subjetividade na dimensão coletiva, expressa em padrões de comportamento, crenças e estruturas simbólicas, como permitem as técnicas e métodos da antropologia. A identificação desses padrões simbólicos e comportamentais, por sua vez, apontou a necessidade de aprofundar essa análise, agregando elementos para tecer considerações de cunho valorativo, como faz a filosofia. Essa breve explanação mostra que, ao longo das últimas décadas, a saúde pública vem agregando conhecimentos de diversas áreas com o intuito de propor processos de transformação social capazes de possibilitar melhor qualidade de vida para indivíduos, grupos, segmentos e populações.

Da mesma maneira, a bioética reproduz essa trajetória, consolidando-se como campo transdisciplinar² de produção de conhecimento, cujo ordenamento metodológico e disciplinar congrega e dialoga com referências de diferentes fontes, articuladas de maneira a descrever, analisar e propor soluções aos impasses éticos que se antepõem à saúde, na acepção ampla de qualidade de vida. Essas distintas perspectivas da bioética brasileira adotam ainda o mesmo âmbito de atuação e a mesma dimensão social; voltam-se à particularização dos mesmos atores sociais, os segmentos e grupos cuja situação e condição de vida implicam a focalização de recursos e estratégias para minimizar a assimetria, e utilizam os mesmos referenciais para identificação desses sujeitos, os conceitos oriundos dos direitos humanos, tomados como norteadores das propostas teóricas.

Nessa linha de ideias, no presente texto, utiliza-se a expressão bioéticas, no plural, de acordo com as conclusões finais do III Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, desenvolvido na Ilha dos Açores, Portugal, em 2004, cujo tema central trazia a seguinte interrogação: Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades? A conclusão foi de que, sendo a bioética plural sob o ponto de vista de moralidades, existem na verdade diversas bioéticas - diferentes e diferenciadas - que devem vencer o desafio de analisar, interpretar e expressar as visões morais do espaço geográfico e social onde são desenvolvidas³.

As origens da bioética

O surgimento da bioética pode ser remetido, entre outras situações históricas, ao Tribunal de Nuremberg, iniciativa dos aliados vencedores da Segunda Guerra Mundial para averiguar e julgar os crimes cometidos contra a humanidade pelo governo alemão sob o regime nazista. Disso se pode inferir também que “seu berço é, inegavelmente, a área dos Direitos Humanos”⁴. Porém, a identificação desse campo de estudos por meio do termo “bioética” deu-se somente 23 anos mais tarde, quando Potter cunhou o neologismo, em 1970, nos Estados Unidos⁵. Na ocasião, sua preocupação voltava-se à discussão dos impactos ambientais da ação antrópica, preocupação que, de maneira geral, começava naquela década a despertar no meio acadêmico em todo mundo. O crescimento científico alcançado no pós-guerra havia provocado transformações sociais e ambientais em todas as sociedades industrializadas do Ocidente, alterando os modos de vida em cada uma delas.

O aumento da população mundial a partir do *baby boom* e a forte tendência de migração para áreas urbanas, desde meados do século XX, contribuíram para acelerar a pressão sobre os recursos naturais. A preocupação com sua proteção e economia foi introduzida não apenas no discurso acadêmico, mas na pauta cotidiana dos veículos de mídia. A apresentação em jornais, revistas e programas televisivos de matérias sobre a poluição do ar e da água, bem como sobre a utilização de combustíveis fósseis, levou ao público leigo o conhecimento, preocupação e discussão sobre esses temas. É importante considerar que, até então, o crescimento econômico era o único parâmetro para mensurar o desenvolvimento dos países e a ciência e tecnologia vistas como ferramentas indispensáveis e indiscutíveis para produzir o progresso almejado. Segundo Potter, o que lhe interessava era questionar o progresso e para onde os avanços materialistas, próprios da ciência e tecnologia, estavam levando a cultura ocidental⁵.

Se a criação do termo bioética atendeu a uma preocupação com o rumo que a visão de mundo positivista imprimiu à pesquisa científica e ao desenvolvimento tecnológico, os objetivos de sua criação não foram contemplados, ao menos nas primeiras duas décadas nas quais essa expressão foi divulgada e utilizada, a partir da perspectiva que imperou na própria sociedade estadunidense. A apropriação do termo no meio médico, por meio das discussões promovidas já em 1971 pelo

Kennedy Institute of Ethics, implicou em reduzir seu campo de atuação, limitando seu objeto de estudo, métodos e tipos de procedimento, tarefas e finalidades à área biomédica, aos conflitos entre profissionais e pacientes na clínica ou entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Assim, não foi alcançada a pretensão que originou a iniciativa de Potter, de **articular o conhecimento científico natural e a moral humana, as ciências naturais e as ciências sociais, acabando com o pressuposto da “neutralidade axiológica” da ciência preconizada pelo positivismo**⁶.

Essa forma de compreender a bioética tornou-se rapidamente hegemônica pela própria difusão desse campo do conhecimento. Facilitou sobremaneira esse processo o Relatório Belmont, produzido pela Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental, elaborado por determinação do Congresso estadunidense, que delineou como critérios norteadores para a pesquisa biomédica e de comportamento os princípios da autonomia, beneficência e justiça. A posterior incorporação do princípio da não-maleficência, a partir da obra de Beuchamp e Childress⁷, voltada aos conflitos da prática clínica, e o lançamento da *Encyclophedia of bioethics*⁸, que definiu o campo da bioética como quase que exclusivamente pertinente à área biomédica, contribuíram para difundir essa perspectiva, tornando-a predominante. Vale ressaltar, ademais, que esse foco do campo da bioética na área biomédica acompanhou o crescimento vertiginoso da indústria de medicamentos, que, nesse período, tornou-se um dos setores mais rentáveis da economia mundial.

O surgimento da bioética brasileira no marco da saúde pública

O Brasil demorou mais de vinte anos para incorporar formalmente a bioética como um campo de estudos e mais outros tantos para começar a rever e adaptar à realidade brasileira as propostas discutidas mundialmente: “a bioética brasileira é tardia, tendo surgido de forma orgânica somente nos anos 1990”⁹. Deve-se considerar, no entanto, que nessa época o país esteve sob a ditadura militar, o que torna compreensível o largo período que a bioética levou para se consolidar no Brasil. Ainda que possam haver outras razões, o jugo da ditadura pode ser considerado motivo mais que suficiente para dificultar a introdução no país de um campo de estudo que se propõe a discutir a

ética das relações e inter-relações, sejam elas pertinentes à área biomédica ou não, assim como as razões que determinam vida e morte de indivíduos, grupos, segmentos e populações.

Há que se salientar, também, a influência determinante do contexto político e econômico mundial, que nesse período da expansão do mercado globalizado provocou a retração das políticas sociais dos Estados-nação, repercutindo diretamente no setor saúde. A crise econômica, social, política e cultural que se seguiu a essas transformações macroeconômicas, implicaram o esgotamento das condições para manutenção do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) que, direta ou indiretamente, orientava os modelos de políticas públicas, mesmo nos países “em desenvolvimento”, como o Brasil.

A constatação de que os vultosos investimentos na área da saúde não tinham alcançado os objetivos esperados polarizou e agudizou a tensão da discussão que se seguiu. Essa discussão apontava dois caminhos distintos para responder à crise sanitária: por um lado, havia os que tendiam a orientar a polêmica para os efeitos danosos da intervenção estatal nas políticas públicas, aproveitando os limites impostos pela crise econômica e pelos interesses de mercado. Por outro, estavam aqueles que acreditavam numa ordem política provida ou mediada pelo Estado e buscavam trazer para a arena de discussão sua própria visão sobre a relação entre pobreza e saúde¹⁰.

A repercussão da crise econômica no Brasil acabou por fortalecer um movimento contra-hegemônico na saúde que, no final dos anos setenta e início dos oitenta, consolidou-se no projeto da Reforma Sanitária brasileira: **Em todo país surgem movimentos de trabalhadores de saúde. São criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que participaram do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor**¹¹. Deve-se ressaltar que foram relevantes, na construção desse processo, a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde de 1978 e, na década de oitenta, o Relatório Lalonde, produzido pelo governo do Canadá, assim como, posteriormente, as Conferências de Ottawa, Adelaide e Sunsvall e seus respectivos conjuntos de recomendações¹². Esses documentos introduziram conceitos como o de equidade no acesso¹⁰ e ideias como promoção à saúde¹³, as quais, posteriormente, foram incorporadas como princípios, diretrizes ou objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pressupostos teóricos e metodoló-

gicos da Epidemiologia Social também se configuraram como elementos importantes para resgatar e legitimar um corpo de conhecimento em saúde voltado às práticas coletivas.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde formaliza proposta para a construção de um modelo para a saúde, o qual serviu de base para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte. O artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, reconhece a saúde como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, instaurando a base para a criação do SUS¹⁴. O conceito de saúde incorporado pelo SUS implicou em perceber saúde de forma ampliada, considerando fatores sociais, econômicos e ambientais como condicionantes da relação entre saúde e adoecimento. Tal forma ampliada de classificar os fenômenos que concorrem para a relação saúde e adoecimento deu origem aos três níveis de atenção preconizados pelo SUS, voltados a promover, prevenir e recuperar a saúde.

Entretanto, essa forma ampliada de definir e lidar com a saúde, proposta pelo SUS, não foi imediatamente absorvida no campo da bioética, que nessa ocasião começava a ser introduzida no país. A influência da perspectiva estadunidense, hegemônica em todo mundo naquele momento, condicionou fortemente a importação acrítica do modelo principialista de bioética. Alinhado a uma visão de mundo reducionista e conservadora, que negava, inclusive, o ensinamento hipocrático, que “consiste sobretudo em reconhecer que existe uma continuidade entre as doenças do indivíduo e as doenças da coletividade”¹⁵, tal modelo apenas fortalecia a ideia de saúde construída a partir dos interesses de mercado e das respostas individuais e medicalizadas ao adoecimento.

Mesmo que indiretamente, a adoção unívoca do modelo principialista como sinônimo de bioética acabava por conferir-lhe âmbito excessivamente restrito. Ao reduzir a discussão bioética à dimensão individual e focar a reflexão nos aspectos éticos relacionados à saúde e adoecimento apenas na clínica e na pesquisa, a bioética contribuía para subsumir a dimensão social, desconsiderando a importância do ambiente, condições geográficas, acesso à água, alimentação, habitação; de condicionantes relacionados à dimensão socioeconômica, como renda, trabalho, educação e hábitos pessoais, e ainda de fatores decorrentes do acesso aos serviços de saúde. Assim, a bioética tornava-se uma ferramenta asséptica, que não questionava as relações de poder, a ética ou a moralidade na dimensão social, nem associava tais questões ao processo de saúde e adoecimento.

A fundação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em 1995, pouco alterou esse quadro. Exemplifica essa afirmação o texto das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde RN-CNS196/1996, cujo preâmbulo especifica os quatro princípios, identificando-os como “os referenciais básicos da bioética”¹⁶. Essa resolução foi produzida por um grupo de trabalho composto, na sua maioria, por membros da SBB. Disso se constata que, também no Brasil, o principialismo era identificado como “o próprio coração da bioética”¹⁷. De fato, a aceitação incontestada desta perspectiva ainda é tão marcante que, mesmo quando se pretende não caracterizar um alinhamento total ao principialismo, pesquisadores brasileiros na área ainda se referem de modo unilateral aos “princípios da bioética”¹⁸.

Esse reducionismo à área biomédica no âmbito de atuação, nas temáticas tratadas e na focalização dos sujeitos aos quais se refere a bioética, acarretou sérias implicações epistemológicas e metodológicas. Por ser vista como um acessório destinado a regular as falhas dos códigos deontológicos das profissões biomédicas, esse campo passou a atuar quase que exclusivamente como um “poder moderador”, capaz de arbitrar sobre conflitos éticos em casos e circunstâncias específicas, voltado, assim, a regular (ou minimizar) os danos na pesquisa e aplicação das biociências e da biotecnologia. A adoção dessa perspectiva refletiu-se também na própria pesquisa em bioética que, em decorrência de sua relação direta e exclusiva com a área biomédica, passou a ser validada e reconhecida apenas na medida em que reproduzisse os métodos e técnicas comumente utilizadas nessas áreas.

Tal orientação, no entanto, acabou por encontrar resistência até mesmo entre os que atuavam nesse campo, que a partir desse momento começaram a se autodesignar “bioeticistas”. A desconstrução do principialismo e a construção de uma relação politizada e crítica entre bioética e saúde pública já vinham sendo trabalhadas no Brasil por estudiosos desse campo, oriundos do movimento sanitário e que tinham produção científica comprometida com o campo social. Duas referências nesse contexto histórico são: *A dimensão da ética em saúde pública*, produzido na Universidade de Brasília e publicado em 1995¹⁹; e *A terceira margem da saúde*, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, publicado em 1996²⁰. A partir desse período, a bioética brasileira passou a ser identificada *com uma*

ótica que parte da experiência de um grande país do Hemisfério Sul, rico em movimentos populares e experiências culturais, e atormentado pela pobreza e pela injustiça, sem ficar aprisionada às fronteiras ou limites mas, ao contrário, ligando-se às tradições filosóficas européias e ao debate bioético internacional¹.

Estas iniciativas foram rapidamente seguidas por outras tentativas de contextualizar o debate nesse campo à realidade nacional. Os pesquisadores que se opunham à adoção irrestrita da perspectiva principialista voltaram sua atenção ao resgate dos conceitos da saúde coletiva, buscando responder aos conflitos que emergiam da nova forma de atenção proposta pelo SUS. Propugnando transformações no *status quo*, somaram-se às discussões sobre saúde pública e equidade na alocação de recursos, que já apontavam para o questionamento, aprofundado posteriormente, sobre o rumo do desenvolvimento tecnológico na área da saúde e para a problemática da desigualdade de direito ao acesso aos bens e serviços que caracterizam a qualidade de vida: ***A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente com o reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, o referencial dos Direitos Humanos e o passo que precede o reconhecimento da cidadania***².

Embora tateantes a princípio, as iniciativas para construir uma perspectiva autóctone para a bioética brasileira nesse período já apontavam a divergência em relação à perspectiva estadunidense. O questionamento ao modelo principialista, comparado por alguns dos seus críticos a um *checklist* normativo²¹, era identificado pelos bioeticistas brasileiros como argumentação contrária a essa visão focada exclusivamente nas práticas curativas. Começava a ser questionada a perspectiva individualista desse modelo, alicerçado na autonomia individual, que deixava de perceber, admitir ou ponderar sobre a ética e os juízos morais em saúde na dimensão coletiva. Em relação à pesquisa em bioética, tal orientação também encontrou resistência, principalmente porque dificilmente se pode - de fato - apreender os valores que orientam as moralidades apenas por estudos quantitativos.

De maneira geral, pode-se dizer que esses esforços para contextualizar e sistematizar a bioética no Brasil buscavam uma aproximação entre a discussão voltada exclusivamente à atenção à saúde e

o panorama socioeconômico do país, o qual condiciona a produção da saúde e do adoecimento.

Bioética da Teologia da Libertação

Tendo como base os movimentos sociais ligados à Igreja Católica e à Teologia da Libertação, a bioética da Teologia da Libertação foi a primeira construção teórica brasileira a identificar claramente a vulnerabilidade na dimensão social, associando-a à pobreza e exclusão, já na década de noventa, a partir da classificação dos conflitos éticos como pertinentes às dimensões micro, midi e macrosocial²³. Apesar da matriz teórica de origem religiosa, essa perspectiva propõe o diálogo com a bioética laica, pois para esta vertente o discurso teológico não se restringe à comunidade interna das igrejas, “podendo assim colaborar na desconstrução do modelo injusto da sociedade capitalista”²⁴.

Refletindo a perspectiva em voga na fase inicial de seu delineamento, essa vertente circunscreve o âmbito de ação da bioética à discussão da ética na área biomédica, apontando, porém, os grandes contrastes entre ricos e pobres, que evidenciam que [...] ***a doença e a morte têm raízes sociais na fome, na insalubridade da moradia, na falta de saneamento básico, de água e esgoto, nas precárias condições de trabalho, na falta de educação sobre os cuidados sanitários e mesmo na falta de condições econômicas para pô-los em prática***²⁵.

Avançando a argumentação em direção à crítica das razões políticas e econômicas que originam as desigualdades sociais, a bioética da Teologia da Libertação salienta que ***mesmo aceitando que possam haver razões de cunho epistemológico para não se fazer bioética no nível da Política e da Economia, persiste entretanto a necessidade de, no mínimo, fazer bioética em diálogo com a ética social***⁶. Tal argumentação abriu caminho para a legitimação da problemática social no campo da bioética, enfatizando a importância do diálogo com os segmentos excluídos e da implementação de programas permanentes de Estado para a construção da cidadania²⁷.

Bioética de proteção

Outra vertente teórica bem mais recente, mas que também trabalha a problemática da exclusão social, é a bioética da proteção²⁸. Caracterizada como uma proposta que abrange dois âmbitos de atuação distintos, implicados na maior ou

menor amplitude da ideia de proteção, essa perspectiva volta-se para a necessidade de desenvolver “fundamentos e métodos capazes de analisar e validar os dilemas e as propostas específicas no âmbito da saúde pública”²⁹. Advoga, também, a importância do Estado, atribuindo-lhe o papel de proteger a integridade física e patrimonial de seus cidadãos e de assegurar-lhes qualidade de vida, respeito às liberdades públicas e à autonomia individual.

A bioética da proteção propugna o reconhecimento da garantia da qualidade de vida como um componente essencial das funções do Estado, considerando a necessidade de proteger grupos específicos em situação de vulnerabilidade extrema. A ideia de proteção é trabalhada de forma polissêmica, que confere o duplo âmbito de atuação à ideia de proteger, propondo tanto dar amparo aos excluídos das políticas públicas por meio de medidas compensatórias de saúde quanto, ao mesmo tempo, na dimensão ampliada do conceito, atuar propositivamente a fim de elaborar um projeto coletivo de transformação sociopolítica³⁰.

É importante ressaltar que, embora preconize a necessidade de proteção aos vulneráveis/vulnerados, numa perspectiva vertical associada à atenção do Estado aos problemas de saúde pública²⁸, a bioética da proteção reconhece a importância de preservar e fomentar a autonomia individual como meio de construir formas de participação social libertárias nas políticas de saúde²⁹.

Bioética feminista e antirracista

No que concerne especificamente à discussão de gênero, e com características originais e próprias, não se pode deixar de fazer referência à bioética feminista e antirracista, vertente que se origina dos movimentos sociais e propõe novos parâmetros para o comportamento das mulheres e dos homens na sociedade. Essa perspectiva da bioética enfatiza que a inserção social das mulheres nas sociedades contemporâneas não deve “permanecer subjugada à dominação masculina, que fragiliza, oprime e vulnerabiliza a condição feminina”³¹.

A bioética feminista e antirracista volta-se à discussão das condições de vida das mulheres e das situações que afetam diretamente suas vidas em decorrência dos papéis sociais a elas atribuídos^{4,32,33}. Porém, se na dimensão social o Movimento Negro apontou suas diferenças em relação ao feminismo brasileiro, criticando o foco de suas discussões, exclusivamente centrado nos pro-

blemas vivenciados pelas mulheres brancas das classes média e alta, a bioética feminista e antirracista refletiu tal cisão. Apontando como decorrência do racismo as flagrantes distinções entre as condições de vida das mulheres negras e brancas e associando à discriminação por cor, inclusive, a situação de pobreza ou riqueza das mulheres, consequentemente, as desigualdades no acesso aos bens e serviços entre elas, essa vertente da bioética politizou o discurso feminista em bioética, contextualizando-o à realidade brasileira e ampliando-o aos mais diversos segmentos sociais.

A bioética feminista e antirracista critica o generalismo ético da bioética acadêmica, incapaz de vincular-se concretamente às demandas sociais dos segmentos discriminados. Enfatiza, também, que o estatuto epistemológico da bioética hegemônica fez prevalecer uma perspectiva apolítica que até hoje influencia esse campo³⁴.

Bioética de intervenção

A classificação dos conflitos éticos em saúde como persistentes e emergentes³⁵ e a denominação bioética dura³⁶ precederam a construção da bioética de intervenção³⁷. Essa perspectiva pretende canalizar seus esforços de construção epistemológica e metodológica para abranger também a dimensão social: ***A bioética de intervenção delinea-se a partir do reconhecimento da ideia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioéticos***³⁸.

No que diz respeito aos sujeitos aos quais se refere (ou deveria se referir a bioética, segundo a interpretação dessa vertente), a bioética de intervenção entende a necessidade de abarcar a totalidade dos sujeitos sociais, analisando as relações de poder entre os indivíduos, grupos e segmentos e os padrões éticos que orientam tais relações. Considera que é a articulação entre os diferentes grupos e segmentos o que transforma um mero aglomerado de indivíduos em uma sociedade³⁹, tal como apontam as bases da sociologia.

Devido às enormes e aviltantes desigualdades socioeconômicas que impactam a realidade nacional, a supressão de um substancial contingente populacional do processo produtivo e a exclusão da maioria dos brasileiros das condições que caracterizam a qualidade de vida, e, considerando ainda a importância de fomentar e fortalecer a noção coletiva de pertencimento a uma mesma sociedade, moldada sob a égide de uma cidadania em comum partilhada por todos, a bioética de

intervenção preconiza como moralmente justificável na esfera pública a priorização de políticas que privilegiem o maior número de pessoas, pelo o maior tempo possível e que resultem no bem comum, ou seja, “nas melhores consequências para toda a coletividade”³⁸. No campo privado e na dimensão individual, aponta para a necessidade de fomentar a libertação⁴⁰, sustentar o empoderamento⁴¹ e assegurar a emancipação dos sujeitos sociais, buscando assim alcançar sua inclusão plena na dinâmica relacional da sociedade⁴².

A bioética de intervenção defende a ideia que a concretude social é manifesta no corpo das pessoas cuja totalidade somática materializa e sustém a vida social, em toda e qualquer sociedade, permitindo a existência da coletividade, pois não existe corpo individual que não seja parte do corpo social e, nesse sentido, a noção de corporeidade está intimamente ligada à percepção do eu e à construção da *persona*. Assim, a corporeidade, na qual estão articuladas as dimensões física e psíquica, que se manifestam de maneira integrada nas inter-relações sociais e nas relações com o ambiente, ou seja, na existência concreta da pessoa, é o marco a partir do qual se pode definir a necessidade da intervenção bioética.

A definição do corpo como critério para a intervenção relaciona-se diretamente ao fato da experiência corpórea ser modulada pela dor e pelo prazer, que atuam como marcadores somáticos autorregulados, uma vez que, em geral, os seres humanos buscam aproximar-se do que desperta prazer e afastar-se do que provoca dor. Para perceber e definir o que é fundamental à vida do indivíduo e da sociedade, ou seja, os elementos que identificam a qualidade de vida, deve-se recorrer a esse universal óbvio, considerando as funções essenciais à existência do ser e, principalmente, a projeção na dimensão coletiva desse ente concreto, sintetizada na condição de pessoa. Dessa forma, prazer e dor podem se tornar indicadores da intervenção à medida que refletem a satisfação (ou não) das necessidades de sujeitos concretos em uma determinada sociedade, cultura e tempo.

A bioética de intervenção considera os tratados internacionais de direitos humanos os parâmetros norteadores para essas estratégias de intervenção. A proposta de intervenção formulada a partir desses tratados está ancorada no reconhecimento de que tais documentos expressam consensualmente a moralidade coletiva na dimensão mundial ou, ao menos, a expectativa dos países em atingir essa moralidade⁴².

Seguindo as recomendações desses tratados, **a intervenção deve ocorrer para preservar para**

todos os seres humanos os direitos de primeira geração, relacionados ao reconhecimento da condição de pessoa como requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos, considerando-se direito inalienável a sobrevivência física e social dos seres humanos³⁸. Também são parâmetros orientadores os direitos de segunda geração, econômicos e sociais, que dizem respeito à diferença entre o simples existir e o viver, e se relacionam à qualidade de vida. Quanto a esse rol de direitos, a bioética de intervenção salienta a importância de atender às necessidades específicas dos grupos e “segmentos historicamente vulneráveis pela situação e condição de vida desfavorável na qual se encontram”³⁸.

Essa vertente se orienta também pelos direitos de terceira geração, relacionados à preservação do ambiente e dos recursos naturais. Esses direitos apontam para a necessidade de superar o paradigma antropocêntrico e tomar como imperativo categórico a necessidade urgente de reavaliar prioridades, tanto na produção de bens quanto na redução do consumo³⁸.

Considerando tanto a perspectiva da equidade na dimensão social quanto a finitude dos recursos naturais na perspectiva ambiental, a bioética de intervenção propõe que a relação entre os direitos de primeira, segunda e terceira geração desenhe-se sobre um pressuposto ético universal, calcado em uma [...] **linha demarcatória que define o essencial** [e] **aponta tanto o que deve ser garantido para suprir as necessidades do empobrecimento quanto o que deve ser suprimido para eliminar o supérfluo da superabundância para indivíduos, grupos, segmentos e populações submetidos a tais condições. Assim, aumentando o insuficiente e diminuindo o excedente, se completa o ciclo da equidade, garantindo a sustentabilidade social e ambiental e a vida de todos. Isso é, pura e simplesmente, justiça**³⁸.

Se os referenciais orientadores da bioética de intervenção estão embasados nos diversos tratados internacionais de direitos humanos, a proposta de intervenção formulada a partir deles está ancorada no reconhecimento de que tais documentos expressam consensualmente a moralidade coletiva na dimensão mundial⁴³.

Considerações finais

A sucinta apresentação das linhas autóctones da bioética brasileira relacionadas ou influenciadas pelo processo da Reforma Sanitária aqui apresentada permite não apenas perceber a influên-

cia desta última no âmbito e temática da reflexão bioética, como também a interface da bioética com a saúde pública.

Tal interface é perceptível no delineamento conceitual, campo de atuação, no objeto de estudo, tarefas e finalidades que se podem estabelecer entre elas. Dado o lapso temporal entre os dois acontecimentos e o fato de que a maioria dos bioeticistas que vêm desenvolvendo essas linhas de estudo e pesquisa no Brasil terem, anteriormente, militado naquele movimento, contribui para consolidar essa identidade entre os dois processos.

Além disso, como apontam Oliveira *et al.*³⁰, pode-se constatar também certa unidade interna nas vertentes da própria bioética. Tanto a bioética da Teologia da Libertação, quanto a bioética da proteção, a bioética feminista e antirracista e também a bioética de intervenção, referem-se a sujeitos particulares que, por condições sociais, econômicas e culturais específicas, têm seus direitos de cidadania subsumidos. Esses sujeitos são respectivamente identificados por essas vertentes como excluídos, vulnerados, oprimidos, vítimas das relações assimétricas de gênero, do racismo por cor e etnia, ou, simplesmente, como os grupos e segmentos ou populações pobres, que no âmbito interno das nações ou na relação entre elas, são apartados das condições sociais e ambientais que caracterizam a qualidade de vida.

É possível constatar, ainda, a identidade entre essas perspectivas, no que diz respeito ao reconhecimento da dignidade humana como valor inerente e inalienável, o que as reporta aos pressupostos subjacentes à Reforma Sanitária e ao marco dos direitos humanos.

Nesse sentido, as formas de atuação preconizadas para os sujeitos sociais por essas distintas perspectivas estão delineadas, em todas elas, segundo recomendam os tratados de direitos humanos. Essas formas são classificadas como inserção comunitária, participação social em movimentos voltados à luta pela garantia de direitos de grupos e segmentos específicos e à imple-

mentação de políticas afirmativas, ou à busca de sua libertação, empoderamento e emancipação, seja de forma autogestionária ou por medidas de compensação e proteção do Estado.

O discurso sanitário da bioética brasileira, representado nas discussões desenvolvidas neste artigo, fica reconhecido na prática com a homologação, em 2005, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco⁴⁴, no qual a representação do Brasil - seguindo a linha dos bioeticistas-sanitaristas nacionais - exerceu papel decisivo. A declaração incluiu fortemente as questões sanitárias e sociais. Seu artigo 14, especificamente, que trata da “responsabilidade social e saúde”, define que **a promoção da saúde e do desenvolvimento social para sua população é o objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade**. O item seguinte do mesmo artigo complementa a inserção da saúde pública nos referenciais da bioética, reforçando que **usufruir o mais alto padrão de saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano e que para isso o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais deve ser garantido para todas as pessoas**. Para o mesmo fim, recomenda **o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade; a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; a eliminação da marginalização e exclusão de indivíduos; e a redução da pobreza e do analfabetismo**.

Tudo isso permite constatar que a bioética brasileira está se construindo de maneira articulada com os movimentos sociais, voltada aos interesses das pessoas concretas, os atores sociais que produzem e reproduzem a dinâmica da sociedade na dimensão de seus corpos e suas vidas. Permite perceber, também, que tal construção autóctone reflete organicidade histórica em relação à Reforma Sanitária, que concorre para o ajuste ou adequação das tarefas e finalidades e implica admitir que as ferramentas delineadas por cada uma dessas perspectivas da bioética brasileira são potencialmente capazes para responder aos conflitos éticos na saúde pública.

Colaboradores

D Porto e V Garrafa participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Schramm FR, Anjos MF, Zoboli E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Bioética no Brasil - Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Ideias e Letras/Sociedade Brasileira de Bioética; 2007. p. 29-56.
- Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases conceituais da Bioética - enfoque latinoamericano*. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 73-91.
- Neves MCP, Lima M. *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005.
- Oliveira MF. *Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária. Dossiê*. São Paulo: Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2000.
- Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 1970; 14:127-153.
- Sotolongo PL. El tema de la complejidad en el contexto de la bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Unam/Unesco; 2005. p. 95-123.
- Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1979.
- Reich W, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Macmillan; 1978.
- Garrafa V. Radiografia bioética de Brasil. *Acta Bioethica* 2000; 6(1):165-169.
- Almeida C. Saúde nas reformas contemporâneas. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, equidade e gênero - um desafio para as políticas públicas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p. 61-93.
- Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - Princípios. In: Mendes JCC, organizador. *Gestão Municipal de Saúde - textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.
- Ferreira JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: Mendes JCC, organizador. *Gestão Municipal de Saúde - textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 255-263.
- Andrade OLM, Barreto ICHC. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. *Saúde e ambiente sustentável - estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 151-171.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Berlinguer G. *Questões de vida: ética, ciência e saúde*. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES; 1993.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; 2000. p. 22-23.
- Junges JR. Ética e consentimento informado. *Cadernos de Ética em Pesquisa* 2000; II(4): 22.
- Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos comitês de ética em pesquisa e proteção do ser humano. *Bioética* 2002; 10(2):129-146.
- Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/Kellogg Foundation; 1995.
- Schramm FR. *A terceira margem da saúde*. Brasília: Editora UnB; 1996.
- Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 1997; 5(1):27-33.
- Diniz D, Guilhem D, Garrafa V. Bioethics in Brazil. *Bioethics* 1999; 13(3-4):243-248.
- Anjos MF. Bioética, abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde* 1997; 21(1):11.
- Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Bioética no Brasil - Tendências e Perspectivas*. São Paulo: Ideias e Letras/Sociedade Brasileira de Bioética; 2007. p. 174.
- Anjos MF. Teologia da libertação e bioética. In: Privitera S. *Dicionário de bioética*. Aparecida: Santuário; 2000.
- Anjos MF. Bioethics in a liberationist key. In: Dubose E, Hamel R, O'Connell L, editors. *A matter of principles? Ferment in U.S. bioethics*. USA: Trinity Press International/ Valley Forge; 1994. p. 130-147.
- Anjos MF. Bioética nas desigualdades sociais. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. *A bioética no século XXI*. Brasília: Editora UnB; 2000. p. 49-65.
- Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):949-956.
- Schramm FR. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Brasileira de Bioética* 2007; 3(3):401-413.
- Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Unam/Unesco; 2005. p. 143-157.
- Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(4):363-385.

32. Oliveira MF. **Bioética: uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna; 1997.
33. Oliveira MF. Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate. Mesa Redonda Gênero e bioética. **RAGCyT – Red Argentina de Género, Ciencia y Tecnología**; 1998; Buenos Aires.
34. Oliveira MF. Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, anti-racista e de classe. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola; 2003. p. 345-363.
35. Garrafa V. Bioéticas, salud y ciudadanía. **Salud problema y debate** 1997; 9(16):26-33.
36. Garrafa V. Bioética fuerte – una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales. **3er. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe**, 2000; Panamá.
37. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics** 2003; 17(5-6):399-416.
38. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Bioética** 2005; 13(1):111-123.
39. Durkheim E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1990.
40. Freire P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
41. Sen A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
42. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética** 2005; 1(2):122-132.
43. Porto D, Tapajós A. Gênero, raça e bioética de intervenção. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Bioética**. 2004; Recife. p. 26.
44. Unesco. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução brasileira: Cátedra Unesco de Bioética a Universidade de Brasília. [acessado 2008 fev 14]. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>.

Artigo apresentado em 16/02/2008

Aprovado em 02/10/2008

Versão final apresentada em 29/10/2008